ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΑΘΗΝΑ 1996

ND: 10193
Κοε: 7116

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
01 ΑΠΡ. 1999

ΘΕΜΑ: ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΑΘΗΝΑ 1996

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Προλεγόμενα 1

ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΤΟ : ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΗΝ ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ..... 3

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ..... 5

1. Τί είναι το κράτος πρόνοιας και η κοινωνική πολιτική..... 5
2. Παράγοντες που κατά καιρούς υποστηρίχθηκε ότι συνέβαλλαν στην ανάδυση του κράτους πρόνοιας..... 11
3. Μοντέλα κοινωνικής πολιτικής..... 21

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ..... 26

1. Φιλελεύθερη προσέγγιση : Hayek, Friedman..... 27
2. Μαρξιστική προσέγγιση : Πολιτική οικονομία του κράτους πρόνοιας και κριτική θεωρία : O'Connor, Gough, Offe..... 36
3. Η μέση οδός : Οι μετριοπαθείς Κολλεκτιβιστές : Keynes, Beveridge..... 40
4. Ο Δημοκρατικός Σοσιαλισμός : Titmuss..... 43
5. Σύνοψη..... 46

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΣΧΕΣΗ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑΣ. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΙΚΟΥ.. 49

1. Η οικονομική-τεχνική διάσταση : Θεωρίες περί αποτυχίας και δημόσια αγαθά..... 50
2. Οι οικονομικές θεωρίες περί πολιτικής..... 56
3. Η κοινωνικο-πολιτική διάσταση : Η θεωρία των κοινωνικών δικαιωμάτων..... 59

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ..... 67

1. Τα στάδια του κράτους πρόνοιας..... 67
2. Το πρόβλημα : Οι κρίσεις του κράτους πρόνοιας..... 69
3. Εννοιολογικός προσδιορισμός της κρίσης..... 73
4. Η ριζοσπαστική Νέα Δεξιά..... 75
5. Η αριστερή κριτική..... 81
6. Ανασκευή των κριτικών : Οι επιπτώσεις της λειτουργίας του κράτους πρόνοιας στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη..... 83

6.1. Κράτος πρόνοιας και αναδιανομή του εισοδήματος. Κρίση αποτελεσματικότητας ; 83
6.2. Κοινωνική πολιτική και οικονομική ανάπτυξη. Κρίση αποδοτικότητας ; 86
6.3. Επιπτώσεις στην πολιτική σταθερότητα. Κρίση νομιμοποίησης ή κρίση υπερφόρτωσης ; 92
7. Το κοινωνικό κράτος και η αλλαγή του κοινωνικο-οικονομικού Περιβάλλοντος..... 93
7.1. Παγκοσμιοποίηση, διεθνοποίηση και εγχώριες πολιτικές... 94
7.2. Μεταφορντισμός και νέες μορφές εργασίας..... 98
7.3. Αλλαγές στις κοινωνικές δομές..... 101
7.3.1. Συλλογική δράση και κοινωνικά αιτήματα..... 101
7.3.2. Αλλαγές στη μορφή της οικογένειας..... 104
7.4. Αλλαγές στις δημογραφικές δομές..... 108
7.5. Η κατάσταση της γνώσης : Το τέλος των μεγάλων αφηγήσεων..... 111

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ..... 114

1. Προνοιακός πλουραλισμός και μικτή οικονομία της πρόνοιας. Από το κράτος πρόνοιας στη κοινωνία πρόνοιας..... 114
2. Από την καθολικότητα στην επιλεκτικότητα. Κατάργηση των καθολικών παροχών και επικέντρωση σε αυτούς που έχουν ανάγκη..... 119
3. Εισαγωγή τοιχείων αγοράς στο δημόσιο τομέα. Από τη Δημόσια Διοίκηση στη Δημόσια Διαχείρηση..... 121
4. Ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Από την προστασία με βάση την ανάγκη, στην προστασία με βάση την αγοραστική ικανότητα..... 123
5. Συμπεράσματα..... 125

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ..... 127

1. Μοντέλα κοινωνικής πολιτικής και Ευρωπαική Ενωση..... 127
2. Η Ευρώπη των πολιτών ; 131
3. Ερμηνευτικές προσεγγίσεις..... 134

ΤΜΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980..... 136

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ..... 138

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....138

1. Δομή, οργάνωση, λειτουργία των συστημάτων υγείας.....138
2. Σύγχρονα προβλήματα των συστημάτων υγείας.....146
3. Αποδοτικότητα και πολιτικές συγκράτησης κόστους.....150
4. Το πρόβλημα της ισότητας στην υγεία.....160
4.1. Υπηρεσίες υγείας και ανισότητες υγείας.....167
5. Προγραμματισμός, σχεδιασμός και αξιολόγηση του υγειονομικού τομέα.....169
6. Η έννοια της αναμόρφωσης των συστημάτων υγείας.....174
7. Συμπεράσματα : Σύγκλιση των συστημάτων υγείας ;.....176

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ : Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. Η ΣΤΡΟΦΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ..... 181

1. Το γενικό πλαίσιο : Η αναθεώρηση της αντίληψης και της πρακτικής της πολιτικής υγείας..... 181
2. Το κίνημα της νέας δημόσιας υγείας..... 182
2.1 Η πολιτική δημόσιας υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης..... 185
3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας..... 191
3.1 Η διακήρυξη της Αλμα-Ατα και ο στόχος της υγείας για όλους ως το 2000..... 191
3.2 Ορισμός και θέση της Π.Φ.Υ. στα συστήματα υγείας..... 192
3.3 Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας..... 195
3.4 Η εφαρμογή των κατευθύνσεων και των συστάσεων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας..... 196

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ.....198

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΘΕΣΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΣΥ.....200

1. Τα πρώτα μέτρα πολιτικής : 1834-1911.....200
2. Ο νόμος του 1911 για την εθνική ασφάλιση.....201
3. Η Εκθεση Beveridge.....202
4. Η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.....203
5. Προβλήματα και διλήμματα.....205
6. Στόχοι και αρχές του νέου συστήματος.....207

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ NHS.....209

1. Πρώτη περίοδος : 1948-1974.....209
1.1. Οργανωτική δομή.....209
1.2. Αιτίες αναδιοργάνωσης.....211

2. Δεύτερη περίοδος : 1974-1982.....212
2.1. Οργανωτική δομή.....212
2.2. Λειτουργία της νέας δομής : Προβλήματα-κριτική.....214
3. Τρίτη περίοδος : 1982-1989.....215
3.1. Οι προτάσεις αναμόρφωσης.....215
3.2. Αλλαγές τη δεκαετία του 1980.....216
4. Τέταρτη περίοδος : 1989 μέχρι σήμερα.....218
4.1. Το προκαταρκτικό στάδιο των αλλαγών : Προβληματισμοί και προτάσεις.....218
4.2. Οι τελικές αλλαγές : Μια αποτίμηση.....219

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ..225

1. Πηγές χρηματοδότησης του NHS.....225
2. Οι δαπάνες υγείας.....226
3. Προβλήματα χρηματοδότησης και ελέγχου των δαπανών.....229
4. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας.....231

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ.....234

1. Προσδιορισμός της έννοιας της διαχείρισης (Management)..234
2. Η διαδικασία του σχεδιασμού.....234
3. Οι ανισότητες στην υγεία και η κατανομή των πόρων.....235

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ - ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ.....239

1. Σύντομη περιγραφή του συστήματος φροντίδας υγείας στην Αγγλία σήμερα.....239
2. Αλλαγές του πλαισίου λειτουργίας του συστήματος στη μακροχρόνια πορεία του : Κοινωνικές, οικονομικές και οργανωτικές συνιστώσες.....241

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....243

ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....243

1. Η υγειονομική πολιτική από τη σύσταση του Ελληνικού κράτους μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα.....243
2. Η περίοδος μετά το 1914 : Τα πρώτα ουσιαστικά μέτρα άσκησης υγειονομικής πολιτικής.....247
2.1. Τα πρώτα μέτρα ασφάλισης της υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας.....248
2.2. Η περίοδος του μεσοπολέμου : Οι πρόσφυγες του 1922 και η επίπτωσή τους στην κρατική πολιτική για την υγεία.....251
3. Συμπεράσματα.....254

ΕΝΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ Β'ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 1983 - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....255

1. Η κατάσταση του υγειονομικού τομέα το 1951 : Η ετήσια έκθεση της Ομάδας Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της Αμερικανικής Αποστολής Βοήθειας στην Ελλάδα.....255
2. Το θεσμικό πλαίσιο.....258
2.1. Το Ν.Δ.2592/1953 "Περί οργανώσεως της "Ιατρικής Αντιλήψεως".....258
2.2. Ο Ν.4169/1961 "Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων"....263
3. Προβλήματα και προτάσεις αναδιοργάνωσης του συστήματος ιατρικής περίθαλψης.....268

ΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Σ.Υ.).....273

1. Το σχέδιο Δοξιάδη.....273
2. Οι νέοι κατευθυντήριοι άξονες στην πολιτική υγείας Ο Ν.1397/1983 και η θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. 277
3. Η αναμόρφωση του συστήματος υγείας : Ο Ν.2071/1992 "Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας".....280

ΕΝΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....283

1. Εισαγωγή.....283
2. Ο ρόλος των κέντρων υγείας και η αξιολόγηση των υπηρεσιών τους.....283
3. Ιστορική ανασκόπηση : Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα ως το 1983...285
4. Η τομή : Ο Ν.1397/83 και η θεσμοθέτηση των κέντρων υγείας.....287
5. Η πορεία υλοποίησης των σχετικών διατάξεων του Ν.1397/83.....288
6. Αριθμός, στελέχωση, νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας.....290
6.1. Αριθμός των κέντρων υγείας.....290
6.2. Στελέχωση των κέντρων υγείας.....291
6.3. Νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας.....296
6.4. Εξοπλισμός με ιατρικά μηχανήματα.....298
7. Χρηματοδότηση και κόστος λειτουργίας των κέντρων υγείας.....298
8. Συμπεράσματα : Ασύμπτωτη σχέση μεταξύ στόχων της Π.Ο.Υ. και της επικρατούσας κατάστασης στην Ελλάδα.....300

ΔΩΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....302

1. Γενική λειτουργική περιγραφή του συστήματος.....302
2. Το θεσμικό πλαίσιο.....302
3. Χρηματοδότηση και δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων.....30
4. Δυναμικότητα, στελέχωση και δείκτες νοσηλείας.....30
5. Τα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα.....309

ΔΕΚΑΤΟΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ.....312

1. Πηγές χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. 312
2. Οι δαπάνες υγείας.....314
2.1. Ανάλυση των στοιχείων των κοινωνικών προυπολογισμών....320
2.1.1. Παροχές υγείας από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία.....320
2.1.2. Δαπάνες προυπολογισμού δημόσιων επενδύσεων.....321
3. Ιδιωτικές δαπάνες υγείας και παραοικονομία.....323
4. Προβλήματα ελέγχου των δαπανών και συγκράτησης του κόστους.....324

ΔΕΚΑΤΟΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....328

1. Οι εξελίξεις στον κλάδο των ιδιωτικών κλινικών.....328
2. Εμφάνιση και ανάπτυξη των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.....331
3. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.....333
4. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα και η σχέση του με τον δημόσιο τομέα.....335

ΔΕΚΑΤΟΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....338

ΔΕΚΑΤΟΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ.....342

1. Βασικές διαπιστώσεις.....342
2. Εξελίξεις τη δεκαετία του 1990.....343
2.1. Το πόρισμα της Επιτροπής των Ξένων Εμπειρογνωμόνων για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ.....344
2.2. Οι προτάσεις των Επιτροπών Εργασίας για τη μελέτη του Ε.Σ.Υ. 349
2.2.1. Η οργάνωση και διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και η ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού.....349
2.2.2. Η δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας.....351
2.2.3. Η οργάνωση συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.....353
3. Πρόταση για την εφαρμογή ενός νέου υποδείγματος. Η στροφή προς τη δημόσια υγεία και την Π.Φ.Υ. 354

ΔΕΚΑΤΟΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....357

ΕΠΙΛΟΓΟΣ : ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗS ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....362

1. Το οικονομικό πλαίσιο.....365
2. Το ιδεολογικό-πολιτικό.....369
3. Το κοινωνικό πλαίσιο.....373
4. Το διοικητικό πλαίσιο.....376
5. Συμπεράσματα.....379

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....381

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστο στο ΑΕΠ 1960-89 στις χώρες του ΟΟΣΑ..... 87

- Ποσοστό μονογονεικών οικογενειών με τουλάχιστον ένα παιδί κάτω των 15 ετών στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης..... 105

- Ποσοστό γεννηθέντων ζώντων εκτός γάμου στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1970-92..... 106

- Ποσοστό των νοικοκυριών με ένα άτομο στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης..... 106

- Ποσοστό ενεργούς δραστηριότητας των γυναικών στην αγορά εργασίας στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1970-92..... 107

- Δείκτης γεννητικότητας στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1960-90..... 109

- Ποσοστό παιδικής θνησιμότητας στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1970-92..... 109

- Προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1991..... 109

- Ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών στο σύνολο του πληθυσμού στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1950-2000..... 110

- Ποσοστιαία διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ.Βρετανίας..... 226

- Συνολικές, δημόσιες, ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη Μ.Βρετανία..... 227

- Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στη Μ.Βρετανία..... 227

- Συνολικές, δημόσιες, ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Μ.Βρετανία..... 227

- Συνολικές δαπάνες υγείας ορισμένων Ευρωπαικών χωρών ως ποσοστό στο ΑΕΠ..... 228

- Ανάλυση της επίδρασης της αύξησης των τιμών, του πληθυσμού και του όγκου των υπηρεσιών στην αύξηση των δαπανών υγείας της Μ.Βρετανίας..... 228

- Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας στη Μ.Βρετανία και κατά κεφαλή ΑΕΠ.....229

- Πραγματική ελαστικότητα συνολικών δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ στη Μ.Βρετανία.....229

- Ποσοστιαία σύνθεση ανά μορφή περίθαλψης των δημόσιων δαπανών υγείας στη Μ.Βρετανία.....229

- Κόστος λειτουργίας του ΕΣΥ στη Μ.Βρετανία.....230

- Αριθμός υγειονομικού προσωπικού ΙΚΑ, προβλεπόμενος αριθμός υγειονομικού προσωπικού με βάση το ΕΣΥ και δικαιούμενοι ένταξης στο σύστημα.....290

- Κέντρα υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια μεταξύ 1989-92.....291

- Κάλυψη θέσεων σε προσωπικό των κέντρων υγείας, κέντρων ψυχικής υγείας και υγειονομικών σταθμών.....293

- Στελέχωση κέντρων υγείας σε ιατρικό προσωπικό.....294

- Ειδικότητες με τη μεγαλύτερη συχνότητα στα κέντρα υγείας...295

- Κάτοικοι ανά γιατρό.....295

- Νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας.....296

- Νοσολογική κίνηση των κέντρων υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια.....297

- Ιατρικές εξετάσεις ανά κάτοικο.....297

- Εξοπλισμός κέντρων υγείας.....298

- Διάρθρωση δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα.....298

- Κόστος λειτουργίας κέντρων υγείας.....299

- Δαπάνες νομαρχιών για τα κέντρα υγείας.....300

- Εσοδα νοσηλευτικών ιδρυμάτων 1987-94.....304

- Εξοδα νοσηλευτικών ιδρυμάτων 1987-94.....306

- Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων 1981-1990.....307

- Κενά σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των κρατικών νοσοκομείων την 31/12/1993.....307

- Αριθμός κλινών νοσηλευτηρίων 1981-90.....308

- Ποσοστιαία διάρθρωση δημόσιων πηγών χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....312

- Συνολικές, δημόσιες, ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....314

- Συνολικές δαπάνες υγείας χωρών ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ 1975-87.....315

- Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας και ΑΕΠ σε χώρες του ΟΟΣΑ.....316

- Δημόσιες, ιδιωτικές, συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σε απόλυτα ποσά και ως ποσοστό του ΑΕΠ 1970-90.....317

- Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1960-84.....317

- Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1970-89.....317

- Συνολικές, δημόσιες, ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα 1975-87.....318

- Πραγματική ελαστικότητα συνολικών δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ στην Ελλάδα 1960-87.....318

- Ποσοστιαία διάρθρωση ανά μορφή περίθαλψης των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1970-80.....319

- Επενδύσεις στον τομέα υγείας στην Ελλάδα 1970-90.....319

- Δημόσιες δαπάνες υγείας κατά πηγή προέλευσης στην Ελλάδα 1985-94.....320

- Ποσοστό κρατικών δαπανών στο σύνολο των δημόσιων δαπανών υγείας.....321

- Σύνολο δημόσιων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και ως ποσοστό του συνόλου των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα 1985-1994.....321

- Δημόσιες επενδύσεις για υγεία στην Ελλάδα 1982-1990.....322

- Δημόσιες επενδύσεις για υγεία και πρόνοια από εθνικούς και Κοινοτικούς πόρους 1991-94.....322

- Αριθμός θεραπευτηρίων κατά νομική μορφή 1980-90.....328

- Αριθμός κλινών κατά νομική μορφή.....329

- Δυναμικότητα νοσηλευτηρίων 1981-90.....329
- Νοσηλευτική κίνηση θεραπευτηρίων 1981-90.....330
- Ιδρύσεις διαγνωστικών κέντρων 1969-91.....331
- Γεωγραφική κατανομή διαγνωστικών κέντρων.....331
- Αριθμός αξονικών και μαγνητικών τομογράφων στην Ελλάδα 1985-1992.....332
- Παραγωγή ασφαλειών ζωής 1985-90.....334
- Αριθμός ατόμων με ιδιωτική ασφάλεια ζωής 1987-89.....334
- Ποσοστιαία αύξηση του όγκου και των δαπανών για υπηρεσίες υγείας μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.....334
- Ποσοστιαία κατανομή απασχολουμένων κατά θέση στο επάγγελμα στην Ελλάδα 1951-81.....374
- Αριθμός μόνιμων μεταναστούντων από την Ελλάδα 1955-77.....374
- Αδρά ποσοστά διαζυγίων στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης 1960-80.....375

ΠΡΟΛΕΓΟΜΕΝΑ

Γνωστικό αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτελεί η διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Η πορεία αυτή εξετάζεται σε αναφορά με την άσκηση της υγειονομικής πολιτικής κυρίως κατά τη δεκαετία του 1980. Συνεπώς σε σχέση με την επιλογή του γνωστικού αντικειμένου, τρία σημεία χρίζουν διευκρίνησης: Γιατί το κράτος πρόνοιας, γιατί η δεκαετία του 1980 και γιατί το σύστημα υγείας;

Η μεταπολεμική πορεία των δυτικοευρωπαικών ανεπτυγμένων κοινωνιών χαρακτηρίστηκε από ένα μίγμα οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών στοιχείων τα οποία συνέθεταν αυτό που αποκαλέστηκε κράτος πρόνοιας: φορντιστικό καθεστώς συσσώρευσης, κευνσιανές πρακτικές μακροοικονομικής διαχείρισης, κορπορατιστική εκπροσώπευση συμφερόντων, κοινοβουλευτική δημοκρατία, πυρηνική οικογένεια. Οι δημόσιες δαπάνες λειτούργησαν σε μακροοικονομικό επίπεδο ως ένα μέσο αντικυκλικής πολιτικής, σε μικροοικονομικό επίπεδο ως αντιστάθμισμα των ατελειών της αγοράς και σε πολιτικό επίπεδο ως μέσο νομιμοποίησης. Αυτή η αύξηση της "κοινωνικής λειτουργίας" του κράτους αποτέλεσε μια από της πιο αξιοσημείωτες εξελίξεις του εικοστού αιώνα και ήταν ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά διαμόρφωσης του σύγχρονου κράτους.1

Η Ελλάδα όμως ακολούθησε μια πορεία που τη διαφοροποιούσε από τα άλλα κράτη της δυτικής Ευρώπης. Ενας από τους στόχους αυτής της μελέτης είναι η αναζήτηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που προσδιόρισαν τη διαφορετικότητα της ελληνικής περίπτωσης και καθυστέρησαν την εμφάνιση του κοινωνικού κράτους.

Αντίθετα με τη διεθνή βιβλιογραφία όπου ο προβληματισμός για το κοινωνικό κράτος και την κοινωνική πολιτική κατέχει σημαίνουσα θέση, κάτι αντίστοιχο δεν συμβαίνει στην Ελλάδα. Η ελληνική βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό είναι εξαιρετικά περιορισμένη αφού δεν φαίνεται να κέντρισε αρκετά το ενδιαφέρον των μελετητών. Η οποιαδήποτε αναφορά σε θέματα κοινωνικής πολιτικής, εκτός από εξαιρέσεις, ήταν μάλλον περιστασιακή, απομονωμένη, καταπιάνονταν με επιμέρους ζητήματα και δεν εντάσσονταν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο θεωρητικά θεμελιωμένης προσέγγισης και ανάλυσης του φαινομένου, ως συστατικού στοιχείου του κοινωνικού σχηματισμού. Επομένως ένας δεύτερος στόχος της ανάλυσης είναι η εξέταση των θεωρητικών υποδειγμάτων που αναπτύχθηκαν για την ερμηνεία της εμφάνισης, της ενδυνάμωσης και του ρόλου του κοινωνικού κράτους.

Η κατάσταση άρχισε να αλλάζει κατά τη δεκαετία του 1980 όπου παρατηρείται στην Ελλάδα αύξηση των δημοσιεύσεων γύρω από τα θέματα της κοινωνικής προστασίας. Το γεγονός αυτό σχετίζεται με το ότι η δεκαετία του 1980 σημασιοδότησε τη περίοδο όπου

---

1. C.Pierson, "The modern state", 1996, σ.56

εμφανίστηκαν από το κράτος περισσότερο συντονισμένες προσπάθειες για την εφαρμογή μιας πιο προγραμματισμένης κοινωνικής πολιτικής. Το αξιοσημείωτο είναι ότι την ίδια περίοδο σε διεθνές επίπεδο το κράτος πρόνοιας γνώρισε μια έντονη αμφισβήτηση και έγιναν προσπάθειες περιορισμού του. Αρα ένα τρίτο σημείο αναφοράς αποτελεί η εξέταση των θεωριών περί κρίσης του κράτους πρόνοιας και των πολιτικών που υιοθετήθηκαν κυρίως από τις κυβερνήσεις της Νέας Δεξιάς.

Το γεγονός ότι η ανάλυση επικεντρώνεται στην εξέταση του υγειονομικού τομέα οφείλεται σε δύο παράγοντες. Ο πρώτος είναι ότι η δεκαετία του 1980 σε διεθνές επίπεδο κυριαρχήθηκε από τη συζήτηση για τις επιπτώσεις του υγειονομικού τομέα στην εμφάνιση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και αναπτύχθηκε μια πολύ μεγάλη φιλολογία γύρω από την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης των εθνικών συστημάτων υγείας και τη πορεία που αυτή έπρεπε να λάβει. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι την ίδια περίοδο στην Ελλάδα συντελείται μια από τις μεγαλύτερες καινοτομίες και μεταρρυθμίσεις στην άσκηση της υγειονομικής πολιτικής που είναι η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η μελέτη χωρίζεται σε δύο τμήματα. Στο πρώτο τμήμα εξετάζεται το κράτος πρόνοιας και επιχειρήται ο εννοιολογικός του προσδιορισμός, η αναζήτηση των κύριων συστατικών του στοιχείων, η παρουσίαση των θεωρητικών προσεγγίσεων για το ρόλο του, το αν βρίσκεται σε κρίση ή όχι, η αμφισβήτησή του και οι προτάσεις για την αναμόρφωσή του.

Το δεύτερο τμήμα χωρίζεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος σκιαγραφούνται οι διεθνείς τάσεις και εξελίξεις που εμφανίστηκαν στον τομέα της υγείας. Το δεύτερο μέρος αποτελεί μια σκιαγράφηση του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν στην οργάνωση και τη λειτουργία του. Τέλος το τρίτο μέρος αναφέρεται στην οργάνωση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

Στον επίλογο γίνεται μια προσπάθεια ερμηνείας της καθυστερημένης ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα εξετάζοντας το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο διαμόρφωσης του Ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού.

ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΤΟ : ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΗΝ ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ

Το κράτος πρόνοιας ύστερα από μια χρυσή περίοδο ανάπτυξης 30 χρόνων (1945-75), πέρασε σε μια φάση έντονης αμφισβήτησης και κριτικής. Αμφισβητήθηκαν τόσο τα επιτεύγματά του όσο και η αναγκαιότητα ύπαρξής του και επιχειρήθηκε η σταδιακή συρρίκνωση και περικοπή των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Σκοπός αυτού του πρώτου τμήματος είναι η σκιαγράφηση της πορείας του κράτους πρόνοιας, ο προσδιορισμός των κύριων στοιχείων του, η μελέτη των θεωρητικών προσεγγίσεων που αναπτύχθηκαν γύρω από τη θέση και το ρόλο του στις μεταπολεμικές κοινωνίες, η εξέταση των αιτιών που οδήγησαν στην έντονη αμφισβήτησή του και η παρουσίαση των προτάσεων για την αναμόρφωσή του.

Ειδικότερα στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρήται ο εννοιολογικός προσδιορισμός του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής πολιτικής, η εξέταση των παραγόντων που συνέβαλλαν στην ανάδυσή του και η διαπίστωση των μορφών που αυτό πήρε στις διάφορες κοινωνίες. Η κεντρική θέση είναι ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί ένα ολικό κοινωνικό φαινόμενο που άπτεται κάθε πτυχής του κοινωνικού και ως τέτοιο θα πρέπει να αναλύεται. Οποιαδήποτε προσπάθεια μονοδιάστατης ερμηνείας της εμφάνισης και ανάπτυξής του αποτυγχάνει να κατανοήσει την πολυπλοκότητα της κοινωνικής πραγματικότητας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις στο κράτος πρόνοιας, οι οποίες αποτέλεσαν το βασικό πλαίσιο ανάλυσης της κοινωνικής πολιτικής κατά τη φάση της ανάπτυξης της χρυσής περιόδου. Πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στη φιλελεύθερη, τη μαρξιστική, τη μετριοπαθή και τη σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση. Η βασική διαπίστωση είναι ότι οι "καθαρές" ιδεοτυπικές προσεγγίσεις δεν μπορούν να αποτελέσουν ένα πλαίσιο εποικοδομητικής συζήτησης και αναζήτησης λύσεων. Είναι αναγκαία η υπέρβαση των παραδοσιακών πλαισίων σκέψης και η διαμόρφωση ενός νέου επιστημονικού παραδείγματος.

Κεντρικό σημείο ανάλυσης του τρίτου κεφαλαίου είναι η σχέση κράτους και αγοράς. Η σχέση αυτή εξετάζεται τόσο υπό το πρίσμα της κλασσικής οικονομικής σκέψης όσο και υπό το πρίσμα της πολιτικής και κοινωνικής διάστασης. Παρουσιάζονται οι θεωρίες περί αποτυχιών της αγοράς και δημόσιων αγαθών, οι οικονομικές θεωρίες περί πολιτικής και η θεωρία για τα κοινωνικά δικαιώματα. Αυτό που προκύπτει από την όλη συζήτηση είναι η σημασία του ρόλου της κοινωνικής προστασίας ως μιας νομιμοποιημένης έκφρασης του συλλογικού και ως αναπόσπαστου στοιχείου της κοινωνικής οργάνωσης.

Η κρίση του κράτους πρόνοιας ως γενικά αποδεκτής κατάστασης τόσο

από τη Δεξιά όσο και από την Αριστερά, εξετάζεται στο τέταρτο κεφάλαιο. Διερευνάται η έννοια της κρίσης και παρουσιάζονται εκτενέστερα οι θέσεις της Νέας Δεξιάς αλλά και η σοσιαλδημοκρατική και αριστερή κριτική. Στη συνέχεια διαπιστώνεται ότι οι αιτιάσεις για την κρίση του κράτους πρόνοιας δεν είναι αδιάσειστα θεμελιωμένες αλλά εμφανίζουν κενά και μπορούν να αμφισβητηθούν για την ορθότητά τους. Συνεπώς αντί για κρίση και κατάρρευση θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μια αναπροσαρμογή του πλαισίου άσκησης της κοινωνικής πολιτικής υπό το πρίσμα των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών που έχουν συντελεστεί μεταπολεμικά.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τέσσερεις κύριες προτάσεις που διατυπώθηκαν κατά τη δεκαετία του 1980, για την αναμόρφωση του κράτους πρόνοιας. Η θεωρία του προνοιακού πλουραλισμού δίνει έμφαση σε ένα μίγμα κρατικών, άτυπων και εθελοντικών φορέων όσο αφορά κυρίως την παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών. Ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός και η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο δημόσιο τομέα βασίζεται στην προσπάθεια εφαρμογής των αρχών του μάνατζμεντ στη δημόσια διοίκηση. Η κατάργηση των προγραμμάτων καθολικής κάλυψης και η εφαρμογή της αρχής της επιλεκτικότητας στοχεύει στην επικέντρωση της παροχής κοινωνικής προστασίας μόνο στα άτομα που μπορεί να διαπιστωθεί ότι έχουν πραγματική ανάγκη. Τέλος η προσπάθεια ιδιωτικοποίησης της κοινωνικής προστασίας επιχειρεί να καταστήσει αποκλειστικά υπεύθυνο το άτομο το οποίο θα μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες του στην ιδιωτική αγορά με βάση την αγοραστική του ικανότητα, με σκοπό την απαλλαγή του κράτους από την υποχρέωση παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Από τις παραπάνω προτάσεις μερικές έχουν ορισμένα θετικά στοιχεία, όλες όμως εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα. Η βασική διαπίστωση είναι ότι υπάρχει μια αβεβαιότητα ως προς τη μορφή που τελικά θα πάρει η κοινωνική πολιτική στο μέλλον.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο τίθεται το ερώτημα κατά πόσο μπορούμε να μιλάμε για τη διαμόρφωση μιας ενιαίας ευρωπαικής κοινωνικής πολιτικής και τη θεσμοθέτηση ενός ευρωπαικού κοινωνικού κράτους στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης. Υπό τις παρούσες συνθήκες κάτι τέτοιο φαίνεται εξαιρετικά δύσκολο αφού η κοινωνική διάσταση της Ευρωπαικής ολοκλήρωσης βρίσκεται υποταγμένη στους στόχους της οικονομικής πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

1.ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Από τη στιγμή που κάποιος θελήσει να ασχοληθεί με το αντικείμενο της κοινωνικής πολιτικής, το βασικό πρόβλημα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος είναι το πρόβλημα των εννοιολογικών σημασιοδοτήσεων και του σαφούς προσδιορισμού του γνωστικού αντικειμένου. Αμέσως προκύπτουν μια σειρά ερωτημάτων όπως: Τί είναι η κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας; Ποιοί τομείς της δημόσιας πολιτικής εντάσσονται στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής; Ποιό είναι το διαφοροποιητικό στοιχείο που διακρίνει την κοινωνική πολιτική από άλλες μορφές πολιτικής όπως για παράδειγμα η οικονομική πολιτική και κατ'επέκταση ποιά η σχέση της κοινωνικής πολιτικής με αυτές τις άλλες μορφές πολιτικής;

Μια πρώτη απάντηση εντάσσεται στα πλαίσια της παραδοσιακής προσέγγισης της κοινωνικής πολιτικής σύμφωνα με την οποία απαριθμούνται μια σειρά δημόσιων πολιτικών ή υπηρεσιών και ορισμένες από αυτές σημασιοδοτούνται ως συνιστώσες της κοινωνικής πολιτικής. Ο σκληρός πυρήνας αποτελείται από την κοινωνική ασφάλιση, τις υπηρεσίες υγείας και τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Πολλοί προσθέτουν επίσης την εκπαιδευτική και στεγαστική πολιτική.1 Το πρόβλημα με αυτή την προσέγγιση είναι ότι δεν υπάρχει μια γενική συμφωνία για το τί τελικά πρέπει να συμπεριληφθεί σε αυτόν τον κατάλογο απαρίθμησης. Οι V.George, P.Wilding για παράδειγμα στις παραπάνω πολιτικές και υπηρεσίες προσθέτουν και την φορολογική πολιτική, την εξασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων διαφόρων μειωνοτήτων καθώς και την πολιτική απασχόλησης και καταπολέμισης της ανεργίας.2 Για τον N.Ginsburg ο όρος κράτος πρόνοιας χρησιμοποιήται για να περιγράψει το ρόλο που παίζει το κράτος στην εκπαίδευση, την υγεία, τη στέγαση, την ανακούφιση των φτωχών, την κοινωνική ασφάλιση και τις άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Περιγράφει την επέκταση των κρατικών δραστηριοτήτων σε πολλά μέτωπα όπως εργασιακές σχέσεις, απασχόληση και εισοδηματική πολιτική.3

Ορίζοντας την κοινωνική πολιτική με αυτό το τρόπο, εμφανίζεται και ένα άλλο πρόβλημα: παρεμποδίζεται η γενικότερη χρήση του όρου

---

1. M.Hill, "Understanding social policy", 1983, σ.1-2 M.Hill, G.Bramley, "Analysing social policy", 1986, σ.4, J.Galper, "The politics of social services", 1975, σ.11

2. V.George, P.Wilding, "The impact of social policy", 1984, σ.4

3. N.Ginsburg, "Class, capital and social policy", 1979, σ.39

έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί αναφερόμενος και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και διαφορετικές χώρες. Η εξέλιξη του όρου κοινωνική πολιτική διαπιστώνεται ότι είναι τέτοια που ακόμα και στην ίδια χώρα μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.4 Επομένως ο προσδιορισμός της κοινωνικής πολιτικής με τον παραπάνω τρόπο δεν λαμβάνει υπόψη του τις μεταβαλλόμενες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές περιστάσεις μέσα στις οποίες χρησιμοποιήται.

Μια δεύτερη προσέγγιση που είναι συμπληρωματική της πρώτης δίνει έμφαση στη διοικητική-θεσμική διάσταση όπου η κοινωνική πολιτική ορίζεται από την άποψη των θεσμών και των οργανισμών που εμπλέκονται στη διαμόρφωση και την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Με αυτή την έννοια η κοινωνική πολιτική περιλαμβάνει τα αρμόδια υπουργεία και διευθύνσεις υπουργείων, τις δημόσιες υπηρεσίες, τις αρχές τοπικής αυτοδιοίκησης κλπ. Συνεπώς η κοινωνική πολιτική ορίζεται ως η πολιτική που αφορά τη δημόσια διοίκηση της πρόνοιας δηλαδή την ανάπτυξη και διαχείριση των συγκεκριμένων υπηρεσιών του κράτους που έχουν ως σκοπό την αντιμετώπιση συγκεκριμένων κοινωνικών προβλημάτων ή την επίτευξη γενικά αποδεκτών κοινωνικών στόχων.5 Το μειονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι εντάσσεται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης θεωρητικής παράδοσης, αυτής της κοινωνικής διοίκησης (social administration) η οποία επικεντρώνεται στα συγκεκριμένα προβλήματα μιας συγκεκριμένης χώρας (Βρετανία), δίνει έμφαση στις θεσπισμένες κρατικές πολιτικές πάσχει από έναν άκρατο εμπειρισμό και στερείται θεωρητικής γενίκευσης.6 Ετσι ο παραπάνω ορισμός δεν μπορεί να μεταφραστεί σε όρους άλλων χωρών όπου η διοικητική οργάνωση και οι θεσμικοί διακανονισμοί διαφέρουν.

Ενας τρόπος να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που παρουσιάζουν οι δύο παραπάνω προσεγγίσεις είναι οι προνοιακές δραστηριότητες να ταξινομηθούν και να αναλυθούν ανάλογα με τη λειτουργία τους και τους στόχους τους. Αυτό σύμφωνα με τον P.Townsend έχει δύο συνέπειες: α) οι κρατικές δραστηριότητες ομαδοποιούνται ανάλογα με την ομοιότητα ως προς την πρόθεσή τους ή τις επιπτώσεις τους και β) γίνεται δυνατό να συμπεριληφθούν και πολιτικές ή θεσμοί που δεν είναι κρατικοί και επικεντρώνονται στη βιομηχανία, τη θρησκεία, τις εθελοντικές οργανώσεις τις ιδιωτικές εταιρίες και τους εργοδότες. Η κοινωνική πολιτική στα πλαίσια αυτά γίνεται αντιληπτή ως ένα είδος προσχέδιου για την διαχείριση της κοινωνίας προς την επίτευξη κοινωνικών στόχων. Ορίζεται ως η κύρια ορθολογική βάση σύμφωνα με την οποία οι κοινωνικοί θεσμοί και ομάδες χρησιμοποιούνται ή δημιουργούνται για την διασφάλιση της κοινωνικής προστασίας ή ανάπτυξης. Με αυτή την έννοια

---

4. R.Lowe, "The welfare state in Britain since 1945, 1993, σ.12

5. M.Hill, G.Bramley, 1986, ό.π., σελ.4, P.Townsend, "Sociology and social policy", 1976, σελ.2

6. R.Mishra, "Society and social policy. Theories and practice of welfare", 1981, σ.8

αποτελεί τον θεσμοθετημένο έλεγχο υπηρεσιών και οργανισμών για την διατήρηση ή την αλλαγή της κοινωνικής δομής και των κοινωνικών αξιών. Ετσι οι κοινωνικές υπηρεσίες συνδέονται με τις κοινωνικές συγκρούσεις και την πολιτική ζωή και δεν είναι μονόδρομα υποταγμένες στην οικονομία.7

Με το ίδιο σκεπτικό, ο R.Lowe υποστηρίζει ότι ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται όχι απλά σε ένα στενό πλαίσιο κοινωνικών υπηρεσιών αλλά σε μια κοινωνία στην οποία το κράτος αναμένεται να παρέχει και πραγματικά παρέχει ένα μεγάλο εύρος τόσο οικονομικών όσο και κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες επιδρούν στην ευημερία των πολιτών του. Ετσι το κράτος πρόνοιας επιτελεί ορισμένες βασικές λειτουργίες ανάλογα με τις πολιτικές και οικονομικές συνθήκες στις οποίες δρά.8 Για τον B.Mohan η κοινωνική πολιτική αποτελεί μια στρατηγική η οποία στοχεύει στη μέγιστη δυνατή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω εναλλακτικών επιλογών που ανταποκρίνονται στους τελικούς στόχους της κοινωνικής και οικονομικής δικαιοσύνης. Στοχεύει στην εξάλειψη της ανθρώπινης καταπίεσης και στην εξεύρεση στρατηγικών για την κοινωνική αλλαγή και συνεπώς σχετίζεται άμεσα με τις κανονιστικές δομές της κοινωνίας. Η κοινωνική πολιτική αναπαριστά τις οργανωτικές, θεσμικές και λειτουργικές πλευρές του κοινωνικού συστήματος.9

Αυτό που τονίζεται εδώ είναι ότι για να οριστεί η κοινωνική πολιτική δεν πρέπει να κοιτάμε μόνο τα μέτρα τα οποία υιοθετούνται αφού δεν αποτελούν τίποτα άλλο παρά μέσα για την επίτευξη ενός στόχου, αλλά να εξετάζουμε την φύση του ίδιου του στόχου, δηλαδή όλους τους αντικειμενικούς σκοπούς τους οποίους επιδιώκει η κοινωνική πολιτική με τρόπο που δεν κάνουν οι άλλες πολιτικές.10 Ετσι οι P.Flora, A.Heidenheimer υποστηρίζουν ότι βασικούς στόχους του κράτους πρόνοιας αποτελούν η ασφάλεια και η ισότητα. Για την επίτευξη αυτών των στόχων το κράτος χρησιμοποιεί τρία μέσα: την άμεση πληρωμή παροχών σε χρήμα, την έμεση παροχή υπηρεσιών σε είδος και την έμεση επέκταση των παροχών μέσω φορολογικών απαλλαγών.11 Ο A.Rees υποστηρίζει ότι οι στόχοι της κοινωνικής πολιτικής είναι η εξάλειψη της φτώχειας,η μεγιστοποίηση της ευημερίας και η επίτευξη της ισότητας.12 Σύμφωνα με μια άλλη άποψη όμως ο βασικός στόχος του

---

7. P.Townsend 1976, ό.π., σ.2-28

8. R.Lowe 1993, ό.π., σ.13-15

9. B.Mohan, "The logic of social welfare. Conjectures and formulations", 1987, σ.93-95

10. A.Rees, "T.H.Marshall's social policy", 1985, σ.11

11. P.Flora, A.Heidenheimer, "The historical core and changing boundaries of the welfare state", στο P.Flora, A.Heidenheimer, (eds.), "The development of the welfare states in Europe and America", 1984, σ.25

12. A.Rees 1985, ό.π., σ.241

κράτους πρόνοιας είναι η ρύθμιση της αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης και η διατήρηση του μη εργαζόμενου πληθυσμού εντός της καπιταλιστικής οργάνωσης της κοινωνίας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου το κράτος συνδυάζει την κρατική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε είδος και σε χρήμα και την κρατική ρύθμιση των ατομικών ιδιωτικών συνθηκών που άμεσα μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής των ατόμων και των ομάδων.13 Στα πλαίσια αυτά δίνεται βαρύτητα στο ρόλο της κοινωνικής πολιτικής ως μέσο άσκησης κοινωνικού ελέγχου με την έννοια της αυτορρύθμισης και της ικανότητας μιας κοινωνίας να επιτύχει ένα σύνολο ανώτερων ηθικών αξιών14 ή με την έννοια της διαμόρφωσης ενός κλίματος κονφορμισμού και συντήρησης του υφιστάμενου πολιτικού κλίματος.15

Το ζήτημα που προκύπτει με αυτή τη κατηγορία προσεγγίσεων είναι ακριβώς ο προσδιορισμός των στόχων. Αν κάποιος ορίσει ως απότερο στόχο της κοινωνικής πολιτικής,την ευημερία των ατόμων και του κοινωνικού συνόλου, τότε βρίσκεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα προσδιορισμού της έννοιας της ανάγκης. Ποιές ανάγκες πρέπει να ικανοποιούνται από την κοινωνική πολιτική και σε ποιά έκταση;16 Οι ανάγκες σχετίζονται με κάποιους κινδύνους οι οποίοι εκλαμβάνονται ως κοινωνικά προβλήματα. Ποιές καταστάσεις όμως σημασιοδοτούνται ως κοινωνικά προβλήματα; Ποιός το προσδιορίζει αυτό; Με ποιό τρόπο εξηγούνται και ερμηνεύονται τα κοινωνικά προβλήματα;17 Όλα αυτά είναι ερωτήματα τα οποία απαντώνται με διαφορετικό τρόπο και εγείρουν μια σειρά αντιλογιών και δικογνωμιών.

Ετσι έρχόμαστε σε μια τέταρτη κατηγορία ορισμών όπου γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν και μορφοποιούν την κοινωνική πολιτική από άλλες δημόσιες πολιτικές και το κράτος πρόνοιας από άλλες μορφές κράτους. Ο R.Goodin διακρίνει δύο προσδιοριστικά χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας. Το πρώτο χαρακτηριστικό και αυτό που το

---

13. I.Gough, "The political economy of the welfare state", 1979, σ.3-4

14. M.Janowitz, "Social control of the welfare state", 1976

15. J.Galper, "The politics of social services", 1975, σ.46., A.Gould, "Conflict and control in welfare policy: The Swedish experience", 1988

16. V.George, R.Page, "Introduction: thinking about welfare in the modern era", στο V.George, R.Page, (eds.), "Modern thinkers on welfare", 1995, σ.1

17. Για μια ανάλυση των παραπάνω ερωτημάτων τα οποία εμφανίζονται και όσο αφορά τη προβληματική της κοινωνικής πολιτικής ως μέσου κοινωνικού ελέγχου, βλ. T.Hulley, J.Clarke, "Social problems: social construction and social causation", στο M.Mooney, R.Bocock et al., "The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain", 1991, σ.10-23

διαφοροποιεί από άλλους τύπους κράτους είναι ότι α) παρεμβαίνει σε μια οικονομία της αγοράς, β) για να καλύψει ορισμένες από τις βασικές ανάγκες των ατόμων, γ) χρησιμοποιώντας σχετικά άμεσους τρόπους. Το δεύτερο χαρακτηριστικό του και αυτό που το διαφοροποιεί από άλλους τύπους πρόνοιας όπως για παράδειγμα η φιλανθρωπία, είναι ότι αποτελεί ένα σύστημα υποχρεωτικής, συλλογικής και χωρίς διακρίσεις παροχής πρόνοιας.18 Ο R.Mishra τονίζει τρία στοιχεία: την κρατική ευθύνη για την επίτευξη της ευημερίας των πολιτών, η οποία λαμβάνει χώρα στα πλαίσια της ιδιωτικής οικονομίας της αγοράς και της πλουραλιστικής πολιτικής συγκρότησης.19

Οι M.Hill, G.Bramley διευκρινίζουν ότι συζητώντας για κοινωνική πολιτική συζητάμε για μια πλευρά της δημόσιας πολιτικής δηλαδή για τις ενέργειες και τις θέσεις που παίρνει το κράτος ως μια έγκυρη συλλογική οντότητα στην κοινωνία.Η δημόσια πολιτική ορίζεται ως μια ομάδα αλληλοσχετιζόμενων αποφάσεων που παίρνονται από έναν πολιτικό παράγοντα ή ομάδα παραγόντων και που αφορούν την επιλογή στόχων και μέσων επίτευξης αυτών των στόχων στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης κατάστασης όπου αυτές οι αποφάσεις θα πρέπει να βρίσκονται εντός των ορίων εξουσίας αυτών των παραγόντων έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση σε ορισμένα χαρακτηριστικά όπως: α) Η πολιτική είναι συνώνυμη με ορισμένου τύπου αποφάσεις, οι οποίες διαφοροποιούνται από τις ατομικές αποφάσεις. β) Οι αποφάσεις αυτές λαμβάνονται από πολιτικούς παράγοντες με την έννοια ότι η φύση αυτών των αποφάσεων τις κάνει πολιτικές και αυτό είναι που προσδιορίζει τους παράγοντες ως πολιτικούς. γ) Οι πολιτικές αφορούν στόχους και μέσα. δ) Οι πολιτικές συνδέονται με συγκεκριμένες καταστάσεις και συνθήκες. ε) Αφορούν πράγματα που μπορούν να επιτευχθούν.20 Το κράτος περιλαμβάνει ένα εύρος θεσμών και οι πολιτικές του μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές, αλλά όλες μοιράζονται τα κύρια χαρακτηριστικά της δικαιοδοτικής αρχής και της συλλογικότητας. Με μια έννοια αυτή η έμφαση στο κράτος ως συλλογική δημόσια οντότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική σε σχέση με την κοινωνική πολιτική γιατί η λέξη "κοινωνική" από μόνη της υπονοεί τη δημοσιότητα ή τη συλλογικότητα των γεγονότων που σχετίζονται με την κοινωνία ως σύνολο, σε αντίθεση με το ιδιωτικό ατομικό συμφέρον ή το συμφέρον των μικρών ομάδων, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι παραγνωρίζεται η σημασία της παροχής υπηρεσιών στα πλαίσια ιδιωτικών, άτυπων, εθελοντικών ή οικογενειακών πλαισίων.21

---

18. R.Goodin, "Reasons for welfare. The political theory of the welfare state", 1988, σ.11-12

19. R.Mishra, "Social analysis and the welfare state: retrospect and prospect", στο E.Olsen, (ed.), "Comparing welfare states and their futures", 1986, σ.31

20. M.Hill, G.Bramley 1986, ό.π., σ.3

21. M.Hill, G.Bramley 1986, ό.π., σ.2

Συνοψίζοντας την προβληματική που αναπτύχθηκε παραπάνω βλέπουμε την δυσκολία που υπάρχει στο να δοθεί ένας σαφής και γενικά αποδεκτός ορισμός της "κοινωνικής πολιτικής". Το βασικό πρόβλημα είναι ότι οι παραπάνω ορισμοί απομονώνουν ορισμένες πλευρές της κοινωνικής πολιτικής και αδυνατούν να συνθέσουν σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο όλους τους παράγοντες που επιδρούν στην διαμόρφωση και την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής. Αυτό οδηγεί στην ανάγκη υιοθέτησης μιας προσέγγισης που θα τοποθετεί την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας και τις μορφές που αυτό πήρε στα πλαίσια των διαδικασιών κοινωνικής εξέλιξης και κοινωνικής αλλαγής και των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν από αυτές. Η κοινωνική πολιτική δεν υφίσταται στο κενό αλλά προκύπτει μέσα από το κοινωνικο, οικονομικό, ιδεολογικό, πολιτικό, πολιτισμικό, θρησκευτικό, διοικητικό, αξιολογικό και νομικό περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνεται.22 Σύμφωνα με τον R.Titmuss, η μελέτη της κοινωνικής πολιτικής δεν μπορεί να απομονωθεί από τη μελέτη της κοινωνίας ως σύνολο και σε σχέση με όλες τις πλευρές της.23 Με αυτή την έννοια θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας ως ένα "ολικό κοινωνικό φαινομενο". Δηλαδή ως ένα φαινόμενο που θέτει σε κίνηση την ολότητα της κοινωνίας και των θεσμών της.24 Η κοινωνική πολιτική γίνεται αντιληπτή ως αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τάξης25 καθώς και αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινής ζωής που αφορά ζητήματα επικοινωνίας, εργασίας, μετακίνησης κλπ.26

---

22. D.Iatridis, "Social policy. Institutional context of social development and human services", 1994, σ.12-13

23. R.Titmuss, "Social policy. An introduction", 1974, σ.15

24. Ο πρώτος που χρησιμοποίησε την έννοια "ολικό κοινωνικό φαινόμενο" είναι ο M.Mauss για να αναλύσει το ρόλο του δώρου στις πρωτόγονες κοινωνίες. Βλ. M.Mauss, "Το δώρο. Μορφές και λειτουργίες της ανταλλαγής", 1979, σ.67-68, 171. Η ανάλυση του Mauss για το δώρο ως μια μορφή αυτοπροαίρετης αλλά και υποχρεωτικής προσφοράς όπου η κοινωνία αναζητά ένα γνησιότερο πνεύμα πού να βασίζεται στην φιλανθρωπία, την κοινωνική υπηρεσία και την αλληλεγγύη (ό.π., σ.157), γίνεται ιδιαίτερα επίκαιρη σήμερα υπό το πρίσμα διατύπωσης προτάσεων για την παροχή κοινοτικών υπηρεσιών στα πλαίσια ενός τρίτου τομέα πέρα από το κράτος και την αγορά, που θα λειτουργήσει ως μέσο για τη δημιουργία της μετά-την-αγορά εποχής. Βλ.J.Rifkin, "Το τέλος της εργασίας και το μέλλον της", 1996, σ.419-424

25. C.Esping-Andersen, "The comparison of policy regimes: An introduction", στο M.Rein, C.Esping-Andersen, L.Rainwater (eds.), "Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of policy regimes", 1987, σ.3-7

26. M.Cahill, "The new social policy", 1994

Ο ορισμός αυτός βασίζεται σε ορισμένες παραδοχές που υποδηλώνουν μια διαφορετική προσέγγιση από την παραδοσιακή και με την έννοια αυτή μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στο σκηνικό που έχει διαμορφωθεί σήμερα. Οι παραδοχές αυτές είναι η έμφαση στην κοινωνία των πολιτών, η διαμόρφωση ενεργητικών πολιτικών και η χρησιμοποίηση προληπτικών μέτρων. Η έμφαση στην κοινωνία των πολιτών σημαίνει την ενεργητικότερη συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση των πολιτικών. Το κράτος χάνει τον παραδοσιακό του πατερναλιστικό ρόλο και από κράτος-προστάτη και κράτος-παροχών μετατρέπεται σε κράτος εκφραστή της συλλογικότητας, συντονιστή του κοινωνικού ιστού και στρατηγικού σχεδιαστή. Στα πλαίσια αυτά δεν εφαρμόζονται πλέον παθητικές θεραπευτικές πολιτικές αποκατάστασης αλλά η έμφαση δίνεται στην διαμόρφωση ενεργητικών πολιτικών και τη χρήση προληπτικών μέτρων27 π.χ. αντί μιας πολιτικής επιδομάτων ανεργίας, εφαρμογή προγραμμάτων δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας.28 Ετσι μπορούμε να μιλήσουμε για ένα δίκτυο σχέσεων, πολιτικών και ομάδων όπου αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοεπιδρούν.

Υπό αυτό το πρίσμα μπορεί να γίνει κατανοητή και η έννοια της "κρίσης" του κράτους πρόνοιας, όχι ως κρίσης νομιμοποίησης που οδηγεί σε αποδόμηση και κατάρρευση αλλά ως διαδικασία κοινωνικής αλλαγής και αναμόρφωσης.

2.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΧΘΗΚΕ ΟΤΙ ΣΥΝΕΒΑΛΛΑΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΥΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η αναζήτηση των παραγόντων που συνέβαλλαν στην εμφάνιση του κράτους πρόνοιας έχει μια διπλή χρησιμότητα. Από τη μια βοηθά στον εντοπισμό και την κατανόηση αυτού καθαυτού του φαινομένου και στον εννοιολογικό προσδιορισμό του. Από την άλλη βοηθά στην μελέτη της κοινωνικής πραγματικότητας και της εξέλιξής της. Και αυτό γιατί το κράτος πρόνοιας δεν αποτελεί ένα παθητικό παραπροϊόν της κοινωνικής εξέλιξης, αλλά επιδρά σε αυτή, την προσδιορίζει και τη μορφοποιεί. Ετσι μπορούν να ερμηνευτούν καλύτερα οι διάφορες μορφές οργάνωσης του κοινωνικού ως απάντηση

---

27. Ο.Rosanvallon κάνει λόγω για τη μετάβαση από ένα κράτος παθητικής πρόνοιας (etat passif-providence) που στηρίζεται στη λογική της επιδιόρθωσης των βλαβών του κοινωνικού, σε ένα κράτος ενεργητικής πρόνοιας (etat actif-providence) το οποίο βασίζεται στη σύλληψη της δράσης και της επενέργειας πάνω στο υλικό του ίδιου του κοινωνικού. Το πρόβλημα είναι η ίδια η δομή του κοινωνικού και όχι μόνο οι μορφές επιδιόρθωσης των δυσλειτουργιών ή οι τύποι διαχείρισης των διαφόρων κατηγοριών κοινωνικών δαπανών. Βλ. P.Rosanvallon, "La nouvelle question sociale. Repenser l'etat-providence", 1995, σ.11,117

28. Βλ. για παράδειγμα το άρθρο του J.Berghman, "Ο ορισμός της κοινωνικής ασφάλειας", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 4, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σ.86-96, όπου επαναπροσδιορίζει την έννοια της κοινωνικής ασφάλειας.

σε συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα.Κατ' επέκταση μπορεί να διευκρινιστεί κατά πόσο η χρησιμοποίηση του όρου "κρίση του κράτους πρόνοιας" μπορεί να περιγράψει τη σημερινή κατάσταση.

Οι εξηγήσεις που έχουν προταθεί για την ανάδυση του κράτους πρόνοιας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μια κατηγορία δίνει έμφαση στο ρόλο συγκεκριμένων κοινωνικών τάξεων, ομάδων, κομμάτων και κρατικών αξιωματούχων, έτσι όπως δραστηριοποιούνται στα πλαίσια συγκεκριμένων κρατικών δομών. Η κινητοποίηση, πίεση ή "ενόραση" αυτών των ομάδων και προσώπων οδήγησαν στην εφαρμογή μιας σειράς κοινωνικών προγραμμάτων. Η δεύτερη κατηγορία δίνει έμφαση στην ιστορική διαδικασία της ανάπτυξης και της εξέλιξης και σε μια σειρά οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών μετασχηματισμών που έλαβαν χώρα. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται ως λειτουργικό προαπαιτούμενο της σύγχρονης κοινωνίας.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται απόψεις που επικεντρώνουν στο ρόλο της εργατικής τάξης και του συνδικαλιστικού κινήματος ή μιας πεφωτισμένης πολιτικής ελίτ ή μιας εκσυγχρονιστικής ομάδας στα πλαίσια του κρατικού μηχανισμού ή ακόμα των μεσαίων τάξεων. Την σημασία της ταξικής πάλης και των ταξικών σχέσεων ως παράγοντα εφαρμογής και επέκτασης των κοινωνικών προγραμμάτων, τονίζουν οι μαρξιστικές προσεγγίσεις στο κράτος πρόνοιας. Το ρόλο αυτό όμως δεν τον βλέπουν αποκομμένο από το πλαίσιο λειτουργίας του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής. Έτσι ο Gough υποστηρίζει ότι η εμφάνιση του κράτους πρόνοιας πρέπει να αποδοθεί σε δύο παράγοντες που είναι η πίεση που άσκησε το εργατικό κίνημα μέσω των συνδικάτων του και των εργατικών κομμάτων και η ικανότητα του καπιταλιστικού κράτους να διαμορφώσει και να εφαρμόσει πολιτικές διασφάλισης της μακροχρόνιας αναπαραγωγής των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής.29 Για την De Brunhoff το άλμα πραγματοποιείται όταν το εργατικό κίνημα καθιερώνει μια συλλογική σχέση με το κεφάλαιο ή όταν η εργατική δύναμη γίνεται εργατική τάξη.30 Ο Hobsbawm τονίζει ότι το κράτος πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα του φόβου απέναντι στους φτωχούς και πιο συγκεκριμένα απέναντι στο μεγαλύτερο και καλύτερα οργανωμένο μέτωπο των πολιτών στις βιομηχανικές κοινωνίες, δηλαδή τους εργάτες.31 Ωστόσο μελέτες δείχνουν ότι η επίδραση της κινητοποίησης της εργατικής δύναμης όσο αφορά την εγκαθίδρυση και την επέκταση του κράτους πρόνοιας, δεν πρέπει να αναλυθεί αυτόνομα αλλά σε σχέση με μια σειρά χαρακτηριστικών όπως το πολιτικό καθεστώς, το κομματικό σύστημα, η οργάνωση του εργατικού κινήματος και η κομματική του εκπροσώπηση και οι σχέσεις μεταξύ των πολιτικών

---

29. I.Gough, "The political economy of the welfare state", 1979 σ.58-64

30. S.De Brunhoff, "Κράτος και κεφάλαιο", 1983, σ.34

31. E.Hobsbawm, "Αντίο σε όλα αυτά", στο Γ.Βούλγαρης, (επιμ.), "Η επομένη ημέρα μετά την πτώση του υπαρκτού σοσιαλισμού", 1992, σ 41-55

ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

δυνάμεων στην κοινωνία.32

Ο ρόλος της εργατικής τάξης αμφισβητείται από αρκετούς ερευνητές, με βάση δύο άξονες επιχειρημάτων. Ο πρώτος άξονας επικεντρώνει την κριτική στο γεγονός ότι η έννοια της εργατικής τάξης αποτελεί μια αφαίρεση η οποία αποκρύπτει την ποικιλομορφία των εμπειριών και των συμφερόντων διαφορετικών τμημάτων στο εσωτερικό της ίδιας της εργατικής τάξης. Επίσης παραβλέπεται το γεγονός ότι η διαμόρφωση των αιτημάτων δεν επηρεάζεται μόνο από τις παραγωγικές διαδικασίες αλλά και από το πολιτικό και ιδεολογικό πλαίσιο. Συνεπώς δεν μπορεί να υποστηριχθεί η εκ των πρωτέρων αυτόματη υποστήριξη της εργατικής τάξης για επέκταση του κράτους πρόνοιας.33

Ο δεύτερος άξονας τονίζει τη σημασία άλλων κοινωνικών ομάδων στην ανάδυση και τη σταθεροποίηση του κράτους πρόνοιας. Σύμωνα με τον Giddens η εμφάνιση του κράτους πρόνοιας ήταν λιγότερο αποτέλεσμα της ενεργητικής κινητοποίησης του εργατικού κινήματος για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του και περισσότερο αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης από μέρους των κρατικών αξιωματούχων και των υποστηρικτών της εκβιομηχάνισης ότι η κοινωνική πολιτική ήταν αναγκαία για την προστασία των ατόμων σε καταστάσεις αδυναμίας διαβίωσης όταν βρίσκονταν εκτός του συστήματος της αγοράς, μιας και οι παραδοσιακές πηγές υποστήριξης είχαν αρχίσει να χάνουν τη σημασία τους.34 Με αυτή τη θέση συμφωνεί και ο Demier ο οποίος υποστηρίζει ότι οι πρωτοβουλίες για υιοθέτηση πολιτικών κοινωνικής προστασίας πάρθηκαν από τις ελίτ που κατείχαν την εξουσία και κυρίως την αστική τάξη, η οποία στράφηκε προς το κράτος όταν κατάλαβε ότι η κοινωνική ισορροπία δεν ήταν δυνατό να εξασφαλιστεί μόνο στη βάση του ατομικού συμφέροντος αλλά ούτε και στη βάση ξεπερασμένων από την κοινωνική πραγματικότητα παραδοσιακών πατερναλιστικών μεθόδων.35

Την πρωτοκαθεδρία του εργατικού κινήματος αμφισβητεί και ο Baldwin ο οποίος μελετώντας το παράδειγμα της Γαλλίας και της Γερμανίας υποστηρίζει ότι πολύ σημαντική ήταν η συμβολή των

---

32. H.Wilensky, "Leftism, catholicism and democratic corporatism: The role of political parties in recent welfare state development", στο P.Flora, A.Heidenheimer, "The development of welfare states in Europe and America", 1984, σ.345-382, C.Esping-Andersen, "The three worlds of welfare capitalism", 1990, σ.105-138

33. P.Wetherly, "Class struggle and the welfare state: some theoretical problems considered", στο Critical Social Policy, issue 22, vol.8, no 1, Summer 1988, σ.24-40

34. A.Giddens, "Beyond left and right.The future of radical politics", 1994, σ.136.

35. F.Demier, "Histoire des politiques sociales. Europe XIXe-XXe siecle", 1996, σ.92

μεσαίων τάξεων στην ανάπτυξη των κοινωνικών πολιτικών. Οσ περισσότερο τα μεσαία στρώματα ενσωματώθηκαν στο κράτος πρόνοιας τόσο περισσότερο σταθεροποιημένο υπήρξε αυτό και τόσο περισσότερ επωφελήθηκαν μακροχρόνια τα μη προνομοιούχα στρώματα.36 Σ παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Goodin, Le Grand οι οποίο υποστηρίζουν ότι τα μη-φτωχά στρώματα παίζουν βασικό ρόλο στ δημιουργία, υποστήριξη, αναμόρφωση και διάλυση του κράτου πρόνοιας. Σε μερικές περιπτώσεις τα κίνητρά τους είνα αλτρουιστικά αλλά συνήθως ενεργούν με βάση τα συμφέροντά τους.3 Ετσι η υποστήριξη κοινωνικών προγραμμάτων από τα μη-φτωχ στρώματα κυρίως μετά το 1945 αποδίδεται στην διάχυτη αβεβαιότητ ως προς την έλευση του κινδύνου που επικρατούσε κατά τη διάρκει του πολέμου η οποία οδήγησε στην λαική απαίτηση για προστασί όλων από τον κίνδυνο. Η αβεβαιότητα που υπήρχε σε κάθε άτομο κα η πιθανότητα ότι τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει σήμερα κάποιο μπορούσε να τον αντιμετωπίσει αύριο αυτό το ίδιο, άλλαξε τι πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις προσδοκίες και τις αξίες τω ανθρώπων με αποτέλεσμα την έμφαση στην εθνική ενότητα κα αλληλεγγύη.38

Στη δεύτερη κατηγορία ερμηνειών δίνεται έμφαση στις κοινωνικές πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που συνέβαλλαν στην εμφάνισ του κράτους πρόνοιας. Τέτοιες εξελίξεις αποτελούν εκβιομηχάνιση, η κυριαρχία του καπιταλιστικού συστήματος, εμφάνιση του εθνικού κράτους, ο εξαστισμός, η εκκοσμίκευση, διαμόρφωση δημοκρατικών δομών διακυβέρνησης, η ανάπτυξη τη γραφειοκρατίας, κλπ.

Ειδικότερα, σε χώρες όπως για παράδειγμα ο Καναδάς, πο χαρακτηρίζονται από έντονες περιφερειακές διαφοροποιήσεις, μ κοινωνικά ετερογενείς πληθυσμούς και διεσπασμένους πολιτικού θεσμούς, το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται ως ένα μέσο εθνικής κα εδαφικής ενσωμάτωσης και ολοκλήρωσης. Τα εθνικά κοινωνικ

---

36. P.Baldwin, "Class interests and the post-war welfare state i Europe: A historical perspective", στο International Socia Security Review, vol.1, 3, 1990, σ.255-269. Επίσης βλ P.Baldwin, "The Scandinavian origins of the social interpretatio of the welfare state", στο Comparative Studies in Society an History, vol.31, no 1, January 1989, σ.3-24, όπου τονίζεται ότ το κράτος πρόνοιας δεν ήταν αποτέλεσμα της πίεσης της εργατική τάξης και των πρωτοβουλιών αριστερών κομμάτων, αλλά το αποτέλεσμ της επίλυσης της διαμάχης μεταξύ των στενών συμφερόντων τη ανερχόμενης αγροτικής μεσαίας τάξης από τη μια και τη γραφειοκρατίας και των ελίτ των πόλεων από την άλλη.

37. R.Goodin, J.Le Grand, "Introduction", στο R.Goodin, J.L Grand, (eds), "Not only the poor. The middle classes and th welfare state", 1987, σ.3

38. R.Goodin, J.Dryzek, "Risk-sharing and social justice: Th motivational foundations of the post-war welfare state", στ R.Goodin, J.Le Grand, (eds.), 1987, ό.π., σ.37-67

προγράμματα δημιουργούν ένα δίκτυο βαθύτερων σχέσεων μεταξύ των πολιτών και της κεντρικής κυβέρνησης,συμβάλλοντας στον προσδιορισμό των ορίων της εθνικής κοινότητας σε πολιτικό επίπεδο και στην αύξηση της νομιμοποίησης του κράτους.39

Το ρόλο της εκβιομηχάνισης στη διαμόρφωση των θεσμών του κράτους πρόνοιας, τονίζει ο Galbraith στο βιβλίο του "Το νέο βιομηχανικό κράτος". Στενά συνδεδεμένη με τη θέση αυτή είναι και η έμφαση στην διαδικασία αλλαγών και εκσυγχρονισμού των κοινωνιών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, προσδιοριστικός παράγοντας της κοινωνικής δομής των προοδευμένων βιομηχανικών κοινωνιών είναι η τεχνολογία και τα προαπαιτούμενα της βιομηχανικής παραγωγής.40 Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται ως λειτουργική απάντηση στα προβλήματα αβεβαιότητας και αστάθειας που εμφανίζει το βιομηχανικό σύστημα, η λειτουργία του οποίου επιβάλλει τον έλεγχο των τιμών, τον επηρεασμό της αγοραστικής ικανότητας των πολιτών, την εξασφάλιση εργατικών χεριών. Δηλαδή γίνεται επιτακτική η ρύθμιση της ζήτησης, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η σταθερότητα του προγραμματισμού και η αποφυγή επικίνδυνων διακυμάνσεων στη ζήτηση, τις πωλήσεις και την παραγωγή.41 Κατ' επέκταση διαμορφώνεται και μια θεωρία της σύγκλισης όπου τα βιομηχανικά κράτη ακολουθούν σε γενικές γραμμές συγκλίνουσες πορείες. Τη μορφή της οικονομικής οργάνωσης καθορίζουν πλέον οι απαιτήσεις της τεχνολογίας και της οργάνωσης και όχι η ιδεολογία.42

Επεκτείνοντας ακόμα παραπέρα το παραπάνω επιχείρημα, πολλοί μελετητές συνέδεσαν την διαδικασία εκβιομηχάνισης με την επικράτηση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής και του φορντιστικού σχήματος συσσώρευσης.43 Το νέο καθεστώς συσσώρευσης επιτρέπει την ανάπτυξη της μαζικής παραγωγής και βασίζεται στον τευλορισμό που εισήγαγε νέους κανόνες εργασίας και στον φορντισμό που εισήγαγε νέους κανόνες παραγωγικότητας, παραγωγής και κατανάλωσης. Κυρίαρχο ρόλο σε αυτό το νέο καθεστώς συσσώρευσης παίζει ο μισθός ο οποίος εντάσσεται στα πλαίσια των νέων κανόνων εργατικής κατανάλωσης. Οι μεγάλες βιομηχανικές και οικιστικές συγκεντρώσεις αποκόπτουν τον εργαζόμενο από τους οικιακούς όρους ανασύστασης της εργατικής του δύναμης που λάμβανε χώρα στο

---

39. K.Banting, "The welfare state as statecraft: Territorial polics and Canadian social policy", στο S.Leibfried, P.Pierson, "European social policy. Between fragmentation and integration", 1995, σ.269-300

40. J.K.Galbraith, "Το νέον βιομηχανικό κράτος", 1969, σ.5

41. J.K.Galbraith 1969, ό.π., σ.230-234

42. J.K.Galbraith 1969, ό.π., σ.7

43. Βλ. για παράδειγμα τη Γαλλική σχολή της "θεωρίας της ρύθμισης".
R.Boyer, "Η θεωρία της ρύθμισης. Κριτική ανάλυση", 1988,
A.Lipietz, "Αυταπάτες και θαύματα. Προβλήματα του περιφερειακού φορντισμού", 1990

αγροτικό ή ημιαστικό πλαίσιο μη εμπορευματικών σχέσεων. Επιπλέον η ορθολογικοποίηση στους τομείς παραγωγής των βασικών αγαθών οδήγησε στην εμπορευματοποίησή τους και την κυριαρχία του χρήματος. Ετσι λαμβάνουν χώρα τρεις βασικές εξελίξεις: η παραγωγή σε καπιταλιστική βάση των βασικών αγαθών διαβίωσης, η καταστροφή των οικιακών ισορροπιών και η διεύρυνση της μισθωτής εργασίας.44 Αυτό επομένως που έχει σημασία είναι οι νέοι όροι άσκησης της εργασίας και της διαβίωσης του μισθωτού εργάτη της μεγάλης βιομηχανίας.45 Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται να έχει διαμορφωθεί γύρω από τις αντινομίες και τις αντιθέσεις της καπιταλιστικής ανάπτυξης μέσα σε συγκεκριμένα ιστορικά πλαίσια και δεν αποτελεί ούτε επίτευγμα της μαχόμενης εργατικής τάξης ούτε αποτέλεσμα παραχωρήσεων της αστικής τάξης.46 Αποτελεί μια ιστορικά συγκεκριμένη μορφή κοινωνικής οργάνωσης που προέκυψε ως αποτέλεσμα της ικανότητας των καπιταλιστικών θεσμών να διαμορφώνουν και να μετασχηματίζουν τις ανθρώπινες ανάγκες και τις κοινωνικές συγκρούσεις με τρόπο ώστε να εντάσσονται μέσα στα πλαίσια των προαπαιτούμενων του καπιταλισμού.47

Εκτός από τη διαδικασία της εκβιομηχάνισης πολλοί μελετητές προσθέτουν και μια σειρά άλλων εξελίξεων. Ο Wilensky δίνει έμφαση στο οικονομικό στοιχείο και συσχετίζοντας το οικονομικό επίπεδο με το επίπεδο των κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό στο ΑΕΠ, υποστηρίζει ότι η οικονομική ανάπτυξη και η επίδραση που άσκησε στη δημογραφική δομή και την γραφειοκρατική οργάνωση, αποτελεί την κύρια αιτία ανάδυσης του κράτους πρόνοιας.48

Ο Marshall επικεντρώνει στην σημασία επέκτασης των πολιτικών δικαιωμάτων μέσω της γενίκευσης του δικαιώματος της ψήφου και μιας σειράς μέτρων που πάρθηκαν και αφορούσαν την ισότητα των ευκαιριών στην εκπαίδευση, την ασφάλεια στους χώρους εργασίας, την λήψη μέτρων δημόσιας υγείας κλπ. Εδώ σημαντικό ρόλο παίζει η ικανότητα και δυνατότητα των κρατικών μηχανισμών στην υιοθέτηση των παραπάνω μέτρων κοινωνικής πολιτικής μέσω της συλλογής

---

44. B.Coriat, "Ο εργάτης και το χρονόμετρο. Τειλορισμός-Φορντισμός και μαζική παραγωγή", 1985, σ.95-97

45. Η διαδικασία εμπορευματοποίησης τόσο της εργατικής δύναμης όσο και της ικανοποίησης των ανθρώπινων αναγκών και οι μορφές που πήρε η κοινωνική πολιτική ως απάντηση στις πιέσεις για αποεμπορευματοποίηση, αποτελεί για ορισμένους μελετητές το κλειδί για την κατανόηση και την ανάλυση της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Βλ.C.Esping-Andersen, "The three worlds of welfare capitalism", 1990, σ.35-38

46. N.Ginsburg, "Class, capital and social policy", 1979, σ.2, J.Galper, "The politics of social services", 1975, σ.24

47. J.Galper 1975, ό.π., σ.24

48. H.Wilensky, "The welfare state and equality. Structural and ideological roots of public expenditures", 1975, σ.24

πληροφοριών για τα κοινωνικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν, της διαμόρφωσης κατευθυντήριων γραμμών και αξόνων δράσης και της επίβλεψης της πορείας εφαρμογής αυτών των αξόνων δράσης.49 Η προβληματική αυτή τονίζει το ρόλο των πολιτικών και διοικητικών δομών στην εμφάνιση του κράτους πρόνοιας. Σύμφωνα με τον Ashford, ο τρόπος με τον οποίο οι δυτικές φιλελεύθερες δημοκρατίες υιοθέτησαν μέτρα κοινωνικής πολιτικής δεν ήταν μόνο μια λειτουργία κοινωνικής δικαιοσύνης που στηρίζονταν στις κοινωνικές ανάγκες αλλά και ένα αποτέλεσμα του πώς οι πολιτικές και διοικητικές δομές των δημοκρατιών αυτών μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες της θεσμικής δομής της δημοκρατικής διακυβέρνησης. Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας προσεγγίζεται μέσω της πολιτικής διαδικασίας και δίνεται λιγότερη έμφαση στους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Μετατρέπεται επομένως σε ένα πρόβλημα θεσμικών δυνατοτήτων και περιορισμών παρέμβασης σε συγκεκριμένους τομείς και μέσα σε συγκεκριμένες πολιτικές καταστάσεις και περιστάσεις όπως αυτές διαμορφώνονται στα πλαίσια του κομματικού συστήματος και των κοινοβουλευτικών κανόνων.50 Με βάση το ίδιο σκεπτικό η Skocpol ερευνώντας το γιατί οι ΗΠΑ έχουν ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κράτη πρόνοιας μεταξύ των καπιταλιστικών δημοκρατιών, αναζητά τα αίτια στην πολιτική ιστορία των ΗΠΑ και κυρίως στα πλαίσια των κρατικών δομών και στην ιστορική διαδικασία διαμόρφωσης των θεσμικών και πολιτικών προτύπων. Θέση προσδιοριστικών παραγόντων κατέχουν η θέσπιση του συντάγματος, η ανάμειξη σε πολέμους, ο εκλογικός εκδημοκρατισμός, η έκταση της γραφειοκρατικοποίησης, ο ρόλος των κομμάτων και των δικαστηρίων κλπ. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο προσδιορίζει τόσο την έκταση των κοινωνικών παροχών όσο και τον ρόλο, την οργάνωση και το μέγεθος της επιρροής που μπόρεσαν να ασκήσουν οι οργανωμένες κοινωνικές ομάδες.51

Κατηγορία κλειδί επομένως, καθίσταται η έννοια της πολιτικής "συναίνεσης" καθώς και των κοινωνικοπολιτικών διαδικασιών μέσω των οποίων διαμορφώνεται και εκφράζεται αυτή η συναίνεση. Η περίοδος 1945-75 περιγράφεται ως μια περίοδος πολιτικής και κοινωνικής συμφωνίας όσο αφορά το περίγραμμα άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, τους στόχους και τα μέσα και που υπήρχε η υποστήριξη από όλα τα κόμματα, στην μικτή οικονομία, την

---

49. T.Marshall, "Social policy in the twentieth century", 1967, σ.10-17

50. D.Ashford, "The emergence of the welfare states", 1986. Ειδικότερα για τη σημασία της ανταποκριτικής διοίκησης στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας και της μεικτής οικονομίας βλ. ΟΟΣΑ, "Η διοίκηση στην υπηρεσία των πολιτών", Παρίσι 1987

51. T.Skocpol, "America's incomplete welfare state: the limits of New Deal reforms and the origins of the present crisis", στο M.Rein, C.Esping-Andersen, L.Rainwater, (eds.), "Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of policy regimes", 1987, σ.37-53, T.Skocpol, "Social policy in the United States. Future possibilities in historical perspective", 1995, σ.11-33

διατήρηση της πλήρους απασχόλησης και την εξασφάλιση σε όλους ενός ελάχιστου κοινωνικής ασφάλειας.52 Το σκηνικό αυτό στηρίχθηκε σε κορπορατιστικές διαδικασίες διαπραγμάτευσης μεταξύ των κοινωνικών ετέρων, όπου τα οργανωμένα συμφέροντα εμπλέκονται στην πολιτική ανταλλαγή με κρατικούς φορείς για θέματα που αφορούν τα αποτελέσματα της δημόσιας πολιτικής. Το όλο πλαίσιο προσδίδει σε αυτές τις οργανώσεις ένα διπλό ρόλο που συνδυάζει τόσο την εκπροσώπευση συμφερόντων όσο και την εφαρμογή των διαφόρων πολιτικών. Η βασική ιδέα είναι ότι η κοινωνία αποτελεί ένα πλέγμα αλληλοεξαρτώμενων λειτουργιών και συμφερόντων που απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών ομάδων που συγκροτούν ένα τριμερές σύστημα διαπραγματεύσεων μεταξύ συνδικάτων, εργοδοτών και κράτους. Σημείο κλειδί επομένως καθίσταται η θεσμική αναγνώριση των κοινωνικών ετέρων.53

Στις παραπάνω ερμηνείας της εμφάνισης του κράτους πρόνοιας πρέπει τέλος να προστεθεί και μια ομάδα προσπαθειών σύνθεσης των επι μέρους στοιχείων. Εδώ η ερμηνεία βασίζεται στον συνδυασμό μιας σειράς στοιχείων, διεργασιών και εξελίξεων. Σύμφωνα με τον De Swaan η μεταβολή των στάσεων απέναντι στους φτωχούς και η εμφάνιση μιας διαδικασίας συλλογικοποίησης μπορεί να εξηγηθεί με βάση τη μεταβολή της ισορροπίας της αμοιβαίας αλληλεξάρτησης που ήταν αποτέλεσμα της διαμόρφωσης των εθνικών κρατών, της ανάπτυξης του καπιταλισμού, του εξαστισμού και της διαδικασίας εκκοσμίκευσης.54

---

52. Η φύση, το είδος και οι στόχοι της συναίνεσης διαφέρουν από χώρα σε χώρα και από χρονική περίοδο σε χρονική περίοδο. Ακόμα και σε συγκεκριμένες στιγμές οι εκτεταμένες πολιτικές συναίνεσης αντικαταστάθηκαν από λιγότερο εκτεταμένες πολιτικές συναίνεσης ή ακόμα και από πολιτικές σύγκρουσης. Αυτό δείχνει ότι το γενικό πλαίσιο συναίνεσης υπέκρυπτε περιπτώσεις διάρρηξης και σύγκρουσης. Αναλυτικότερα για την εξέταση του πώς διαμορφώθηκε μεταπολεμικά η κοινωνική πολιτική μέσα σε ένα πλέγμα πολιτικών σύγκρουσης-συναίνεσης στην Βρετανία, τη Σουηδία και τις ΗΠΑ βλ. M.Sullivan, "The politics of social policy", 1992. Για μια προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας βλ. N.Deakin, "In search of the postwar concesus", 1988.

53. Αναλυτικότερα για τον κορπορατισμό ως μια πολιτική δομή στα πλαίσια του καπιταλιστικού κράτους η οποία συγκροτεί σε ένα ενιαίο όλο τις οργανωμένες κοινωνικοοικονομικές παραγωγικές ομάδες μέσω ενός συστήματος εκπροσώπισης, αμοιβαίας συνεργασίας κινητοποίησης και κοινωνικού ελέγχου, βλ. A.Cawson, "Corporatism and welfare. Social policy and state intervention in Britain", 1982, A,Cawson, "Corporatism and political theory", 1986, R.Mishra, "The welfare state in crisis. Social thought and social change", 1984, σ.102-120, C.Ham,M.Hill, "The policy process in the modern capitalist state", 1993, σ.39-44

54. A.De Swaan, "In care of the state. Health care,education and welfare in Europe and the USA in the modern era", 1988, σ.1-12

Για την Higgins σημαντικό ρόλο παίζουν τόσο η οργάνωση του κράτους και της κεντρικής και τοπικής εξουσίας όσο και η κοινωνικοοικονομική οργάνωση της κάθε κοινωνίας όπου τίθενται ερωτήματα για το αν είναι αγροτική ή αστική, ολοκληρωτική ή φιλελεύθερη δημοκρατική, συντηρητική ή σοσιαλδημοκρατική, καπιταλιστική ή σοσιαλιστική. Επίσης τίθεται και το ζήτημα της επίδρασης της θρησκείας πάνω στην κοινωνική ζωή και του τρόπου που θρησκευτικά δόγματα υπαγορεύουν κατευθυντήριες γραμμές για την κοινωνική πολιτική και υπηρεσίες προσφέρονται από την εκκλησία.55 Ο Iatridis υποστηρίζει ότι η ανάδυση του κράτους πρόνοιας σχετίζεται με την εκβιομηχάνιση, την ραγδαία αύξηση του πληθυσμού, την αστικοποίηση, την εμφάνιση του κράτους-έθνους, τον εκσυγχρονισμό και την συγκεντροποίηση της διακυβέρνησης. Η επέκταση του κράτους πρόνοιας αποτελεί συνδυασμένο αποτέλεσμα πολλών επαναστατικών αλλαγών που άλλαξαν τους παραδοσιακούς τρόπους ζωής σε νέες κοινωνικές, οικονομικές, τεχνολογικές και πολιτικές μορφές. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν την βιομηχανική και αστική επανάσταση του 18ου αιώνα, την επέκταση της δημοκρατίας στις αρχές του 20ου αιώνα, την κευνσιανή επανάσταση των μέσων του 20ου αιώνα, την ιδεολογία αναδόμησης που επικράτησε μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο, τον ψυχρό πόλεμο κλπ.56

Οι προσπάθειες αυτές σύνθεσης μπορούν να ενταχθούν στα πλαίσια μιας θεωρίας περί "εκμοντερνισμού" (modernisation theory) η οποία τονίζει τη σπουδαιότητα των κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και θεσμικών εξελίξεων στη διαδικασία ανάπτυξης των κοινωνικών πολιτικών και θεσμών. Εξελίξεις-κλειδιά αποτελούν η εκβιομηχάνιση, η αστικοποίηση, η πολιτική κινητοποίηση και συμμετοχή της εργατικής τάξης, η επέκταση του δικαιώματος ψηφοφορίας και ο κοινοβουλευτισμός.57

Ανακεφαλαιώνοντας την παραπάνω παρουσίαση, μπορούμε αβίαστα να καταλήξουμε σε ένα βασικό συμπέρασμα. Προσπάθειες μονοδιάστατης ερμηνείας της εμφάνισης του κράτους πρόνοιας δεν μπορούν να συλλάβουν το εύρος, το βάθος και την πολυπλοκότητα της κοινωνικής πραγματικότητας.58 Η θεωρία της εκβιομηχάνησης και της σύγκλισης υιοθετεί μια λειτουργική ντετερμινιστική ανάλυση η οποία δεν

---

55. J.Higgins, "States of welfare. Comparative analysis in social policy", 1981, σ.46-48

56. D.Iatridis, "Social policy. Institutional context of social development and human services", 1994, σ.153-157

57. P.Flora, J.Alber, "Modernization, democratization and the development of welfare states in Western Europe", στο P.Flora, A.Heidenheimer, (eds.), "The development of welfare states in Europe and America", 1984, σ.37-80, M.Hill, "Social policy. A comparative analysis", 1996, σ.18-24

58. P.Baldwin, "The welfare state for historians", στο Comparative Studies in Society and History, vol.34, no 4, October 1992, σ.695-707

λαμβάνει υπόψη της την ανθρώπινη δραστηριότητα, τις επιλογές και τις κοινωνικές διεργασίες που εμπεριέχουν το στοιχείο της σύγκρουσης, των ιδεολογικών και αξιολογικών αποδοχών κλπ.59 Η σύνδεση του κράτους πρόνοιας μέ έναν συγκεκριμένο τρόπο παραγωγής και ένα συγκεκριμένο πολιτικό καθεστώς -καπιταλισμός, φιλελεύθερη δημοκρατία- παραβλέπει το γεγονός ότι δεν ήταν για παράδειγμα η Βρετανία, η πιο δημοκρατική και καπιταλιστική χώρα του 19ου αιώνα, αυτή που ανέπτυξε πρώτη θεσμούς και πολιτικές κοινωνικού κράτους, αλλά η Γερμανία, κράτος μοναρχικό που βασίζονταν κυρίως στην αγροτική οικονομία.60 Δεν εξηγεί επίσης το ότι οι Ναζί στη Γερμανία χρησιμοποίησαν την κοινωνική πολιτική για την επίτευξη των στόχων τους61 ή το ότι θεσμοί κοινωνικής πολιτικής αναπτύχθηκαν και στα πρώην κομμουνιστικά κράτη, δηλαδή κράτη μη δημοκρατικά και μη καπιταλιστικά. Οι θεωρίες που δίνουν έμφαση στην ταξική σύγκρουση παραβλέπουν το ρόλο που μπορούν να παίξουν και άλλες κοινωνικές ομάδες όπως ομάδες συμφερόντων, επαγγελματικές ή ηλικιακές ομάδες κλπ., καθώς και τη σημασία του θεσμικού πλαισίου στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής.62 Τέλος η θεωρία περί εκμοντερνισμού, αν και σωστά προσπαθεί να συνθέσει το πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και θεσμικό στοιχείο, κινδυνεύει να καταλήξει σε μια λειτουργιστική προσέγγιση με βάση την οποία ο εκμοντερνισμός γίνεται αντιληπτός ως μια εξελικτική διαδικασία η οποία οδηγεί σε ένα τέλος όπου η υλική πρόοδος λύνει κάθε πρόβλημα κατανομής των πόρων και οδηγεί στο "τέλος της ιστορίας".63

Οι διαπιστώσεις αυτές μας οδηγούν στο να δούμε το κράτος πρόνοιας μέσα από ένα πρίσμα που να τονίζει ακριβώς αυτό το πολυδιάστατο που αναδεικνύεται μέσα από τις προσπάθειες ερμηνείας του. Επιβεβαιώνεται δηλαδή η θέση ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο ολικό κοινωνικό φαινόμενο που άπτεται όλων των πλευρών οργάνωσης και έκφρασης του κοινωνικού. Αυτό αποδεικνύουν και μια σειρά μελετών που εξετάζουν την

---

59. R.Mishra, "Society and social policy. Theories and practice of welfare", 1981, σ.44-48.

60. P.Flora, J.Alber, "Modernization, democratization and the development of welfare states in Western Europe", στο P.Flora, A.Heidenhèimer, "The development of welfare states in Europe and America", 1982, σ.72-73

61. G.Rimlinger, "Social policy under German Fascism", στο M.Rein, C.Esping-Andersen, L.Rainwater, (eds.), "Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of social regimes", 1987, σ.59-77

62. A.Heidenheimer, H.Heclo, C.Teich-Adams, "Comparative public policy. The politics of social choise in America, Europe and Japan", 1990, σ.227-228

63. Βλ. για παράδειγμα την προσέγγιση του Fukuyama, στο F.Fukuyama, "Το τέλος της ιστορίας και ο τελευταίος άνθρωπος", 1993

απάντηση που έδωσαν διάφορες χώρες, κατά την αρχική φάση εμφάνισης του κράτους πρόνοιας, στη πρόκληση των νέων ιδεών όσο αφορά το ρόλο του κράτους σε σχέση με την κοινωνική προστασία. Η ερμηνεία της εμφάνισης της κοινωνικοασφαλιστικής νομοθεσίας σε χώρες όπως η Γερμανία στο τελευταίο μισό του 19ου αιώνα, η Βρετανία στις αρχές του 20ου αιώνα ή οι Σκανδιναυικές χώρες στο μεταίχμιο των δύο αιώνων, πρέπει να λάβει υπόψη της μια σειρά μακρο-χαρακτηριστικών όπως το νομικό, θεσμικό, πολιτικό, κοινωνικό, ιδεολογικό και οικονομικό πλαίσιο της κάθε χώρας.64 Επιπλέον, υπό το πρίσμα των νέων οικονομικών εξελίξεων που χαρακτηρίζονται από την τάση της παγκοσμιοποίησης, εκτός από τους παραπάνω ενδογενείς σε κάθε χώρα,οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και οι διεθνείς εξωγενείς παράγοντες που διαμορφώνουν το ευρύτερο παγκόσμιο πλαίσιο και τον τρόπο ένταξης κάθε κοινωνικού σχηματισμού σε αυτό το πλαίσιο.65

3.ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Αφού το κράτος πρόνοιας είναι ένα πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, τίθεται το ερώτημα του πότε μπορούμε να αποφανθούμε ότι ένα κράτος είναι ή δεν είναι κράτος πρόνοιας. Με ποιά κριτήρια μπορεί να γίνει αυτή η διάκριση; Σύμφωνα με τον Pierson, τα κριτήρια αυτά είναι επτά: α) η έκταση του πεδίου δράσης: καθολικότητα/επιλεκτικότητα, β) το εύρος της παρέμβασης: επεκτατική/περιορισμένη, γ) η ποιότητα των υπηρεσιών: μέγιστη/ελάχιστη, δ) τα μέσα παρέμβασης: δημόσια κατανάλωση/ μεταβιβαστικές πληρωμές, ε) η μορφή χρηματοδότησης: φορολογία/ εισφορές, στ) ο τύπος των παροχών: συνδεδεμένες με το εισόδημα/ ομοιόμορφες για όλους και ζ) η έκταση της αναδιανομής: προοδευτική/αντίστροφα προοδευτική.66 Ωστόσο αυτά τα κριτήρια είναι ανεπαρκή αν δεν ενταχθούν σε ένα ευρύτερο στρατηγικό πλαίσιο συνάρθρωσης μεταξύ των συστατικών μερών του κοινωνικού σχηματισμού. Η απάντηση συνεπώς βρίσκεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ οικονομίας, κράτους και οικογένειας. Από τη στιγμή που αυτή η σχέση είναι πολύπλοκη και εμπλέκει ένα πλήθος νομικών και οργανωτικών χαρακτηριστικών, τότε μπορεί να γίνει λόγος για "καθεστώτα κράτους πρόνοιας".67

---

64. P.Kohler, H.Zacher, (eds.), "The evolution of social insurance 1881-1981. Studies of Germany, France, G.Britain, Austria and Switzerland", 1982, S.Kuhnle, "The growth of social insurance programs in Scandinavia: Outside influences and internal forces", στο P.Flora, A.Heidenheimer (eds.), 1984, ό.π., σ.125-150

65. A.McGrew, "The state in advanced capitalist societies", στο J.Allen et al., (eds.), "Political and economic forms of modernity", 1992, σ.65-114

66. C.Pierson, "Beyond the welfare state? The new political economy of welfare", 1991, σ.185

Με βάση την παραπάνω σχέση,ο Titmuss κάνει τη διάκριση μεταξύ υπολειμματικού μοντέλου (residual model),βιομηχανικού μοντέλου (industrial achievement-performance model) και θεσμικού-αναδιανεμητικού μοντέλου (institutional redistributive model). Σύμφωνα με το υπολειμματικό μοντέλο υπάρχουν δύο οδοί μέσω των οποίων μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες ενός ατόμου: η αγορά και η οικογένεια. Μόνο όταν αυτοί οι δύο τρόποι δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου, νομιμοποιείται το κράτος να παρέμβει. Το μοντέλο αυτό υιοθετεί την αντίληψη της δημόσιας βοήθειας και έχει μια στατική διάσταση αφού δεν λαμβάνει υπόψη του τις συνέπειες των κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών. Το βιομηχανικό μοντέλο θεωρεί τους θεσμούς κοινωνικής πολιτικής ως βοηθητικών της οικονομίας. Αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο ορισμένων θεσμών κοινωνικής πολιτικής όπως η εκπαίδευση και η κοινωνική ασφάλιση αλλά υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές ανάγκες πρέπει να ικανοποιούνται με βάση τα προσόντα, την απόδοση στην εργασία και την παραγωγικότητα. Συνεπώς βασίζεται στις θεωρίες περί κινήτρων εργασίας, αποταμίευσης, προσπάθειας και ανταμοιβής, τονίζοντας τη λειτουργική διάσταση του ρόλου των κοινωνικών υπηρεσιών. Τέλος στο θεσμικό μοντέλο η κοινωνική πολιτική αποτελεί έναν σημαντικό ολοκληρωμένο θεσμό που δρα ενοποιητικά για την κοινωνία και παρέχει τόσο καθολικής κάλυψης υπηρεσίες όσο και επιλεκτικής κάλυψης, με βάση την ανάγκη και όχι με βάση το μηχανισμό της αγοράς. Αυτό το μοντέλο ενσωματώνει στη θεωρητική του σύλληψη τις διαδικασίες κοινωνικής αλλαγής υιοθετώντας μια ποικιλία ρόλων για τις κοινωνικές υπηρεσίες.68

Ο Mishra υιοθετεί το θεσμικό και υπολλειμματικό μοντέλο του Titmuss και προσθέτει ένα τρίτο, το δομικό-σοσιαλιστικό μοντέλο. Τοποθετεί τα τρία αυτά μοντέλα σε ένα συνεχές όπου το υπολλειμματικό και το δομικό μοντέλο καταλαμβάνουν τα δύο άκρα και το θεσμικό, ως ένα μίγμα μεταξύ των δύο άκρων, καταλαμβάνει το μέσο. Η βασική διαφορά μεταξύ του θεσμικού και του δομικού μοντέλου είναι ότι ενώ στο θεσμικό μοντέλο το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται ως ένας χρήσιμος κοινωνικός θεσμός που καλύπτει μια σειρά σκοπών και αναπτύσσεται σταδιακά με βάση μια πραγματιστική πορεία, με βάση το δομικό μοντέλο οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν εξυπηρετούν απλά αλλά εκφράζουν τις βασικές αξίες της κοινωνίας και με αυτή την έννοια αποτελούν κεντρικό στοιχείο της κοινωνικής δομής.69

Ο Iatridis ξεχωρίζει τέσσερα μοντέλα κράτους πρόνοιας: το

---

67. C.Esping-Andersen, "The tree worlds of welfare capitalism", 1990, σ.2

68. R.Titmuss 1974, ό.π., σ.30-31, R.Titmuss, "Developing social policy in conditions of rapid change: the role of social welfare", στο R.Titmuss, "The philosophy of welfare", 1987, σ.262-264

69. R.Mishra, "Society and social policy", 1977, σ.100-101,134-135

φιλελεύθερο, το θεσμικό, το παρεμβατικό και το αυταρχικό. Το φιλελεύθερο μοντέλο του laissez-faire απαντάται σε χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Ν.Ζηλανδία και οι ΗΠΑ. Εδώ είναι κυρίαρχος ο ρόλος της αγοράς. Η κοινωνική πολιτική έχει υπολειμματικό χαρακτήρα και περιορίζεται στην παροχή προσωρινών επιδομάτων, σε επείγουσες καταστάσεις και κατόπιν ελέγχου του ατομικού εισοδήματος. Τα κοινωνικά μέτρα κατευθύνονται κυρίως προς τους φτωχούς και με αυτή την έννοια έχουν στιγματιστικές παρενέργειες. Συνεπώς η σκοπιά της κοινωνικής πολιτικής είναι περιορισμένη και στοχεύει στην διατήρηση του κατεστημένου και την ενδυνάμωση της αγοράς. Το θεσμικό μοντέλο εφαρμόζεται σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Γαλλία και η Γερμανία. Εδώ ο ρόλος του κράτους είναι ενεργητικότερος αφού λειτουργούν ήπια αναδιανεμητικά προγράμματα και υπάρχει αναγνώριση μερικών κοινωνικών δικαιωμάτων. Τα κοινωνικά προγράμματα βασίζονται στην εργασία και την παραγωγικότητα, επικεντρώνουν στον παραδοσιακό ρόλο της οικογένειας όσο αφορά την κοινωνική φροντίδα ενώ το επίπεδο και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών διαφοροποιείται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Το παρεμβατικό μοντέλο περιγράφει την κοινωνική πολιτική σε χώρες όπως η Σουηδία, η Δανία, η Νορβηγία και η Φιλανδία. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο το κράτος εγκαθιδρύει εκτεταμένες κοινωνικές πολιτικές, εξασφαλίζοντας υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, αναγνωρίζοντας σημαντικά κοινωνικά δικαιώματα και παρεμβαίνοντας ρυθμιστικά στην αγορά. Τέλος το αυταρχικό μοντέλο αναφέρεται στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες όπου το κράτος ασκεί ολοκληρωτικό και αυταρχικό έλεγχο στην αγορά η οποία αντικαθίσταται από την κρατική γραφειοκρατία. Παρέχονται εκτεταμένες καθολικές υπηρεσίες ως δικαίωμα όλων των πολιτών.70

Ο Esping-Andersen εξετάζει κατά πόσο η σχέση που αναπτύσσεται κάθε φορά μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας, οδηγεί ή όχι σε καταστάσεις αποεμπορευματοποίησης. Τέτοιες καταστάσεις συμβαίνουν όταν μια υπηρεσία παρέχεται ως αποτέλεσμα κατοχυρωμένου κοινωνικού δικαιώματος και όταν ένα άτομο μπορεί να αποκτήσει τα προς το ζήν, χωρίς να βασίζεται στην αγορά.71 Με βάση τα παραπάνω, διακρίνει τρία καθεστώτα κράτους πρόνοιας: το φιλελεύθερο, το συντηρητικό κορπορατιστικό και το σοσιαλδημοκρατικό. Στο φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας κυριαρχούν η δημόσια βοήθεια που παρέχεται με βάση τον έλεγχο των μέσων διαβίωσης, η πολύ περιορισμένη ροή μεταβιβαστικών πληρωμών και κάποια περιορισμένα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης. Το δικαίωμα κοινωνικής προστασίας είναι στενά περιορισμένο και οι παροχές δίνονται κυρίως στα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Το κράτος ευνοεί τη λειτουργία της αγοράς, επιδοτώντας την παροχή υπηρεσιών μέσω της αγοράς. Το καθεστώς αυτό δεν ευνοεί την αποεμπορευματοποίηση, περιορίζει τα κοινωνικά δικαιώματα και διαμορφώνει ένα δυαδικό σύστημα διαστρωμάτωσης που αποτελεί συνδυασμό μεταξύ μιας σχετικής ισότητας στη φτώχεια μεταξύ των δικαιούχων δημόσιων παροχών και ενός καθεστώτος διαφοροποιημένης

---

70. D.Iatridis 1994, ό.π., σ.170-171

71. C.Esping-Andersen 1990, ό.π., σ.21-22

ευημερίας που παρέχεται μέσω της αγοράς. Κλασσικό παράδειγμα αποτελούν οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Ν.Ζηλανδία, η Ιρλανδία, η Βρετανία και η Αυστραλία. Στο συντηρητικό κορπορατιστικό κράτος πρόνοιας κυριαρχεί η τάση διατήρησης των δικαιωμάτων που απορρέουν από τη κοινωνική θέση που κατέχει κάθε άτομο. Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία κατοχυρώνεται με βάση την απασχόληση και παρέχεται σε ανταποδοτική βάση. Το κράτος αντικαθιστά την αγορά ως προμηθευτής κοινωνικών υπηρεσιών και γι'αυτό η ιδιωτική ασφάλιση και οι επιπλέον επαγγελματικές παροχές έχουν οριακή θέση στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Από την άλλη όμως η διατήρηση από το κράτος των διαφορών που πηγάζουν από την κοινωνική θέση, σημαίνει ότι ο αναδιανεμητικός του ρόλος είναι πολύ μικρός. Σε αυτό το καθεστώς, η σημασία της οικογενειακής κατάστασης είναι μεγάλη. Υπάρχει η τάση διατήρησης της παραδοσιακής οικογένειας και πολλές ασφαλιστικές παροχές συνδέονται με την οικογενειακή κατάσταση. Το κράτος παρεμβαίνει επικουρικά όταν η οικογένεια δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της. Χώρες που εντάσσονται σε αυτή τη κατηγορία είναι η Ιταλία, η Γαλλία, η Ιαπωνία, η Γερμανία, η Φιλανδία και η Ελβετία. Τέλος στο σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς κυριαρχεί η αρχή της καθολικότητας, της ισότητας, της εξασφάλισης των κοινωνικών δικαιωμάτων και της πλήρους απασχόλησης και της εκτεταμένης αποεμπορευματοποίησης. Η κοινωνική προστασία απονέμεται με βάση όχι την εξακρίβωση της ανάγκης ή την απόδοση στην εργασία αλλά με βάση το δικαίωμα του πολίτη. Σε αυτό το τύπο ανήκουν χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Δανία, η Νορβηγία και η Σουηδία.72

Η μέχρι τώρα συζήτηση επικεντρώθηκε στην αναζήτηση του κριτηρίου εκείνου με βάση το οποίο θα μπορούσαν να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων χωρών ως προς τη μορφή και την έκταση που έλαβε το κράτος πρόνοιας σε αυτές. Η αναζήτηση αυτή αν και συμβάλλει σημαντικά στην συγκριτική έρευνα, υποθάλπει ένα βασικό πρόβλημα. Το γεγονός ότι οι κοινωνίες δεν μένουν στάσιμες αλλά αλλάζουν, σημαίνει ότι κάθε συγκριτική ανάλυση που αναζητά να εντοπίσει γενικές επιδράσεις στη διαμόρφωση πολιτικής, πρέπει να λαμβάνει υπόψη της ότι οι επιδράσεις αυτές μεταβάλονται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό που χρειάζεται δηλαδή είναι να λαμβάνουμε πάντα υπόψη μας τους κινδύνους που ενέχει η στατική ανάλυση και να μην εξαφανίζεται από το πεδίο ανάλυσης το ιστορικό πλαίσιο.73 Το κράτος πρόνοιας όπως δείχνει και ο Ewald, είναι το αποτέλεσμα μιας μακράς και σταδιακής ιστορικής διαδικασίας μετασχηματισμών όπου η κοινωνία αναλαμβάνει συλλογικά την ευθύνη προστασίας του ατόμου.74

---

72. C.Esping-Andersen 1990, ό.π., σ.26-29,48-54

73. M.Hill, "Social policy. A comparative analysis",1996, σ.51-57

74. F.Ewald, "Histoire de l'etat providence", 1996. Την ιστορική διάσταση της διαμόρφωσης του κράτους πρόνοιας τονίζει και ο Galbraith όταν υποστηρίζει ότι η ιστορία ήταν αυτή που επέβαλλε τις αλλαγές. Βλ. J.K.Galbraith, "Πώς και πότε γεννήθηκε η ουσιαστική κοινωνική πρόνοια: Η ιστορία επέβαλλε τις αλλαγές", στην εφημερίδα Τα Νέα, φ. της 22/9/1995.

Ενα δεύτερο πρόβλημα το οποία πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψιν είναι ότι πολλές φορές η προσπάθεια ταξινόμησης και ένταξης κάποιων χωρών σε συγκεκριμένες κατηγορίες επενεργεί περιοριστικά και ανασταλτικά στην προσπάθεια διερεύνησης και κατανόησης, γιατί συσκοτίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που καθιστούν μια χώρα ή μια πολιτική, μοναδική και ξεχωριστή. Ολες οι τυπολογίες τονίζουν μερικά χαρακτηριστικά σε βάρος κάποιων άλλων και δεν λαμβάνουν υπόψη τους το ιδιαίτερο θεσμικό, οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο που επενεργεί στην διαμόρφωση των πιέσεων για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Αυτό για παράδειγμα θέλει να τονίσει η C.Jones όταν αναφέρεται στην περίπτωση των χωρών της Απω Ανατολής όπως η Ιαπωνία, η Ν.Κορέα, η Ταιβάν, η Σιγκαπούρη και το Χόνγκ Κόνγκ και κάνει λόγω για τα Κονφουκιανά κράτη πρόνοιας τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κανένα από τα παραπάνω σχήματα. Και αυτό γιατί ενσωματώνουν μια σειρά χαρακτηριστικών που τα διαφοροποιεί: συντηρητικό κορπορατισμό χωρίς όμως τη συμμετοχή των εργαζομένων, επικουρικότητα χωρίς την εκκλησία, αλληλεγγύη χωρίς ισότητα, laissez-faire χωρίς φιλελευθερισμό.75

---

75. C.Jones, "The Pacific challenge. Confucian welfare states", στο C.Jones,(ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", 1993, σ.198-217

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Το κύριο συμπέρασμα του προηγούμενου κεφαλαίου ήταν ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί ένα ολικό κοινωνικό φαινόμενο. Αυτό σημαίνει ότι οποιαδήποτε θεωρητική προσέγγιση του κράτους πρόνοιας προυποθέτει την κατανόηση του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί. Συνεπώς οι θεωρίες για την κοινωνία, το κράτος, τα κοινωνικά προβλήματα και την κοινωνική πολιτική, αλληλοσυνδέονται. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές θέσεις για την κοινωνία, το κράτος, τα κοινωνικά προβλήματα και την κοινωνική πολιτική, των τεσσάρων σπουδαιότερων κλασσικών θεωρητικών προσεγγίσεων της κοινωνικής πολιτικής: της φιλελεύθερης, της μαρξιστικής, της μετριοπαθούς και της σοσιαλδημοκρατικής.

Ο όρος "κλασσικές" χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια ομάδα θεωριών οι οποίες αποτέλεσαν το κύριο σημείο αναφοράς κάθε συζήτησης για το κράτος πρόνοιας από τα μέσα της δεκαετίας του 1940 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, δηλαδή τη χρυσή περίοδο του κράτους πρόνοιας. Με την έννοια αυτή ο όρος δεν σημαίνει μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στο κράτος πρόνοιας με τη μορφή της υποστήριξης ή της αμφισβήτησης, αλλά προσδιορίζει περισσότερο ένα πλαίσιο σκέψης που διαμορφώνεται με βάση συγκεκριμένους άξονες και εννοιολογικούς προσδιορισμούς. Με την έντονη αμφισβήτηση του κοινωνικού κράτους κυρίως κατά τη δεκαετία του 1980, εμφανίζεται ένας δυισμός της θεωρίας. Από τη μια πλευρά αναπαράγεται το κλασσικό σχήμα σκέψης με άξονα το δίπολο αμφισβήτηση-υποστήριξη έτσι όπως αντανακλάται στις "θεωρίες κρίσης" και στις "θεωρίες αναπροσαρμογής ή επαναπροσδιορισμού". Από την άλλη εμφανίζονται προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση σε μία σειρά θεμάτων τα οποία δεν είχαν θέση στη κλασσική συζήτηση. Τέτοιες προσεγγίσεις πηγάζουν από την αμφισβήτηση που εγείρεται από τα νέα κοινωνικά κινήματα όπως το φεμινιστικό κίνημα, το οικολογικό κίνημα κλπ., τα οποία αντιδρούν στις νέες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού.1

Η παρουσίαση που ακολουθεί δεν είναι και η μόνη που μπορεί να γίνει. Διαφορετικοί μελετητές προβαίνουν και σε διαφορετικές ταξινομήσεις. Ο Titmuss διακρίνει μεταξύ της υπολλειμματικής προσέγγισης, της θεσμικής προσέγγισης και της προσέγγισης της εκβιομηχάνισης. Οι George και Wilding κάνουν λόγο για την αντικολλεκτιβιστική προσέγγιση, την προσέγγιση του μετριοπαθούς κολλεκτιβισμού, το φαβιανό σοσιαλισμό και το μαρξισμό. Ο Mishra τροποποιεί την προσέγγιση του Titmuss και αντί της προσέγγισης

---

1. Η μορφή που πήρε η θεωρητική συζήτηση όσο αφορά το κράτος πρόνοιας μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 αναλύεται διεξοδικότερα σε επόμενο κεφάλαιο.

της εκβιομηχάνισης, προσθέτει τη σοσιαλιστική-δομική.2

Οι πιο σύγχρονες προσπάθειες διευρύνουν το πλαίσιο. Ετσι η Williams κάνει λόγο για τον αντικολλεκτιβισμό, το κοινωνικό ρεφορμισμό, το φαβιανό σοσιαλισμό, τη ριζοσπαστική κοινωνική διοίκηση, την πολιτική οικονομία της πρόνοιας, το φεμινισμό και τον αντιρατσισμό. Οι V.George και P.Wilding σε πιο πρόσφατη μελέτη τους κάνουν το διαχωρισμό μεταξύ νέας δεξιάς, μέσης οδού, δημοκρατικού σοσιαλισμού, μαρξισμού, φεμινισμού και οικολογικής προσέγγισης.3

1.Η ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: HAYEK,FRIEDMAN

Η φιλελεύθερη προσέγγιση στο κράτος πρόνοιας βασίζεται στο έργο δύο θεωρητικών του φιλελευθερισμού, του F.Hayek και του M.Friedman. Η κριτική που ασκήθηκε στο κράτος πρόνοιας και οι προτάσεις για τον περιορισμό του που διατυπώθηκαν από τη Νέα Δεξιά στη δεκαετία του 1980 στηρίζονται στις απόψεις αυτών των δύο. Οι θεωρίες για παράδειγμα της δημόσιας επιλογής και της κρίσης υπερφόρτωσης της κυβέρνησης όπως θα δούμε, αντλούν σημαντικό μέρος των επιχειρημάτων τους από τη κριτική που ασκεί ο Hayek στη δημοκρατική μορφή διακυβέρνησης και βασίζονται στην έννοια της αυθόρμητης τάξης που διατύπωσε ο ίδιος. Ο Hayek θέτει το θεωρητικό και φιλοσοφικό πλαίσιο ενώ ο Friedman γίνεται πιο συγκεκριμένος ασκώντας κριτική στα επιμέρους σημεία του κράτους πρόνοιας. Εννοιες κλειδί στην ανάλυση και των δύο είναι οι έννοιες της αγοράς και της ελευθερίας.

Ο Hayek ξεκινά από τη διαπίστωση ότι σε μια κοινωνία όπου τα μέλη της είναι τόσα πολλά και δεν γνωρίζουν το ένα το άλλο, δεν είναι δυνατή η επίτευξη μιας συμφωνίας μεταξύ τους ως προς τους τελικούς στόχους. Καμμία κυβέρνηση δεν μπορεί να ξέρει όλες τις διαδικασίες μέσω των οποίων ικανοποιούνται οι πιο σημαντικές ανάγκες της μεγάλης μάζας. Συνεπώς οι κυβερνήσεις δεν θα πρέπει να καλούνται να ικανοποιήσουν άμεσα συγκεκριμένες ανάγκες. Αντίθετα μπορεί να επιτευχθεί συμφωνία ως προς τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων, αφού τα μέσα αυτά δεν εξυπηρετούν κάποιο συγκεκριμένο στόχο αλλά πολλούς. Ετσι το πρωταρχικό δημόσιο ενδιαφέρον θα πρέπει να κατευθύνεται προς την διαμόρφωση συνθηκών που θα επιτρέπουν στα άτομα να πετύχουν τους στόχους τους.4 Οι συνθήκες αυτές διασφαλίζονται μόνο μέσα από τη

---

2. R.Titmuss, "Social policy: An introduction", 1974, σ.30-31, V.George, P.Wilding, "Ideology and social welfare", 1976, R.Mishra, "Society and social policy", 1977, σ.101,134

3. F.Williams, "Social policy. A critical introduction", 1989, σ.15-19, V.George, P.Wilding, "Welfare and ideology", 1994

4. F.Hayek, "Law, legislation and liberty. A new statement of the liberal principles of justice and political economy. Vol.2, The mirage of social Justice", 1982, σ.2-3

διαμόρφωση μιας "αυθόρμητης τάξης" (spontaneous order) η οποία προσδιορίζεται από αφηρημένους γενικούς κανόνες. Οσο μεγαλύτερη η κοινωνία, τόσο πιθανότερο ότι η γνώση που τα μέλη της έχουν κοινή καθώς και τα συμφέροντα που θα έχουν κοινά, θα περιορίζονται σε αφηρημένα πλαίσια γεγονότων και δράσης. Αυτό που συγκρατεί τα άτομα σε μια κοινή μορφή κοινωνίας είναι το ότι σε συγκεκριμένες καταστάσεις απαντούν σύμφωνα με τους ίδιους αφηρημένους κανόνες.5

Μόνο επειδή δεν μπορούμε να προβλέψουμε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της υιοθέτησης κάποιου κανόνα, μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτός ο κανόνας αυξάνει τις ευκαιρίες όλων ισότιμα.6 Αν η κυβέρνηση ικανοποιήσει συγκεκριμένα συλλογικά αγαθά που ανταποκρίνονται στις ανάγκες ορισμένης μερίδας πολιτών και δεν αποτελούν καθολική επιθυμία, εμφανίζεται ο κίνδυνος χρησιμοποίησης του τρόπου διακυβέρνησης για την ικανοποίηση συμφερόντων επιμέρους οργανωμένων ομάδων.7

Σε μια αυθόρμητη τάξη η θέση κάθε ατόμου είναι αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων πολλών άλλων ατόμων και κανένας δεν έχει την ευθύνη ή τη δύναμη να διαβεβαιώσει ότι αυτές οι ξεχωριστές δραστηριότητες θα παράξουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα για κάποιο συγκεκριμένο άτομο. Το αποτέλεσμα που προκύπτει δεν είναι συνέπεια εσκεμένων ατομικών δραστηριοτήτων που έχουν αυτή την πρόθεση και συνεπώς δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως δίκαιο ή άδικο. Οι καταστάσεις στα πλαίσια μιας αυθόρμητης τάξης δεν μπορεί να είναι ούτε δίκαιες ούτε άδικες αφού δεν είναι το εκ προθέσεως και προβλέψιμο αποτέλεσμα της δραστηριότητας κάποιου.8

Η αυθόρμητη τάξη διασφαλίζεται μέσα από την λειτουργία της αγοράς. Στα πλαίσια της αγοράς τα άτομα είναι ελεύθερα να χρησιμοποιήσουν τις γνώσεις τους για την επίτευξη των σκοπών τους. Οι συνθήκες στις οποίες τα άτομα δρουν διαφέρουν και είναι γνωστές μόνο σε αυτά και άρα γίνεται χρήση διαφορετικών γνώσεων. Επομένως η κυβέρνηση δεν μπορεί να προσδιορίσει τις ευκαιρίες όλων των ατόμων και δεν μπορεί να διασφαλίσει ότι θα είναι ίδιες για όλους.9 Για να μπορούσε η κυβέρνηση να εξασφαλίσει ίσες ευκαιρίες σε όλους δεν θα έπρεπε μόνο να εξασφαλίσει ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν τα άτομα θα ήταν οι ίδιες για όλους αλλά και να ελέγχει όλες τις εξωτερικές συνθήκες που επιδρούν στην επιτυχία των προσπαθειών κάθε ατόμου. Ετσι η ελευθερία επιλογής θα έχανε τη σημασία της.10 Σε ένα σύστημα στο οποίο ο καθένας

---

5. F.Hayek 1982, ό.π., σ.12

6. F.Hayek 1982, ό.π., σ.4

7. F.Hayek 1982, ό.π., σ.6

8. F.Hayek 1982, ό.π., σ.33

9. F.Hayek 1982, ό.π., σ.9

10. F.Hayek 1982, ό.π., σ.19

μπορεί να χρησιμοποιήσει τη γνώση του για τους σκοπούς του, η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι κενή χωρίς νόημα αφού η θέση των διαφορετικών ομάδων και ατόμων δεν είναι το αποτέλεσμα της σχεδιασμένης δράσης κάποιου. Η απρόσωπη διαδικασία της αγοράς κατανέμει στα άτομα τα δικαιώματα πάνω στα αγαθά και τις υπηρεσίες. Η κατανομή αυτή δεν είναι ούτε δίκαιη ούτε άδικη γιατί το αποτέλεσμα δεν είναι συνέπεια πρόθεσης, δεν είναι προβλέψιμο και εξαρτάται από μια πολλαπλότητα περιστάσεων που δεν είναι γνωστές στην ολότητά τους σε όλους.11

Σύμφωνα με τον Hayek υπάρχει διαφορά μεταξύ του να αντιμετωπίζει η κυβέρνηση όλους τους πολίτες σύμφωνα με τους ίδιους κανόνες και του να προσπαθεί να θέσει διαφορετικούς πολίτες σε ίσες υλικές θέσεις. Από τη στιγμή που οι άνθρωποι διαφέρουν σε πολλά χαρακτηριστικά όπως δύναμη, διανοητικότητα, ικανότητα κλπ., το να προσπαθεί το κράτος να εξασφαλίσει την ίδια υλική θέση σε όλους, θα απαιτούσε να τους φερθεί διαφορετικά και συνεπώς άνισα. Επίσης από τη στιγμή που οι ανταμοιβές που τα άτομα περιμένουν, δεν θα αποτελούν ένδειξη για το που θα πρέπει να κατευθύνουν τις προσπάθειές τους, χάνουν την καθοδηγητική τους λειτουργία στην αγορά και αντικαθίστανται από τις εντολές της κατευθυντήριας εξουσιαστικής αρχής.12

Για να επιτευχθεί η κοινωνική δικαιοσύνη τα άτομα θα πρέπει να υπακούουν σε συγκεκριμένες εντολές που κατευθύνονται προς αυτά. Η επίτευξη συγκεκριμένων προκαθορισμένων αποτελεσμάτων απαιτεί συντονισμό όλων των δραστηριοτήτων. Δηλαδή αποκλύει το κάθε άτομο να δρα σύμφωνα με τη γνώση του και με στόχο την επίτευξη των σκοπών του, γεγονός που αποτελεί την ουσία της ελευθερίας.13

Αν μια κοινωνία θέλει να εξασφαλίσει σε όλους προστασία κατά της εξαθλίωσης, θα μπορούσε να το πετύχει με τη μορφή ενός ελάχιστου εισοδήματος ή ενός επιπέδου κάτω από το οποίο να μην πέφτει κανείς. Η παροχή ενός τέτοιου ελάχιστου εισοδήματος μπορεί να παρασχεθεί εκτός αγοράς σε όσους δεν μπορούν να κερδίσουν στην αγορά ένα επαρκές εισόδημα.14

Εκτός από την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης στην οποία ο Hayek, όπως είδαμε παραπάνω, ασκεί κριτική και απορρίπτει, καταπιάνεται και με την έννοια της δημοκρατίας. Υποστηρίζει ότι με την αυστηρή έννοια, η δημοκρατία αναφέρεται σε μια μέθοδο διακυβέρνησης και όχι σε κάποιο θεμελιώδες αγαθό ή σκοπό.15 Κάτω

---

11. F.Hayek 1982, ό.π., σ.68-70

12. F.Hayek 1982, ό.π., σ.82

13. F.Hayek 1982, ό.π., σ.86

14. F.Hayek 1982, ό.π., σ.87

15. F.Hayek, "Law,legislation....., Vol.3, The political order of a free man", 1982, σ.5

από το υπάρχον σύστημα κάθε μικρή ομάδα συμφερόντων μπορεί να προωθήσει τις απαιτήσεις της όχι πείθοντας τη πλειοψηφία ότι τα αιτήματά της είναι δίκαια, αλλά απειλώντας να αποσύρει την υποστήριξή της που είναι απαραίτητη για ένα πυρήνα συμφωνούντων ατόμων έτσι ώστε να γίνουν πλειοψηφία. Η θέληση της πλειοψηφίας προκύπτει από τη διαπραγματευτική διαδικασία και δεν είναι τίποτα παραπάνω από μια συμφωνία για βοήθεια των υποστηρικτών έναντι των υπολοίπων. Η κυβέρνηση αναγκάζεται έτσι να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των ομάδων των οποίων χρειάζεται την υποστήριξη.16

Η διαπίστωση ότι όλο και περισσότερα εισοδήματα προσδιορίζονται από ενέργειες της κυβέρνησης, οδηγεί σε νέες απαιτήσεις από ομάδες που η θέση τους έχει αφεθεί να καθορίζεται από τις δυνάμεις της αγοράς. Κάθε φορά που το εισόδημα μερικών ομάδων αυξάνεται από κυβερνητικές ενέργειες, θα προβάλλεται από άλλες ομάδες ένα νόμιμο αίτημα για παρόμοια μεταχείριση. Οι προσδοκίες που έχουν δημιουργήσει σε μερικές ομάδες τα νομοθετικά σώματα, δίνοντας παροχές σε ορισμένες άλλες ομάδες, ότι θα αντιμετωπίσουν την ίδια μεταχείριση, υπογραμμίζουν τις απαιτήσεις για κοινωνική δικαιοσύνη. Η αύξηση της επιρροής των οργανωμένων ομάδων διαστρεβλώνει παραπέρα τη διανομή των παροχών και τις κάνει να μην σχετίζονται με τα προαπαιτούμενα της αποδοτικότητας ή της ισότητας. Το αποτέλεσμα είναι μια διανομή των εισοδημάτων που προσδιορίζεται κυρίως από την πολιτική δύναμη. Τα πολιτικά κόμματα γίνονται έτσι συνασπισμοί οργανωμένων συμφερόντων των οποίων η δράση προσδιορίζεται από την εσωτερική λογική των μηχανισμών τους και όχι από κάποιες γενικές αρχές ή ιδέες στις οποίες συμφωνούν.17 Η εξουσία των οργανωμένων συμφερόντων μπορεί να περιοριστεί μόνο με τον περιορισμό της εξουσίας της κυβέρνησης. Η παροχή των συλλογικών αγαθών μπορεί να γίνει από τις τοπικές και περιφερειακές αρχές. Η μεταβίβαση όλων των εξουσιών που μπορούν να ασκηθούν σε τοπικό επίπεδο είναι ο καλύτερος τρόπος για να διασφαλιστεί ότι τα βάρη και τα οφέλη από την δραστηριότητα διακυβέρνησης θα είναι αναλογικά.18

Το ότι μερικές υπηρεσίες πρέπει να χρηματοδοτούνται από υποχρεωτικές εισφορές δεν σημαίνει οπωσδήποτε ότι πρέπει και να διοικούνται από την κυβέρνηση. Οπου οι υπηρεσίες μπορούν να παρασχεθούν πιο αποτελεσματικά όταν η παραγωγή τους κατευθύνεται από τον αυθόρμητο μηχανισμό της αγοράς, θα πρέπει να γίνεται αυτό και η κυβέρνηση θα πρέπει να φροντίζει μόνο για την συγκέντρωση των πόρων ενώ η οργάνωση της παραγωγής και η κατανομή των διαθέσιμων μέσων μεταξύ των παραγωγών θα πρέπει να παραμένει στις δυνάμεις της αγοράς.19 Επίσης σε μερικούς τομείς η εθελοντική πρωτοβουλία είναι πιο αποτελεσματική και παρέχει διεξόδους για

---

16. F.Hayek 1982, ό.π., σ.10-11

17. F.Hayek 1982, ό.π., σ.12-13

18. F.Hayek 1982, ό.π., σ.46

19. F.Hayek 1982, ό.π., σ.46

αξιόλογες ενέργειες και συναισθήματα των ατόμων που αλλοιώς δεν θα εκδηλώνονταν. Ετσι θα ήταν χρήσιμο μεταξύ του εμπορευματικού και του κυβερνητικού τομέα να παρεμβληθεί και ο ανεξάρτητος τομέας ο οποίος συχνά μπορεί και οφείλει να παρέχει πιο αποτελεσματικά πολλά από αυτά που πιστεύουμε ότι πρέπει να παρέχει η κυβέρνηση.20

Η βασική θέση του Friedman είναι ότι η διατήρηση της ελευθερίας προυποθέτει : α) τον περιορισμό των λειτουργιών της κυβέρνησης στις απολύτως αναγκαίες: προστασία από τους εξωτερικούς εχθρούς, διατήρηση του νόμου και της τάξης, διεκπεραίωση των ιδιωτικών συμβολαίων και ενδυνάμωση των ανταγωνιστικών αγορών και β) κατάτμηση και αποκέντρωση της κρατικής εξουσίας. Ο ανταγωνιστικός καπιταλισμός και η οργάνωση της οικονομικής δραστηριότητας με βάση τη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής επιχείρησης στην ελεύθερη αγορά, αποτελούν προαπαιτούμενα για την επίτευξη της πολιτικής ελευθερίας.21

Οι οικονομικές διευθετήσεις αποτελούν σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της πολιτικής ελευθερίας γιατί επιδρούν στην συγκέντρωση ή τη διασπορά της εξουσίας. Το σύστημα της οικονομικής οργάνωσης που παρέχει οικονομική ελευθερία άμεσα και ονομάζεται ανταγωνιστικός καπιταλισμός, προαγάγει επίσης την πολιτική ελευθερία γιατί διαχωρίζει την οικονομική εξουσία από την πολιτική εξουσία και έτσι επιτρέπει στην μία να αντισταθμίζει την άλλη.22

Το βασικό χαρακτηριστικό της αγοραίας τεχνικής για την επίτευξη του συντονισμού των οικονομικών δραστηριοτήτων εκατομμυρίων ατόμων είναι ότι βασίζεται στη συνεργασία των ατόμων η οποία παρέχεται σε εθελοντική βάση: α) οι επιχειρήσεις είναι ιδιωτικές και συνεπώς τα τελικά συμβαλλόμενα μέρη είναι άτομα και β) τα άτομα είναι ελεύθερα να μπαίνουν ή να μην μπαίνουν στην διαδικασία ανταλλαγής και συνεπώς κάθε συναλλαγή είναι εθελοντική. Στα πλαίσια αυτά ο ρόλος της κυβέρνησης είναι ο καθορισμός των κανόνων του παιχνιδιού και ο ρόλος της ως διαιτητής για την εφαρμογή των κανόνων που έχουν γίνει αποδεκτοί. Αυτό που κάνουν οι αγορές είναι να μειώνουν το εύρος των ζητημάτων τα οποία πρέπει να ρυθμιστούν μέσω πολιτικών οδών και συνεπώς ελαχιστοποιούν την έκταση στην οποία η κυβέρνηση πρέπει να εμπλέκεται στο παιχνίδι. Το μεγάλο πλεονέκτημα της αγοράς είναι ότι επιτρέπει την ποικιλία και συνεπώς σε πολιτικούς όρους αποτελεί ένα σύστημα αναλογικής εκπροσώπησης. Η διατήρηση της ελευθερίας απαιτεί τον μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό της συγκέντρωσης της εξουσίας και όπου αυτό δεν είναι δυνατόν, την κατανομή της στη μεγαλύτερη δυνατή έκταση, δηλαδή ένα σύστημα

---

20. F.Hayek 1982, ό.π., σ.50

21. M.Friedman, "Capitalism and freedom", 1982, σ.2-4, M.Friedman & R.Friedman, "Free to choose", 1980, σ.21

22. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.9

ελέγχων και ισορροπιών. Μετατοπίζοντας την οργάνωση της οικονομικής δραστηριότητας από τον έλεγχο της πολιτικής αρχής, η αγορά εξαλείφει την πηγή της καταναγκαστικής εξουσίας. Επιτρέπει στην οικονομική δύναμη να αποτελέσει έναν έλεγχο στην πολιτική εξουσία.23

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια ο ρόλος του κράτους σε μια ελεύθερη κοινωνία είναι τετραπλός.24 Κατ'αρχήν αντιπροσωπεύει τον διαιτητή και διαμορφωτή των κανόνων: παρέχει τα μέσα διαμόρφωσης των κανόνων, επιλύει τις διαφορές μεταξύ των ατόμων με βάση τους κανόνες και ενδυναμώνει την συμμόρφωση με τους κανόνες. Η οργάνωση της οικονομικής δραστηριότητας με βάση την εθελοντική συνδιαλλάγη προυποθέτει την διατήρηση μέσω της κυβέρνησης, της τάξης και του νόμου με σκοπό την πρόληψη της καταπίεσης του ενός ατόμου από το άλλο, την διεκπεραίωση των εθελοντικών συμβάσεων, τον προσδιορισμό και την προστασία των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας και την παροχή του χρηματικού πλαισίου. Κατά δεύτερο λόγο συμβάλλει στην αντιμετώπιση των μονοπωλιακών καταστάσεων και των εξωτερικών οικονομιών που αυξάνουν τρομερά το κόστος ή κάνουν αδύνατη την εθελοντική συνδιαλλαγή. Τρίτον αναλλαμβάνει δραστηριότητες που λειτουργούν συμπληρωματικά της φιλανθρωπίας και της οικογένειας σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να καταλογιστεί ευθύνη στα άτομα π.χ. παιδιά, πνευματικά μειονεκτούντες κλπ. Τέλος φροντίζει για την προστασία της κοινωνίας από εξωτερικούς εχθρούς και κινδύνους.

Ως προς τις ανισότητες που παρατηρούνται σε σχέση με τη διανομή του εισοδήματος, ο Friedman υποστηρίζει ότι η αρχή με βάση την οποία γίνεται η διανομή του εισοδήματος σε μια κοινωνία που βασίζεται στην ελεύθερη αγορά είναι "στον καθένα σύμφωνα με το τί παράγει". Η τελική διανομή του εισοδήματος και του πλούτου με βάση την παραπάνω αρχή βασίζεται στους κανόνες ιδιοκτησίας που έχουν υιοθετηθεί. Οι ανισότητες ως προς το εισόδημα που προκύπτουν από την αμοιβή με βάση το παραγόμενο προιόν οφείλονται στις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων ως προς τα χαρακτηριστικά της απασχόλησης που επιλέγουν ανάλογα με τις προτιμήσεις τους και ως προς το μέγεθος του κινδύνου που αναλαμβάνουν. Συνεπώς οι ανισότητες αυτές αποτελούν "εξισωτικές διαφορές" που αποσκοπούν στην ισότητα ως προς τη μεταχείριση. Η αρχή της διανομής με βάση το προιόν είναι απαραίτητη για την πιο αποτελεσματική κατανομή των πόρων σε ένα σύστημα εθελοντικής συνεργασίας. Ετσι οι ανισότητες αντανακλούν διαφορές ως προς την αποδοτικότητα της χρησιμοποίησης των πόρων.25

Ειδικότερα όσο αφορά τα μέτρα κοινωνικής πρόνοιας υποστηρίζει ότι ένα μεγάλο μέρος των ανισοτήτων προκύπτουν από τις ατέλειες που

---

23. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.14-15

24. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.25-33, M.Friedman & R.Friedman 1980, ό.π., σ.49

25. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.162-168

εμφανίζονται στην λειτουργία της αγοράς. Πολλές από αυτές τις ατέλειες είναι αποτέλεσμα της κρατικής παρέμβασης και των κοινωνικών προγραμμάτων.26 Η εμφάνιση του κράτους πρόνοιας αποδίδεται στην κυριαρχία μιας πατερναλιστικής φιλοσοφίας και στην προσπάθεια εξασφάλισης των συμφερόντων ορισμένων ομάδων.27 Εχει αναπτυχθεί μια μεγάλη γραφειοκρατική δομή που ασχολείται περισσότερο με τη συλλογή χαρτιών παρά με την εξυπηρέτηση των ατόμων. Ετσι ένα μεγάλο μέρος των δαπανών δεν πηγαίνει στους φτωχούς αλλά στη γραφειοκρατία για πληρωμές μισθών. Επίσης πολλές φορές παρατηρούνται υπερκαλύψεις προγραμμάτων με αποτέλεσμα μερικές οικογένειες να λαμβάνουν παροχές από διάφορα προγράμματα.28

Ετσι η κρατική παρέμβαση στον τομέα της κατοικίας δεν μπορεί να δικαιολογηθεί στη βάση της παροχής βοήθειας προς τους φτωχούς αφού μεγαλύτερη βοήθεια θα ήταν δυνατή μέσω της παροχής χρηματικών ποσών παρά μέσω της παροχής σε είδος. Μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο στη βάση του πατερναλισμού. Αυτή η πολιτική δεν απέδοσε αφού δεν μείωσε τα άτομα που στεγάζονται σε δημόσιες κατοικίες. Δεν μείωσε ούτε τις πηγές της εγκληματικής συμπεριφοράς αλλά ούτε και συνετέλεσε στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις υποβαθμισμένες περιοχές. Είναι μια πολιτική εξυπηρέτησης των συμφερόντων αυτών που κατέχουν ιδιοκτησία σε αυτές τις περιοχές.29 Η εξασφάλιση ελάχιστων επιπέδων μισθών συνέβαλλε στην αύξηση της ανεργίας.30 Οσο αφορά τις συντάξεις, δεν υπάρχει καμμία δικαιολογητική αρχή του γιατί θα πρέπει να φορολογούνται οι νεώτεροι για να δίνονται παροχές στους πιο ηλικιωμένους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων. Ούτε του γιατί θα πρέπει να βοηθιούνται τα άτομα επειδή έφτασαν σε μια ορισμένη ηλικία. Η ηθική ευθύνη προστασίας των ηλικιωμένων αποτελεί ιδιωτικό ατομικό γεγονός και υποχρέωση στα πλαίσια της οικογένειας και όχι κοινωνικό γεγονός που βασίζεται στην υποχρεωτικότητα. Οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν αυθαίρετη αναδιανομή. Επίσης δεν υπάρχει λόγος γιατί θα πρέπει τα άτομα να υποχρεώνονται να ασφαλίζονται σε δημόσιους φορείς και να μην μπορούν να επιλέξουν και ιδιωτικούς ή γιατί θα πρέπει να είναι υποχρεωτική η ασφάλιση αφού τα άτομα θα πρέπει να είναι ελεύθερα να κάνουν τα λάθη τους. Η υποχρεωτική ασφάλιση σε δημόσια ταμεία υποτάσσει ένα μέρος του εισοδήματος του ατόμου στον κρατικό έλεγχο, υποχρεώνοντάς το να αφιερώσει αυτό το τμήμα του εισοδήματος σε ένα συγκεκριμένο σκοπό με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Εμποδίζει τον ανταγωνισμό στην αγορά ασφάλειας και

---

26. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.176

27. M.Friedman & R.Friedman, 1980, ό.π., σ.126

28. M.Friedman & R.Friedman, 1980, ό.π., σ.137

29. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.178-180, M.Friedman & R.Friedman 1980, ό.π., σ.139-141

30. M.Friedman, 1980, ό.π., σ.180

αναπτύσσει την γραφειοκρατική κρατική δομή.31 Οι εισφορές αποτελούν στην ουσία φόρους που πληρώνει ο εργάτης για την πληρωμή ατόμων που δεν εργάζονται. Ο ατομικός εργάτης δεν κερδίζει προστασία για τον εαυτό του και την οικογένειά του με την έννοια που κερδίζει ένα άτομο που δίνει εισφορές σε ένα σύστημα ιδιωτικής συνταξιοδότησης. Κερδίζει προστασία με την πολιτική έννοια της ικανοποίησης εκ μέρους του ορισμένων διοικητικών προαπαιτούμενων έτσι ώστε να δικαιούται παροχής. Τα άτομα που λαμβάνουν τώρα πληρωμές, παίρνουν πολλά περισσότερα από όσο η ασφαλιστική αξία των φόρων που έχουν πληρώσει. Η κοινωνική ασφάλιση με καμμία έννοια δεν είναι ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα με το οποίο οι ατομικές πληρωμές αγοράζουν αντίστοιχης αξίας ασφαλιστικές παροχές. Αποτελεί μάλλον ένα συνδυασμό φορολόγησης και μεταβίβασης εισοδήματος. Οι εισφορές αποτελούν φόρο στην εργασία με αποτέλεσμα την αποθάρρυνση της απασχόλησης ενώ οι παροχές δεν προσδιορίζονται ούτε από τις εισφορές που έχουν πληρωθεί ούτε από την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Δεν αποτελούν ούτε μια δίκαιη επιστροφή για παρακρατήσεις που έγιναν, ούτε έναν αποτελεσματικό τρόπο βοήθειας αυτών που τη χρειάζονται.32

Αντί λοιπόν των κρατικών προγραμμάτων, όποια πολιτική καταπολέμησης της φτώχειας θα έπρεπε να στηρίζεται στην εθελοντική φιλανθρωπία. Όπου η ιδιωτική φιλανθρωπία δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις ανάγκες, τότε δικαιολογείται η μέχρι ενός βαθμού κρατική παρέμβαση λαμβάνοντας όμως υπόψη τα δύο παρακάτω στοιχεία:33 Πρώτον τα προγράμματα καταπολέμησης της φτώχειας πρέπει να κατευθύνονται στη βοήθεια μόνο των φτωχών και μόνο επειδή είναι φτωχοί και όχι επειδή είναι μέλη μιας επαγγελματικής κατηγορίας. Δεύτερον τα προγράμματα πρέπει να λειτουργούν μέσω της αγοράς και να μην εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της δημιουργώντας ατέλειες. Με βάση τα παραπάνω ο καλύτερος μηχανισμός κρατικής παρέμβασης είναι η θέσπιση του αρνητικού φόρου και η αντικατάσταση των κρατικών προγραμμάτων από την ιδιωτική ασφάλιση σε ατομική βάση.

Τέλος όσο αφορά την ισότητα, αυτή θα πρέπει να αναφέρεται στις ευκαιρίες και όχι στο αποτέλεσμα. Η ισότητα ως προς τις ευκαιρίες αποτελεί την εξασφάλιση μιας καρριέρας ανοικτής στα ταλέντα. Αντίθετα η ισότητα ως προς το αποτέλεσμα υπονοεί την εξασφάλιση ίσων μεριδίων για όλους. Αυτό όμως συμβάλλει στην μείωση της ελευθερίας του ατόμου. Επιπλέον αν τα μερίδια είναι ίσα τότε πώς θα εξασφαλιστεί η ανταμοιβή των ατόμων για την προσπάθεια που κατέβαλλαν; Στην ουσία η ισότητα με την δεύτερη έννοια ευνοεί μια ομάδα προνομιούχων που περιλαμβάνει τους

---

31. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.184-189, M.Friedman & R.Friedman, 1980, ό.π.,σ.135

32. M.Friedman & R.Friedman, 1980, ό.π., σ.133

33. M.Friedman, 1982, ό.π., σ.191-192, M.Friedman & R.Friedman 1980, ό.π., σ.150

γραφειοκράτες,τους συνδικαλιστές κλπ.34

Οι παραπάνω θέσεις εγείρουν μια σειρά ενστάσεων και αντιρρήσεων.35 Σε ηθικό επίπεδο θα μπορούσε να υποστηρίξει κάποιος ότι ακόμα και αν τα αρνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας κάποιων ατόμων ή ομάδων πάνω σε κάποια άλλα άτομα ή ομάδες, δεν είναι ηθελημένα, ωστόσο μπορεί να είναι προβλέψιμα λαμβάνοντας υπόψη την ήδη κατανομή του εισοδήματος και της ιδιοκτησίας και συνεπώς θα μπορούσε να είναι ένδειξη κοινωνικής δικαιοσύνης η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση αυτών των συνεπειών. Ακόμα, μπορεί οι στόχοι των ατόμων και οι ανάγκες τους να διαφέρουν, ωστόσο είναι δυνατή η διαμόρφωση μιας θεωρίας των αναγκών που να στηρίζεται στην ικανοποίηση κάποιων "βασικών αναγκών" οι οποίες να αποτελούν τη βάση για την επίτευξη οποιουδήποτε στόχου. Τέτοιες ανάγκες θα μπορούσε να είναι η αυτονομία του ατόμου ή η φυσική και σωματική του αρτιότητα. Η κατανομή αυτών των αγαθών θα μπορούσε να θεωρηθεί δίκαιη όταν εξισώνει τις δυνατότητες των ατόμων να πετύχουν οποιοδήποτε στόχο θέλουν.36

Σε επίπεδο οργάνωσης του οικονομικού συστήματος, η αγορά εμφανίζει μια σειρά ατελειών. Υποστηρίζεται ότι η αγορά είναι πιο αποδοτική σε σχέση με το κράτος. Ωστόσο η αποδοτικότητα δεν συνδέεται με την ύπαρξη της αγοράς αυτής καθαυτής αλλά με την ύπαρξη της ανταγωνιστικής αγοράς. Η ελευθερία επιλογής είναι δυνατή μόνο όταν υπάρχει τέλεια πληροφόρηση, γεγονός το οποίο δεν συμβαίνει πάντα όπως για παράδειγμα στην υγεία. Επίσης πολλές φορές για την επίτευξη πειθούς μπορεί να χρησιμοποιηθούν λανθασμένες και μη ακριβείς πληροφορίες. Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι μόνο ο ανταγωνισμός και η ανταλλαγή μπορεί να επιφέρει κέρδη ως προς την ευημερία του ατόμου, τα οποία φαίνονται μέσα από την αύξηση του εισοδήματός του. Ομως τα κέρδη από την παροχή υπηρεσιών όπως υγείας, παιδείας κλπ. αν και περιλαμβάνονται στις δαπάνες, δεν υπολογίζονται στην προστιθέμενη αξία αφού δεν γίνεται αποτίμηση του αποτελέσματος σε χρηματικούς όρους.37

---

34. M.Friedman & R.Friedman, 1980, ό.π., σ.163-177

35. Εκτενέστερη παρουσίαση των θέσεων και της κριτικής που ασκούν οι νεοφιλελεύθεροι και η Νέα Δεξιά στο κράτος πρόνοιας γίνεται παρακάτω.

36. R.Plant, "The very idea of a welfare state", στο P.Bean, J.Ferris, D.Whynes, (eds.),"In defense of the welfare", 1985, σ.14-19

37. D.Whynes, "Markets and neo-liberal political economy", στο P.Bean, J.Ferris, D.Whynes 1985, ό.π., σ.106-107. Εκτενέστερη αναφορά για τις ατέλειες της αγοράς γίνεται σε άλλο κεφάλαιο.

2.Η ΜΑΡΞΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ: O'CONNOR,GOUGH,OFFE

Στη μαρξιστική προσέγγιση του κράτους πρόνοιας εντάσσονται δύο κυρίως ρεύματα: η Πολιτική Οικονομία του Κράτους Πρόνοιας, της οποίας βασικοί εκπρόσωποι είναι οι O'Connor και Gough και η Κριτική θεωρία της οποίας εκπρόσωπος είναι ο Offe. Η πολιτική οικονομία του κράτους πρόνοιας επικεντρώνει στο ρόλο του κράτους πρόνοιας στα πλαίσια του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής δίνοντας έτσι έμφαση στην οικονομική οργάνωση. Αντίθετα η κριτική θεωρία ενδιαφέρεται περισσότερο για το κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας της κοινωνίας εξετάζοντας το πώς οι αστικές αξίες ενσωματώνονται στους κοινωνικούς θεσμούς και στη κοινωνική πρακτική και διαμορφώνουν το πλαίσιο δράσης των ατόμων και των ομάδων.

Ο O'Connor υποστηρίζει ότι το κράτος στα πλαίσια του καπιταλιστικού συστήματος παραγωγής πρέπει να επιτελέσει δύο βασικές λειτουργίες: τη συσσώρευση του κεφαλαίου, δηλαδή τη διατήρηση των συνθηκών κερδοφορίας του κεφαλαίου και τη νομιμοποίηση, δηλαδή τη διατήρηση της κοινωνικής συναίνεσης. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια οι κρατικές δαπάνες στοχεύουν από τη μια στο σχηματισμό του κοινωνικού κεφαλαίου και από την άλλη στην κάλυψη των κοινωνικών εξόδων.38 Ο σχηματισμός του κοινωνικού κεφαλαίου αναφέρεται στις δαπάνες για τη κερδοφόρα ιδιωτική συσσώρευση και περιλαμβάνει την κοινωνική επένδυση που αυξάνει την παραγωγικότητα της εργατικής δύναμης και την κοινωνική κατανάλωση η οποία μειώνει το κόστος αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης. Η κοινωνική επένδυση αφορά τόσο το φυσικό κεφάλαιο -υλικοτεχνική υποδομή και δημόσια έργα- όσο και το ανθρώπινο κεφάλαιο -εκπαίδευση και έρευνα.39 Η κοινωνική κατανάλωση αναφέρεται στα αγαθά και τις υπηρεσίες που καταναλώνει η εργατική τάξη και στα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης.40 Η κάλυψη των κοινωνικών εξόδων στοχεύει στη διατήρηση της κοινωνικής αρμονίας και περιλαμβάνουν τις δαπάνες για το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, τις στρατιωτικές δαπάνες, το εξωτερικό κόστος της μόλυνσης του περιβάλλοντος κλπ.41

Ο O'Connor επισημαίνει ότι οι δύο παραπάνω λειτουργίες του κράτους συχνά είναι αντιφατικές. Αν το κράτος επιχειρήσει να βοηθήσει μια τάξη να συσσωρεύσει κεφάλαιο σε βάρος άλλων τάξεων τότε ίσως χάσει τη νομιμότητά του. Αν από την άλλη δεν συμβάλλει στην διαδικασία συσσώρευσης του κεφαλαίου, τότε ίσως χάσει την πηγή χρηματοδότησής του που είναι οι φόροι που προέρχονται από το παραγώμενο πλεόνασμα.42

---

38. J.O'Connor, "Οικονομική κρίση του κράτους", 1977, σ.18-19

39. J.O'Connor, 1977, ό.π., σ.113-114

40. J.O'Connor, 1977, ό.π., σ.134

41. J.O'Connor, 1977, ό.π., σ.161

Ετσι η συσσώρευση κοινωνικού κεφαλαίου και κοινωνικών εξόδων είναι μια αντιφατική διαδικασία που δημιουργεί οικονομική, κοινωνική και πολιτική κρίση. Ενώ το κράτος κοινωνικοποιεί όλο και περισσότερο το κόστος του κεφαλαίου, το κοινωνικό πλεόνασμα παραμένει στη σφαίρα της ατομικής ιδιοποίησης. Το γεγονός αυτό προκαλεί χάσμα μεταξύ των κρατικών δαπανών που αυξάνονται ραγδαία και των κρατικών εσόδων που αυξάνονται με μικρότερο ρυθμό.43

Ο Gough θεωρεί το κράτος πρόνοιας ως συστατικό χαρακτηριστικό της σύγχρονης καπιταλιστικής οικονομίας. Ορίζεται ως η χρησιμοποίηση της κρατικής εξουσίας έτσι ώστε να ρυθμίσει την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και να διατηρήσει τον μη εργαζόμενο πληθυσμό εντός της καπιταλιστικής οργάνωσης της κοινωνίας. Για να το πετύχει αυτό συνδυάζει δύο είδη μέσων: την κρατική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα άτομα ή τις οικογένειες μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, των υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης και κατοικίας και την κρατική ρύθμιση ιδιωτικών δραστηριοτήτων που μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής των ατόμων ή των ομάδων όπως η φορολογική πολιτική και η κοινωνική νομοθεσία για την ασφάλεια στους χώρους εργασίας κλπ.44 Μέσα σε αυτά τα πλαίσια το κράτος πρόνοιας αποτελεί μια ενότητα αντικρουόμενων στοιχείων. Από τη μια αντανακλά τη θεμελιώδη αντίφαση της καπιταλιστικής οικονομίας μεταξύ των δυνάμεων παραγωγής και των σχέσεων παραγωγής. Ταυτόχρονα ενσωματώνει τόσο τάσεις αύξησης της κοινωνικής ευημερίας και επέκτασης του κοινωνικού ελέγχου πάνω στις τυφλές δυνάμεις της αγοράς όσο και καταπίεσης και ελέγχου των ατόμων έτσι ώστε να προσαρμοστούν στα προαπαιτούμενα της καπιταλιστικής οικονομίας. Συνεπώς τόσο η μορφή όσο και οι λειτουργίες του κράτους πρόνοιας προσδιορίζονται από τον τρόπο παραγωγής και τις κυρίαρχες σχέσεις εκμετάλλευσης.45

Σύμφωνα με τον Offe, οι καπιταλιστικές κοινωνίες αναλύωνται ως συστήματα που δομούνται από τρια αλληλοεξαρτώμενα αλλά διαφορετικά οργανωμένα υποσυστήματα τα οποία περιλαμβάνουν: α) τις δομές κοινωνικοποίησης (π.χ.οικογένεια) οι οποίες διευθύνονται από κανονιστικούς κανόνες και στοχεύουν στην νομιμοφροσύνη και τη γενική αποδοχή του συστήματος, β) την εμπορευματική παραγωγή και τις σχέσεις ανταλλαγής της καπιταλιστικής οικονομίας και γ) το κράτος πρόνοιας που στηρίζεται σε μηχανισμούς άσκησης πολιτικής και διοικητικής εξουσίας και καταναγκασμού και έχει ως στόχο την σταθεροποίηση των εσωτερικών αντιθέσεων μέσω της διοικητικής ορθολογικότητας,

---

42. J.O'Connor, 1977, ό.π., σ.18

43. J.O'Connor, 1977, ό.π., σ.50

44. I.Gough, "The political economy of the welfare state", 1979, σ.3-4, 45

45. I.Gough, 1979, ό.π., σ.11-12,19

δηλαδή τη ρύθμιση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης και της διαδικασίας συσσώρευσης του κεφαλαίου.46 Για να πετύχει τους δύο αυτούς αντικρουώμενους στόχους, το κράτος πρόνοιας αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει αντιφατικές στρατηγικές. Ενώ πρέπει να διευθετήσει τις αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις από τις δυσλειτουργίες της ιδιωτικής παραγωγής, δεν πρέπει να καταστρατηγεί την πρωτοκαθεδρία της ιδιωτικής παραγωγής. Ομως για να είναι επαρκής η κρατική πολιτική, είναι αναγκασμένη να βασίζεται σε μέσα που είτε αντίκεινται στην κυρίαρχη καπιταλιστική σχέση ή υπονομεύουν τα λειτουργικά προαπαιτούμενα του συστήματος.47 Η βασική αντίφαση την οποία αντιμετωπίζει το κράτος πρόνοιας είναι ότι πρέπει να επιτελεί δύο αντίθετες λειτουργίες όσο αφορά το οικονομικό υποσύστημασ: την εμπορευματοποίηση και την αποεμπορευματοποίηση, την ιδιωτικοποίηση της παραγωγής και την ταυτόχρονη κοινωνικοποίησή της.48 Από αυτή τη βασική αντίφαση πηγάζουν και μια σειρά άλλων αντιφάσεων σε οικονομικό επίπεδο -αντίφαση μεταξύ αύξησης της φορολογίας και αύξησης της κερδοφορίας του κεφαλαίου-,49 σε επίπεδο σχεδιασμού -έλλειψη συντονισμού μεταξύ της κρατικής γραφειοκρατίας και αντίσταση στις κρατικές πολιτικές από διάφορες κοινωνικές ομάδες-50 και σε επίπεδο νομιμότητας -αντίφαση μεταξύ των αυξανόμενων απαιτήσεων των πολιτών και αδυναμίας ικανοποίησής τους από το κράτος.51

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η κοινωνική πολιτική γίνεται αντιληπτή ως το σύνολο των πολιτικά οργανωμένων σχέσεων και στρατηγικών που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση τριών δομικών προβλημάτων που γεννιούνται σε σχέση με την εργατική δύναμη: την ενσωμάτωση της εργατικής δύναμης στις δυνάμεις της προσφοράς, τη θεσμοποίηση των κινδύνων και των συνθηκών διαβίωσης που δεν υπόκεινται στο πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων και τη ποσοτική ρύθμιση της σχέσης μεταξύ των δυνάμεων της ζήτησης και της προσφοράς στην αγορά εργασίας. Απότερος στόχος είναι ο έλεγχος της μετατροπής των ιδιοκτητών εργατικής δύναμης σε μισθωτούς εργάτες.52

Το βασικό μειονέκτημα της μαρξιστικής προσέγγισης είναι ότι επικεντρώνεται στο ρόλο του κράτους πρόνοιας όπως αυτό αναπτύχθηκε στις καπιταλιστικές οικονομίες, συνδέει την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας με τον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής και

---

46. C.Offe, "Contradictions of the welfare state", 1984, σ.38,58-60

47. C.Offe, 1984, ό.π., σ.61

48. C.Offe, 1984, σ.83,122,126

49. C.Offe, 1984, ό.π., σ.126

50. C.Offe, 1984, ό.π., σ.212

51. C.Offe, 1984, ό.π., σ.67

52. C.Offe, 1984, ό.π., σ.92-100

αδυνατεί να ερμηνεύσει την ύπαρξη αντίστοιχων πολιτικών στα πρώην σοσιαλιστικά κράτη. Επικεντρώνοντας στον οικονομικό τομέα, αδυνατεί να συλλάβει το ρόλο του πολιτικού στοιχείου στη διαμόρφωση κοινωνικών πολιτικών.53 Ακόμα όμως και στα πλαίσια του καπιταλιστικού συστήματος, η θεωρία αντιμετωπίζει μια σειρά προβλημάτων. Οι λειτουργίες της συσσώρευσης και της νομιμοποίησης για παράδειγμα δεν είναι μόνο αντικρουόμενες αλλά μπορεί η μια να υποστηρίζει και να συμπληρώνει την άλλη. Οι κοινωνικές πολιτικές από τη μια αποτελούν μέσα νομιμοποίησης αλλά ταυτόχρονα και συσσώρευσης αφού διατηρούν την αγοραστική δύναμη και κατ'επέκταση τη ζήτηση.54 Κάποιος θα μπορούσε να αμφισβητήσει και το ότι η ύπαρξη αντινομιών σε ένα κοινωνικό σύστημα αποτελεί παθολογικό φαινόμενο. Είναι ουτοπικό το ότι θα μπορούσε να υπάρξει κοινωνία που να μην εμφανίζει αντινομίες. Οι αντινομίες σε μια πολύπλοκη κοινωνία αποτελούν πηγή κοινωνικής αλλαγής και γι'αυτό θα πρέπει να θεωρούνται ως μια φυσιολογική κατάσταση.55

Κάνοντας μια αποτίμηση των δύο παραδοσιακών προσεγγίσεων στο κράτος πρόνοιας, της φιλελεύθερης και της μαρξιστικής, διαπιστώνει κανείς ότι και οι δύο μοιράζονται ένα κοινό χαρακτηριστικό: αποτελούν προσπάθειες μιας ευρύτερης θεωρητικής γενίκευσης, χρησιμοποιώντας τον ίδιο τύπο ρητορικής και μορφής επιχειρημάτων. Ομως τέτοιου είδους γενικευτικές θεωρίες αδυνατούν να συλλάβουν τις ιδιαιτερότητες που εμφανίζονται στη διαμόρφωση των επιμέρους κρατών πρόνοιας. Το ποιοί κοινωνικοί στόχοι θα τεθούν, το πώς θα επιλυθούν οι συγκρούσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, το ποιά μέσα θα χρησιμοποιηθούν και το τι πολιτικές θα διαμορφωθούν, εξαρτάται από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον στο οποίο λαμβάνουν χώρα. Επομένως χρειάζεται μια άλλου είδους θεωρία η οποία να βασίζεται στην ανάλυση των αντικρουόμενων πολιτικών σε συγκεκριμένες κοινωνίες και των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τις συγκεκριμένες επιλογές.56 Χρειάζεται δηλαδή αυτό που θα μπορούσε να αποκαλεστεί ως μια πιο "πραγματιστική προσέγγιση".

---

53. R.Mishra, "Society and social policy. Theories and practic of welfare", 1981, σ.94

54. R.Mishra, "The welfare state in crisis. Social thought an social change", 1984, σ.73

55. R.Mishra, 1984, ό.π., σ.96-97

56. R.Klein, "O'Goffe's tale or what can we learn from th success of the capitalist welfare states?", στο C.Jones, (ed.) "New perspectives on the welfare state in Europe", 1993, σ.7-17

3.Η ΜΕΣΗ ΟΔΟΣ - ΟΙ ΜΕΤΡΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΟΛΛΕΚΤΙΒΙΣΤΕΣ : KEYNES,BEVERIDGE

Η οικονομική κρίση του 1929 και οι συνέπειές της που ήταν η συρρίκνωση της παραγωγής, η γενική πτώση των τιμών, η αποδιάρθρωση του παγκόσμιου εμπορίου και η αύξηση της ανεργίας, έδειξε τις αδυναμίες που εμφάνιζε στη λειτουργία του το φιλελεύθερο καπιταλιστικό σύστημα και οδήγησε πολλούς φιλελεύθερους στο συμπέρασμα για την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης η οποία θα έχει ως στόχο την αποφυγή των κρίσεων.57 Δύο από αυτούς τους φιλελεύθερους ήταν ο Keynes και ο Beveridge. Ο στόχος τους δεν ήταν να αλλάξουν το καπιταλιστικό σύστημα αλλά να διορθώσουν τις ατέλειες που εμφάνιζε η λειτουργία του. Ειχε γίνει αντιληπτό ότι το σύστημα του laissez-faire δεν ήταν πλέον επαρκές και χρειάζονταν μια ελάχιστη κρατική παρέμβαση. Στο οικονομικό επίπεδο η αναγκαιότητα αυτή εκφράστηκε μέσα από το έργο του Keynes, "Η γενική θεωρία του τόκου και του χρήματος", το οποίο αποτέλεσε τη βάση του μοντέλου δημοσιονομικής παρέμβασης που κυριάρχησε μεταπολεμικά στα περισσότερα καπιταλιστικά κράτη. Στο κοινωνικό επίπεδο εκφράστηκε με την έκθεση του Beveridge, "Social insurance and allied services", η οποία πρότεινε μια νέα μορφή οργάνωσης της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Στο σημείο αυτό εμφανίζεται ένα παράδοξο, το οποίο ίσως προσδιορίζει και τα όρια του κράτους πρόνοιας. Δηλαδή ότι η θεμελίωση του κράτους πρόνοιας βασίστηκε στις απόψεις δύο φιλελεύθερων οι οποίοι με κανένα τρόπο δεν επιθυμούσαν την ανατροπή του συστήματος αλλά την διόρθωσή του.58

Οι βάσεις πάνω στις οποίες στηρίζεται η θεωρία του Keynes είναι η σημασία της ενεργούς ζήτησης και η δυνατότητα ισορροπίας της οικονομίας σε διάφορα επίπεδα και όχι μόνο στο επίπεδο της πλήρους απασχόλησης. Ειδικότερα,από την ενεργό ζήτηση εξαρτάται η πλήρης απασχόληση. Χωρίς ζήτηση μειώνεται η παραγωγή και συνεπώς και η απασχόληση. Το αποτέλεσμα είναι η μείωση της αγοραστικής δύναμης και η παραπέρα νέα μείωση της ζήτησης που θα επιφέρει και άλλη μείωση της παραγωγής και της απασχόλησης. Η ζήτηση εξαρτάται από την κατανάλωση και την επένδυση. Από τη στιγμή που δεν δαπανάται όλο το προσωπικό εισόδημα για κατανάλωση, θα υπάρχει μικρότερη ζήτηση από τη μέγιστη δυνατή. Αυτό το γεγονός μπορεί να αντισταθμιστεί αν η αγοραστική δύναμη

---

57. Για τη κρίση του 1929 βλ., B.Gazier, "Η κρίση του 1929", 1991. Για μια σύντομη επισκόπηση της ξένης βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια της κρίσης αυτής βλ. Μ.Ψαλιδόπουλος, "Σύγχρονες ερμηνείες της κρίσης του 1929: επισκόπηση της βιβλιογραφίας", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.θεωρία και Ελληνική εμπειρία", 1990, σ.78-97

58. Βλ. τα κείμενα των K.Williams, J.Williams για τον Keynes και του R.Silburn για τον Beveridge, στο V.George, R.Page, (eds.), "Modern thinkers of welfare state", 1995, σ.69-83,84-101, τα οποία τονίζουν αυτό το παράδοξο.

που δεν δαπανάται για κατανάλωση, διατεθεί για επένδυση, πράγμα το οποίο όμως δεν είναι σίγουρο ότι θα συμβεί. Θα συμβεί μόνο αν η επένδυση θεωρηθεί επικερδής, γεγονός που εξαρτάται από την οριακή απόδοση του κεφαλαίου, το επιτόκιο και το κόστος των κεφαλαιουχικών αγαθών. Από την οριακή απόδοση του κεφαλαίου προσδιορίζονται και οι κυκλικές διακυμάνσεις, αφού μείωση της οριακής απόδοσης συνεπιφέρει μείωση των επενδύσεων. Αυτό σε συνδυασμό με την αποθάρρυνση της κατανάλωσης λόγω της πτώσης των χρηματιστηριακών αξιών οδηγεί σε μείωση της ζήτησης με συνέπεια την οικονομική κρίση.59 Αφού συνέπεια των καταναλωτικών προτύπων και της άνισης κατανομής του πλούτου είναι ένα αυξανόμενο τμήμα αγοραστικής ικανότητας να μην χρησιμοποιείται, η οικονομική δραστηριότητα είναι κατώτερη της μέγιστης δυνατής με αποτέλεσμα την εμφάνιση εκούσιας ανεργίας και τη μη επαλήθευση της θεωρίας της νεοκλασσικής σχολής ότι η κύρια τάση είναι η ροπή προς την πλήρη απασχόληση. Μικρότερη απασχόληση συνεπιφέρει μικρότερο του μέγιστου δυνατού εθνικό εισόδημα και ικανοποίηση των αναγκών σε μικρότερη έκταση.60 Αφού η ανεργία είναι αποτέλεσμα της μη επαρκούς αγοραστικής δύναμης, δεν πρέπει να υιοθετούνται μέτρα περιορισμού της αγοραστικής δύναμης αλλά αντίθετα μέτρα ενίσχυσης της ενεργούς ζήτησης μέσω της ανακατανομής των εισοδημάτων, της αύξησης των κρατικών επενδύσεων και της πολιτικής χαμηλών επιτοκίων.61

Η προσπάθεια διατήρησης και μη ανατροπής του συστήματος είναι εμφανής στην έκθεση του Beveridge η οποία αποτελεί ένα συμβιβασμό μεταξύ ριζοσπαστικών προτάσεων και προσοχής να μην αμφισβητηθούν ορισμένες βασικές αξίες. Θεωρεί ότι για το άτομο και την κοινωνία, πέντε είναι οι μεγάλοι κίνδυνοι που πρέπει να αντιμετωπιστούν: η ανάγκη, η ασθένεια, η άγνοια, η αθλιότητα και η ανεργία. Για να γίνει αυτό δεν φτάνει μόνο η αύξηση της παραγωγής αλλά χρειάζεται και η αναγκαία διόρθωση της διανομής του εισοδήματος. Η διόρθωση αυτή δεν αναφέρεται μόνο στην κατανομή των παραγωγικών συντελεστών αλλά και στην κατανομή της αγοραστικής δύναμης μεταξύ των μισθωτών: μεταξύ περιόδων προσπορισμού και αδυναμίας προσπορισμού εισοδήματος ή μεταξύ περιόδων με μειωμένες και αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις. Σχεδιασμένη, ελεγχόμενη και χρηματοδοτούμενη με τον κατάλληλο τρόπο, αυτή η βελτίωση της κατανομής του εισοδήματος μπορεί να συμβάλλει στην ευημερία και την αύξηση του πλούτου, διατηρώντας το φυσικό σφρίγος του ατόμου.62 Η πρόταση που κάνει περιλαμβάνει τρεις άξονες: τα οικογενειακά επιδόματα, την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη διατήρηση της απασχόλησης. Βασίζεται στη υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και τη συμπλήρωσή της από δίκτυ

---

59. J.M.Keynes, "Η γενική θεωρία της απασχολήσεως, του τόκου και του χρήματος", κ.κ., σ.41-50

60. J.M.Keynes, ό.π., σ.26-40

61. J.M.Keynes, ό.π., σ.334-342

62. W.Beveridge, "Social insurance and allied services", 1942 σ.167

εθνικής βοήθειας και εθελοντικής ασφάλισης και εμπεριέχει έξι θεμελιώδεις αρχές: α) ενιαίο επίπεδο παροχών για όλους ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους, β) ενιαίο ύψος εισφορών ανεξάρτητα από τα μέσα προσπορισμού που διαθέτει κάθε άτομο, γ) διοικητική ενοποίηση του συστήματος, δ) επάρκεια παροχών σε όγκο και σε χρονική διάρκεια, ε) καθολικότητα τόσο ως προς τα καλυπτόμενα άτομα όσο και ως προς τις καλυπτόμενες ανάγκες και στ) ταξινόμηση των ασφαλισμένων σε κλάσεις ανάλογα με τις διαφορετικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζούν και εργάζονται.63 Η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται στο τριμερές σχήμα συμμετοχής των ασφαλισμένων, των εργοδοτών και του κράτους.64 Στόχος είναι η εξασφάλιση ενός εισοδήματος πάνω από ένα ελάχιστο όριο, που δεν θα πρέπει όμως να διαρκεί πέρα από το αναγκαίο χρονικό διάστημα θεραπείας του όποιου προβλήματος.65 Ομως κρατική παρέμβαση και οργάνωση ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, δεν θα πρέπει να εξαλείψει τα κίνητρα, τις ευκαιρίες και την υπευθυνότητα του ατόμου. Με την εξασφάλιση ενός εθνικού ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος και προστασίας, θα υπάρξει χώρος και για εθελοντική και ατομική δράση από κάθε πολίτη για την βελτίωση της κατάστασής του.66

Υπό το πρίσμα των σύγχρονων εξελίξεων και κυρίως αυτών που συντελέστηκαν μετά το 1974, οι παραπάνω θέσεις και προτάσεις έχουν υποστεί μια σειρά κριτικών. Η χαμηλότερη οικονομική ανάπτυξη, η αύξηση της ανεργίας και η αύξηση των δημόσιων ελλειμάτων οδήγησαν στην αμφισβήτηση των κευνσιανών πρακτικών κρατικής χρηματοδότησης των δημόσιων προγραμμάτων. Θεωρήθηκε ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών για κοινωνικά προγράμματα επέδρασε αρνητικά στους κρατικούς προυπολογισμούς, αυξάνοντας τα ελλείματα. Έτσι άρχισε να γίνεται λόγος για μείωση των κοινωνικών παροχών, περιορισμό του δικαιώματος παροχής και αύξηση των εσόδων.67 Από την άλλη μεριά η έκθεση του Beveridge βασίστηκε σε ορισμένες υποθέσεις οι οποίες πλέον, λόγω των κοινωνικών αλλαγών που συντελέστηκαν, δεν ισχύουν. Αυτές οι υποθέσεις είναι η κυριαρχία της πλήρους απασχόλησης, ο προσπορισμός του εισοδήματος από τον άντρα και η παραμονή της γυναίκας στο σπίτι και η διατήρηση της σταθερότητας των οικογενειακών δεσμών.68

---

63. W.Beveridge, 1942, ό.π., σ.8-9

64. W.Beveridge, 1942, ό.π., σ.17,109

65. W.Beveridge, 1942, ό.π., σ.120

66. W.Beveridge, 1942, ό.π., σ.7

67. Αυτή η λογική κυριαρχεί σε διάφορες εκδόσεις του ΟΟΣΑ όπως OECD, "The future of social protection", 1988, σ.9, OECD, "New orientations for social policy", 1994, σ.13-14, OECD, "Reforming public pensions", 1988, σ.7-9. Παρόμοια κριτική ασκήται και από τη "Νέα Δεξιά", οι θέσεις της οποίας θα αναπτυχθούν εκτενέστερα παρακάτω.

Περα όμως από τις επιμέρους προτάσεις που μπορεί σήμερα να φαίνονται αναχρονιστικές, πίσω από αυτές τις προσεγγίσεις υπάρχει ένα βασικό σκεπτικό το οποίο εξακολουθεί να είναι πολύ χρήσιμο. Και αυτό είναι η αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης στις περιπτώσεις που η αγορά δεν λειτουργεί αποτελεσματικά. Το καπιταλιστικό σύστημα δεν είναι αυτορυθμιζόμενο, πολλές φορές κατανέμει τους πόρους μη αποδοτικά, δεν μπορεί να καταπολεμίσει την φτώχεια και την αδικία και συνεπώς δημιουργεί συνθήκες διατάραξης της πολιτικής σταθερότητας.69

4.Ο ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΣΟΣΙΑΛΙΣΜΟΣ : TITMUSS

Αν η προηγούμενη προσέγγιση θεωρούσε το κράτος πρόνοιας ως αναγκαίο για τη διατήρηση του καπιταλιστικού συστήματος, η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση θεωρεί το κράτος πρόνοιας ως αναγκαίο στοιχείο το οποίο θα οδηγήσει στον μετασχηματισμό της κοινωνίας προς τη κατεύθυνση μιας πιο δίκαιης κατανομής του πλούτου. Κλασσικός εκπρόσωπος αυτής της τάσης είναι ο Titmuss, οι βασικές θέσεις του οποίου θα παρουσιαστούν σε αυτή τη παράγραφο καθώς και ο Marshall του οποίου η θεωρία για τα δικαιώματα του πολίτη παρουσιάζεται σε επόμενο κεφάλαιο.

Οι απόψεις και οι θέσεις του Titmuss έχουν διατυπωθεί σε διάφορα κείμενα και αφορούν πληθώρα θεμάτων κοινωνικής πολιτικής. Ο Wilding επιχειρεί μια ταξινόμηση αυτών των θεμάτων με βάση δέκα άξονες, οι οποίοι αναφέρονται στα παρακάτω ζητήματα:70 α) τη σχέση αγοράς και ευημερίας, β) το ρόλο του κράτους πρόνοιας στη βιομηχανική κοινωνία, γ) τη σχέση οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, δ) τις δυνατότητες που έχει η κοινωνική πολιτική για την επίτευξη ορισμένων στόχων, ε) την παροχή καθολικών ή επιλεκτικών υπηρεσιών, στ) την επιλογή αξιών, ζ) τον κοινωνικό καταμερισμό της ευημερίας, η) τις ιδιωτικές υπηρεσίες, θ) τις περιπτώσεις αποτυχίας των κοινωνικών πολιτικών και ι) τους παράγοντες που οδήγησαν στην εμφάνιση του κράτους πρόνοιας. Όλα αυτά τα ζητήματα αφορούν θεμελιώδη ερωτήματα ως προς την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός κράτους πρόνοιας, τους στόχους του, την έκταση και την διαχείριση των προγραμμάτων του και τη σχέση του με την αγορά.71

---

68. S.Baldwin, J.Falkingham, (eds.), "Social security and social change. New challenges to the Beveridge model", 1994. Παρακάτω γίνεται εκτενέστερη αναφορά σε αυτές τις αλλαγές.

69. V.George, P.Wilding, "Ideology and social welfare", 1985 σ.50-54

70. P.Wilding, "Titmuss", στο V.George, R.Page, "Modern thinkers on welfare", 1995, σ.150.

71. S.M.Miller, "Introduction: The legacy of Richard Titmuss" στο B.A.Smith, K.Titmuss,(eds.), "The philosophy of welfare" Selected writings of R.M.Titmuss, 1987, σ.1-17

Για τον Titmuss,η αναγκαιότητα ύπαρξης του κράτους πρόνοιας πηγάζει από την ίδια την κοινωνική δομή και τις διαδικασίες αλλαγής αυτής της δομής οι οποίες όταν λαμβάνουν χώρα, δημιουργούν καταστάσεις αποδιάρθρωσης. Τα προνοιακά συστήματα αντανακλούν την κοινωνική δομή και τον καταμερισμό της εργασίας στα πλαίσια της κοινωνίας στην οποία λειτουργούν. Ετσι μια από τις ιστορικές αιτίες ανάδυσης θεσμών κοινωνικής πρόνοιας στις δυτικές χώρες ήταν η αυξανόμενη αδυναμία μας να εντοπιστούν και να συνδεθούν το αίτιο και το αποτελέσμα, στα πλαίσια των κοινωνικών, δημογραφικών, οικονομικών, επιστημονικών και τεχνολογικών αλλαγών.72 Οι αλλαγές αυτές σε συνδυασμό με την διαδικασία οικονομικής μεγέθυνσης, δημιουργούν ένα κοινωνικό κόστος. Αυτό το κόστος το οποίο ευνοεί μερικούς, το επωμίζονται τα χαμηλότερα στρώματα και συνεπώς δεν κατανέμεται ομοιόμορφα. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί μια προσαρμογή στις διαδικασίες οικονομικής και κοινωνικής αλλαγής στα πλαίσια της βιομηχανικής κοινωνίας και είναι μια μορφή αποζημίωσης για αυτούς που επωμίστηκαν το κόστος της προόδου.73 Επομένως, ο βασικότερος στόχος του κράτους πρόνοιας είναι η καταπολέμιση των ανισοτήτων, η επίτευξη μεγαλύτερης ισότητας, η ενδυνάμωση των δεσμών στα πλαίσια της κοινότητας και η δημιουργία μιας κοινωνίας αλληλεγγύης.74 Αυτοί οι στόχοι τονίζουν το πρόβλημα της επιλογής των αξιών και ιδεών που προσδιορίζουν την κοινωνική πρακτική. Αξίες ηθικές, κοινωνικές, ψυχικές, θρησκευτικές, νομικές, αισθητικές, οι οποίες αντανακλούν, υποστηρίζουν,ενδυναμώνουν ή χαλαρώνουν τους κοινωνικούς δεσμούς της ομάδας.75

Τους παραπάνω στόχους δεν μπορεί να επιτύχει η αγορά και η ιδιωτική επιχείρηση. Και αυτό γιατί δεν επαληθεύονται στην πράξη ορισμένες υποθέσεις που κάνουν οι φιλελεύθεροι για τη λειτουργία της αγοράς. Η οικονομική ανάπτυξη δεν αρκεί από μόνη της για να λύσει το πρόβλημα της φτώχειας. Δεν αποτελεί μόνο ένα οικονομικό πρόβλημα αλλά είναι και κοινωνικό αφού γεννά κοινωνικό κόστος. Η οικονομική μεγέθυνση που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μιας ανταγωνιστικής αγοράς, δεν μπορεί να οδηγήσει σε πιο δίκαιη κατανομή των πόρων.76

---

72. R.Titmuss, "Social welfare and the art of giving", στο B.Abel Smith, K.Titmuss 1987, ό.π., σ.113-127. Επίσης R.Titmuss, "Developing social policy in conditions of rapid change: the role of social welfare", στο ίδιο, σ.258

73. R.Titmuss, "Welfare state and welfare society", στο B.A.Smith, K.Titmuss 1987, ό.π.,σ.151, R.Titmuss, "Developing social...", ό.π., σ.258-259, R.Titmuss, "Social policy", 1974, σ.60-74

74. R.Titmuss, "Introduction to the 1964 edition of equality by R.H. Tawney", στο B.A.Smith, K.Titmuss, 1987, ό.π., σ.18-35

75. R.Titmuss, "The gift of blood", στο B.A.Smith..., 1987, ό.π., σ.170-191, R.Titmuss, "Social policy", 1974, s.132-141

Σε επίπεδο παροχής προνοιακών υπηρεσιών, οδηγεί σε καταστάσεις αποκλεισμού και στιγματισμού των χαμηλών εισοδηματικών ομάδων και στη δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας δύο ταχυτήτων, με συνέπεια αντί να αυξάνει, να μειώνει τις επιλογές του καταναλωτή. Επιπλέον, οι κοινωνικές υπηρεσίες σε είδος και ιδιαίτερα οι υπηρεσίες υγείας, διαφέρουν από τα ιδιωτικά αγαθά, αφού κυριαρχεί το στοιχείο της αβεβαιότητας και της αδυναμίας πρόβλεψης για την έλευση του κινδύνου.77

Η παραπάνω κριτική τονίζει το πρόβλημα της διάκρισης και του κοινωνικού αποκλεισμού και κατ'επέκταση του εύρους των κοινωνικών προγραμμάτων. Κοινωνικά προγράμματα που βασίζονται στην επιλεκτικότητα και όχι την καθολική κάλυψη, στιγματίζουν τα άτομα, συνήθως είναι χαμηλής ποιότητας και μακροπρόθεσμα οδηγούν στην ένταση των κοινωνικών διακρίσεων και τη διαδικότητα της κοινωνίας. Συνεπώς τα αποτελέσματα των κοινωνικών προγραμμάτων και οι συνέπειές τους προσδιορίζονται και από το πώς αυτά τα κοινωνικά προγράμματα σχεδιάζονται και διευθύνονται.78

Εκτός όμως από τις δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες, υπάρχουν και άλλα συστήματα πρόνοιας και συλλογικής κάλυψης των κοινωνικών αναγκών. Αν θέλουμε λοιπόν να κατανοήσουμε τις προθέσεις και τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής, υποστήριζε ο Titmuss,τότε θα πρέπει να τα εξετάσουμε και αυτά τα συστήματα. Ετσι υπάρχουν τρεις τύποι πρόνοιας που είναι: α) η κοινωνική πρόνοια (social welfare) που αποτελεί άμεση δημόσια παροχή υπηρεσιών σε είδος ή παροχή προνοιακών επιδομάτων σε χρήμα, σε άπορους, β) η δημοσιονομική πρόνοια (fiscal welfare) η οποία αναφέρεται στο φορολογικό σύστημα, τη φορολογία εισοδήματος και τις φορολογικές απαλλαγές και γ) η επαγγελματική πρόνοια (occupational welfare) που περιλαμβάνει τις παροχές στους εργαζόμενους, σε είδος και σε χρήμα και προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση. Το πρόβλημα είναι ότι αν και τα τρία συστήματα έχουν παρόμοιους στόχους και ουσιαστικά χρηματοδοτούνται από το δημόσιο, η δημοσιονομική και η επαγγελματική πρόνοια ευνοούν περισσότερο αυτούς που βρίσκονται σε καλύτερη θέση. Αυτός ο κοινωνικός καταμερισμός της πρόνοιας αντανακλά και πολλές φορές ενδυναμώνει τον κοινωνικό καταμερισμό στην ίδια την κοινωνία διαφοροποιώντας και διαχωρίζοντας τις κοινωνικές ομάδες και κατοχυρώνοντας προνόμια.79

---

76. R.Titmuss, "Social policy and economic progress", στο B.A.Smith..., 1987, ό.π., σ.192-206

77. R.Titmuss, "Choise and the welfare state" στο B.A.Smith, K.Titmuss, 1987, ό.π.,σ.157-169. R.Titmuss, "Social policy", 1974, σ.33-46

78. R.Titmuss, "Universal and selective social services", στο B.A.Smith..., 1987, ό.π., σ.128-140

79. R.Titmuss, "The social division of welfare: some reflections on the search for equity", στο B.A.Smith..., 1987, ό.π., σ.39-59, R.Titmuss, "Social policy", 1974, σ.132-141

5.ΣΥΝΟΨΗ

Αν θα θέλαμε να συνοψίσουμε τα κύρια χαρακτηριστικά κάθε μιας από τις παραπάνω τέσσερεις κλασσικές θεωρίες για το κράτος πρόνοιας, θα μπορούσαμε να το κάνουμε χρησιμοποιόντας ένα πλαίσο επτά αξόνων: τη θέση κάθε θεωρίας για το κράτος πρόνοιας, την πολιτική της εκπροσώπηση, τους κύριους θεωρητικούς της εκφραστές, τις αξίες που υποστηρίζει, το ρόλο του κράτους σε σχέση με την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, την κανονιστική αρχή διανομής των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών και τη σχέση οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.80

Η φιλελεύθερη θεωρία στηρίζεται στις προσεγγίσεις των Hayek και Friedman και σε πολιτικό επίπεδο εκφράζεται από δεξιά κόμματα. Η βασική της θέση για το κράτος πρόνοιας είναι ότι περιορίζει την ατομική ελευθερία, την ανάληψη πρωτοβουλιών και τη δυνατότητα επιλογής. Αυξάνει τις απαιτήσεις,αποσταθεροποιεί το οικονομικό και κοινωνικό σύστημα γιατί πολιτικοποιεί την κατανομή των πόρων, είναι μη αποδοτικό, καταστρέφει τις ηθικές αξίες και αυξάνει την εξάρτηση και την ανευθυνότητα. Η προστασία πρέπει να παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα,τον εθελοντικό τομέα, την οικογένεια και την αυτοβοήθεια. Οι αξίες που πρεσβεύει είναι η ελευθερία του ατόμου και της αγοράς, η ατομική επιλογή, ο ατομικισμός και η ανισότητα. Ο ρόλος του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών πρέπει να είναι ο ελάχιστος δυνατός. Η κανονιστική αρχή διανομής των περιορισμένων κοινωνικών υπηρεσιών πρέπει να είναι επιλεκτική και να κυριαρχεί η επιλογή στα πλαίσια της αγοράς. Η σχέση οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής διέπεται από την κυριαρχία της ελεύθερης αγοράς και τον ανταγωνισμό.

Η μαρξιστική θεωρία βασίζεται στις προσεγγίσεις των Gough, Offe, O'Connor, Ginsburg και πολιτικά εκπροσωπείται από τα κομμουνιστικά κόμματα. Υποστηρίζει ότι το κράτος πρόνοιας είναι αποτέλεσμα της βασικής σύγκρουσης μεταξύ του καπιταλισμού και της εργατικής τάξης και αποτελεί προαπαιτούμενο της λειτουργίας του καπιταλιστικού συστήματος. Σύμφωνα με τη θέση αυτή, οι αξίες προσδιορίζονται από το τρόπο παραγωγής. Ο ρόλος του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών πρέπει να είναι πολύ εκτεταμένος και η κάλυψη πρέπει να είναι καθολική και με βάση την ανάγκη. Στα πλαίσια του καπιταλισμού η αντίθεση μεταξύ οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής είναι ασυμβίβαστη ενώ στο σοσιαλιστικό σύστημα η οικονομία υπηρετεί τις ανθρώπινες ανάγκες.

Θεμελιωτές του μετριοπαθούς κολλεκτιβισμού είναι οι Beveridge και Keynes, οι απόψεις των οποίων σε πολιτικό επίπεδο εκφράζονται από

---

80. Για ανάλογες παρουσιάσεις βλ. F.Williams, "Social policy. A critical introduction", 1989, V.George, P.Wilding, "Ideology and social welfare, 1985, M.Sullivan, "Sociology and social welfare", 1987, M.Hewitt, "Welfare, ideology and need", 1992, V.George, P.Wilding, 1994, ό.π.

δημοκρατικά φιλελεύθερα κόμματα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το κράτος πρόνοιας είναι απαραίτητο για το έθνος και την αποτροπή της εξαθλίωσης και συμβάλλει στη διατήρηση του οικονομικού και κοινωνικού συστήματος. Μπορεί να συνυπάρχει με τον ιδιωτικό και το εθελοντικό τομέα στα πλαίσια μιας μικτής οικονομίας της πρόνοιας ή ενός προνοιακού πλουραλισμού. Κυρίαρχες αξίες αποτελούν η ατομική ελευθερία στα πλαίσια ενός αποδοτικού, ανθρώπινου καπιταλισμού, ο πραγματισμός, η ρύθμιση, ο έλεγχος και η προσπάθεια μείωσης των ανισοτήτων. Η έκταση της κρατικής παρέμβασης στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών πρέπει να είναι μέτρια, σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, σε ένα ρεαλιστικό συνδυασμό που να βασίζεται στην ταυτόχρονη ύπαρξη επιλεκτικότητας και καθολικότητας. Έτσι η κοινωνική πολιτική στηρίζει την οικονομική.

Τέλος η προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας διαμορφώθηκε από τις θέσεις των Titmuss και Marshal και σε πολιτικό επίπεδο υποστηρίχθηκε από τα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα. Η βασική θέση της είναι ότι το κράτος πρόνοιας κατέχει κεντρική θέση στο μετασχηματισμό της κοινωνίας μέσω της αναδιανομής του πλούτου και τη δημιουργία μιας πιο δίκαιης, ίσης και αρμονικής κοινωνίας, σε αντιδιαστολή με τις ανισότητες της αγοράς. Κυρίαρχες αξίες αποτελούν η ισότητα, η συλλογικότητα, η κοινωνική αρμονία, η συνεργασία, η δημοκρατική συμμετοχή,ο ανθρωπισμός και η αλληλεγγύη. Ο ρόλος του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών είναι πολύ μεγάλος και διαμορφώνεται με βάση την καθολική κάλυψη για την ικανοποίηση των αναγκών. Η κοινωνική πολιτική επιδρά στην οικονομική πολιτική έτσι ώστε αυτή να γίνει περισσότερο κοινωνικά υπεύθυνη.

Η παραπάνω προσπάθεια βοηθά ίσως στην κατανόηση των βασικών απόψεων και θέσεων των τεσσάρων κλασσικών θεωριών που επηρρέασαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τη σκέψη πάνω στα ζητήματα κοινωνικής πολιτικής. Ωστόσο η διάκριση αυτή ίσως να μην βοηθά στην προσπάθεια εξεύρεσης κοινών σημείων και στη διαμόρφωση ενός πλαισίου εποικοδομητικής αναζήτησης λύσεων σε προβλήματα τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν πλέον στη βάση "καθαρών", "ιδεοτυπικών" προσεγγίσεων της λογικής του "άσπρου-μαύρου". Αυτό το πρόβλημα τονίζουν για παράδειγμα οι Lee, Raban, αναζητώντας ένα τρίτο δρόμο μεταξύ της μαρξιστικής και της σοσιαλδημοκρατικής προσέγγισης ή μεταξύ, όπως οι ίδιοι λένε, της Σκύλλας και της Χάρυβδις, δηλαδή της μεταρρύθμισης και της επανάστασης.81 Προτείνουν τη συγχώνευση του ρεαλιστικού μαρξισμού και του κριτικού σοσιαλισμού συνδυάζοντας τον εναλλακτικό κοινωνικό σχεδιασμό και τις τοπικές σοσιαλιστικές προνοιακές πολιτικές, με κάποια προοδευτικά στοιχεία του προνοιακού πλουραλισμού και του προνοιακού κορπορατισμού.82 Η προσπάθεια αυτή είναι ενδεικτική της ανάγκης υπέρβασης των παραδοσιακών πλαισίων σκέψης και της

---

81. P.Lee, C.Raban, "Welfare theory and social policy. Reform or revolution", 1988, σ.218

82. P.Lee, C.Raban, 1988, ό.π., σ.222

διαμόρφωσης ενός καινούργιου επιστημονικού "παραδείγματος".83 Με αυτή την έννοια η "κρίση" του κράτους πρόνοιας ίσως σχετίζεται με την αδυναμία θεωρητικής σύλληψης και διαμόρφωσης ενός νέου παραδείγματος υπό το πρίσμα των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών αλλαγών που συντελέστηκαν.84

---

83. Ο όρος χρησιμοποιείται με την έννοια που του έδωσε ο Kuhn, δηλαδή ως το σύνολο των νόμων, θεωριών, εφαρμογών, πειραματικών διατάξεων, κανόνων και κριτηρίων επιστημονικής πρακτικής, πεποιθήσεων, αξιών και τεχνικών που ασπάζονται τα μέλη μιας επιστημονικής κοινότητας και που μετατρέπονται σε πρότυπα απ'όπου πηγάζουν παραδειγματικές λύσεις σε συγκεκριμένα προβλήματα. Δηλαδή ο όρος έχει τόσο μια γενικευτική όσο και μια ειδική διάσταση. Βλ.Τ.Kuhn, "Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων", 1980.,σ.74. Για την αναγκαιότητα αναζήτησης ενός νέου παραδείγματος κοινωνικής προστασίας βλ. M.Titterton, "Managing threats to welfare: the search for a new paradigm of welfare", στο Journal of Social policy, vol.21, part 1, January 1992

84. Βλ. για παράδειγμα Κ.Ψυχοπαίδης, "Κρίση θεωρίας στις σύγχρονες κοινωνικές επιστήμες", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης. Θεωρία και Ελληνική Εμπειρία", 1990, σ.11-18, όπου η θεωρητική κρίση ανάγεται στην παραγνώριση της εσωτερικής σχεσιακής φύσης του κοινωνικού αντικειμένου και στη διάρρηξη των ενιαίων εννοιακών πλαισίων. Την ίδια άποψη υιοθετεί και ο Γράβαρης που υποστηρίζει ότι η κρίση θεωρίας είναι αποτέλεσμα δύο διαδικασιών: της άκριτης αποδοχής της λογικής της εξειδίκευσης και του κατακερματισμού του γνωστικού αντικειμένου και της αποσυσχέτισης των ερευνητικών αποτελεσμάτων από το ζήτημα της θεμελίωσης ενός δεσμευτικού πλαισίου αξιολόγησης. Δ.Γράβαρης, "Κρίση θεωρίας και κρίση του κοινωνικού κράτους: τάσεις και προβλήματα σε σύγχρονες θεωρίες περί κοινωνικού κράτους", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, ό.π., σ.24-32



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : Η ΣΧΕΣΗ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑΣ.Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΙΚΟΥ

Η βασική διαμάχη που έπαιξε καθοριστικό ρόλο σε όλη τη πορεία ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας ήταν η διαμάχη για τον προσδιορισμό των ορίων μεταξύ κράτους και αγοράς. Μέχρι ποιό σημείο πρέπει να εκτείνεται η κρατική παρέμβαση και που πρέπει να σταματούν οι κυβερνητικές αρμοδιότητες; Κατ'επέκταση πού σταματά η σφαίρα του ιδιωτικού και του ατομικού και πού ξεκινά η σφαίρα του δημόσιου και του συλλογικού; Αυτά τα ερωτήματα κατέχουν κεντρική θέση στην προβληματική της κοινωνικής πολιτικής. Ακόμα και στην περίοδο της μεγάλης άνθησης του κράτους πρόνοιας μεταξύ 1945-75, αυτά τα ερωτήματα δεν έπαψαν να τίθενται ενώ αναζωπυρώθηκαν μετά το 1975 και την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, κυρίως υπό το πρίσμα της κριτικής που ασκήθηκε στην επέκταση του δημόσιου τομέα από τη Νέα Δεξιά.

Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα προυποθέτει σε ένα πρώτο επίπεδο, τον προσδιορισμό των στόχων που επιθυμεί να επιτύχει μια κοινωνία. Η όλη προβληματική αναπτύσσεται γύρω από την επίτευξη στόχων όπως η ελευθερία, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η ισότητα, η δικαιοσύνη και η δημοκρατία.1 Το ζητούμενο είναι το ποιό σύστημα θα μπορούσε να πραγματοποιήσει καλύτερα αυτούς τους στόχους,η αγορά ή το κράτος. Είναι φανερό ότι η διαμόρφωση ενός συστήματος διανομής του πλούτου θα προσδιοριστεί τόσο από την επιλογή των αξιών στις οποίες θα βασίζεται το σύστημα, όσο και από το περιεχόμενο που θα δοθεί σε αυτές τις αξίες.2 Αφού επιλεγούν και σημασιοδοτηθούν οι στόχοι, το επόμενο στάδιο είναι η εφαρμογή και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Συνεπώς το ζήτημα των ορίων κράτους-αγοράς έχει μια διπλή διάσταση: μια κοινωνική-πολιτική και μια οικονομική-τεχνική. Και στα δύο αυτά επίπεδα η συζήτηση έλαβε χώρα σε ένα δυιστικό συγκρουσιακό πλαίσιο όπου το κράτος και η αγορά εμφανίζονται ως δύο διακριτές και ξεχωριστές σφαίρες και αναζητούνται τα επιχειρήματα τα οποία θα θεμελιώσουν την πρωτοκαθεδρία της μιας σφαίρας έναντι της άλλης. Αντίστοιχα διαμορφώθηκαν δύο μοντέλα διαχείρησης που βασίζονται σε διαφορετικές αρχές και φιλοσοφίες και ενσωματώνουν διαφορετικούς στόχους. Στο μοντέλο του ιδιωτικού τομέα κυριαρχούν η ιδιωτική ατομική επιλογή και δραστηριότητα στην αγορά, η ζήτηση και ο μηχανισμός των τιμών, η ισοτιμία όπως διαμορφώνεται από τη λειτουργία της αγοράς, η αναζήτηση της αγοραίας ικανοποίησης, η κυριαρχία του καταναλωτή, ο ανταγωνισμός και τα αγοραία κίνητρα

---

1. N.Deakin, "The politics of welfare", 1987, σ.13-25, J.Hardy, "Values in social policy. Nine contradictions", 1981

2. Αναλυτικότερα για το πρόβλημα των αξιολογικών επιλογών στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας βλ. J.Hardy, "Values in social policy. Nine contradictions", 1981

εισόδου-εξόδου. Αντίθετα το μοντέλο του δημόσιου τομέα βασίζεται στη συλλογική επιλογή στα πλαίσια της πολιτικής συγκρότησης, στις ανάγκες για πόρους, στην δημόσια συλλογική δράση, στην ισότητα με βάση τις ανάγκες, στην αναζήτηση της δικαιοσύνης και στην έννοια του πολίτη.3

1.Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ-ΤΕΧΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ : "ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ" ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΓΑΘΑ

Στο οικονομικό επίπεδο,η διαμάχη έχει προσλάβει έναν ορθολογικό-τεχνικό4 χαρακτήρα, όπου το κριτήριο της αποδοτικότητας5 κατέχει κυρίαρχη θέση. Για τους υποστηρικτές της αγοράς, το κράτος αποτελεί έναν ανεπαρκή μηχανισμό κατανομής των πόρων γιατί ακριβώς αντιβαίνει το κριτήριο της αποδοτικότητας. Η διόγκωση της γραφειοκρατίας, ο ιεραρχικός έλεγχος και η μονοπωλιακή δύναμη που απολαμβάνουν οι κρατικοί παραγωγοί, οδηγούν σε καταστάσεις όπου μια συντεχνιακή ομάδα αποτελούμενη από διευθυντές, συλλέκτες φόρων, δημόσιους υπαλλήλους και τα συνδικάτα τους καθώς και επαγγελματίες πολιτικούς, επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση του δικού τους οφέλους. Η μονοπωλιακή θέση αυτών των ομάδων έχει ως αποτέλεσμα την άρση του ανταγωνισμού. Από την άλλη μεριά οι δαπάνες δημόσιας κατανάλωσης συνεπιφέρουν μια σπατάλη πόρων λόγω της υπερπροσφοράς αγαθών και υπηρεσιών από το κράτος, η οποία είναι αποτέλεσμα των πολιτικών πιέσεων και της υπερβάλλουσας ζήτησης που προκύπτει από το γεγονός ότι η τιμή των υπηρεσιών στο σημείο κατανάλωσης είναι μηδενική.6 Αντίθετα με το κράτος, η αγορά αποτελεί ένα αποδοτικό μηχανισμό κατανομής των πόρων γιατί κυριαρχούν δύο στοιχεία: οι τιμές και ο ανταγωνισμός. Οι τιμές αποτελούν τον δείκτη σπανιότητας των πόρων σε μια κοινωνία. Χωρίς την καθοδήγηση των τιμών κανένας δεν θα ήξερε τί να κάνει και χωρίς το κίνητρο για δραστηριοποίηση μέσω του κέρδους, δεν θα

---

3. J.Stewart, S.Ranson, "Management in the public domain", στο D.McKevitt, A.Lawton, (eds.), "Public sector management. Theory, critique and practice", 1994, σ.54-70

4. Για την κυριαρχία του ορθολογισμού και της "γνώσης της τεχνικής" σε κάθε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας, βλ. M.Oakeshott, "Rationalism in politics", στο D.McKevitt, A.Lawton, "Public sector management. Theory, critique & practice", 1994, σ.4-10

5. H.Simon,"The criterion of efficiency",στο D.McKevitt,A.Lawton, "Public sector...",1994,ό.π.,σ.37-53, Α.Αθανασόπουλος,"Τεχνική αποδοτικότητα ως κριτήριο αξιολόγησης του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα ως εναλλακτικών φορέων παροχής υπηρεσιών",στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα,"Οριακαι σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού",1996,σ.281-301

6. P.Minford, "The role of the social services: a view from the New Right", στο M.Loney, R.BococK et al., (eds.), "The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain", 1991, σ.72-76

παράγονταν τίποτα. Η αγορά αποτελεί ένα αυτορυθμιζόμενο και αυτοδιοσθωνόμενο σύστημα που κατανέμει τους πόρους με πιο αποδοτικό τρόπο. Ο ανταγωνισμός είναι αυτός που οδηγεί το σύστημα στον συντονισμό και προσδιορίζει το σύστημα της ελεύθερης αγοράς ως μια εξελικτική διαδικασία συνεχών αλλαγών παρά ως μια στατικά ισορροπημένη κατάσταση.7

Οι επικριτές της αγοράς υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης διαπιστώνοντας τις ανεπάρκειες και τις ατέλειες της αγοράς ως μηχανισμού παροχής υπηρεσιών και αγαθών. Υπάρχουν δηλαδή ορισμένες συνθήκες υπό τις οποίες δεν ικανοποιήται το κατά Pareto κριτήριο κατανομής των πόρων.8 Για να μπορέσει η ελεύθερη λειτουργία της αγοράς να οδηγήσει σε αποδοτικό αποτέλεσμα θα πρέπει να τηρούνται τρεις προυποθέσεις: ότι υπάρχει τέλεια πληροφόρηση, τέλειος ανταγωνισμός και απουσία αποτυχιών της αγοράς. Οι βασικές παραδοχές είναι ότι υπάρχουν πολλοί πωλητές που ο καθένας προσπαθεί για τη μεγιστοποίηση του κέρδους του,το εμπόρευμα είναι ομοιογενές,οι αγοραστές έχουν καλή πληροφόρηση για τις τιμές και τὴν ποιότητα των προιόντων και οι καταναλωτές πληρώνουν όλο το κόστος του προιόντος που καταναλώνουν. Σε πολλές περιπτώσεις όμως αυτές οι προυποθέσεις δεν επιτυγχάνονται.9

Η τέλεια πληροφόρηση υπονοεί ότι τα άτομα είναι οι καλύτεροι κριτές των αναγκών τους και η ζήτησή τους για ένα εμπόρευμα αντανακλά το οριακό ατομικό όφελός τους από αυτό. Η συνθήκη αυτή όμως δεν ικανοποιήται πλήρως λόγω της ατελούς πληροφόρησης κυρίως ως προς την τιμή και την ποιότητα των αγαθών και των υπηρεσιών ενώ επιπλέον υπάρχει και το ζήτημα της αβεβαιότητας ως προς την έλευση του κινδύνου. Κλασσικό παράδειγμα είναι οι υπηρεσίες υγείας όπου ο ασθενής δεν έχει πλήρη επίγνωση για το τί του συμβαίνει, ποιό φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιήσει ή ακόμα και για την αξία του γιατρού που επισκέπτεται. Ακόμα δεν μπορεί να προβλέψει πότε θα αρρωστήσει. Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα άτομα δεν μπορούν να κρίνουν για τις ανάγκες τους όπως τα

---

7. N.Barry, "Understanding the market", στο M.Loney, R.Bocock et al., (eds.), 1991, ό.π., σ.231-241

8. Μια κατανομή ονομάζεται άριστη κατά Pareto αν δεν μπορεί να γίνει καμμία ανακατανομή των πόρων που θα βελτίωνε τη θέση κάποιου χωρίς ταυτόχρονα να χειροτερεύσει τη θέση κάποιου άλλου. Βλ. J.Stiglitz, "Οικονομική του δημόσιου τομέα", 1992, σ.97

9. Για μια εκτενή ανάλυση της επιχειρηματολογίας που ακολουθεί, βλ. M.Knapp, "The economics of social care", 1984, σ.89-114, R.Boadway, N.Bruce, "Welfare economics", 1984, σ.103-136, J.Le Grand, R.Robinson, "The economics of social problems. The market versus the state", 1984, σ.262-265, N.Barr, "The welfare state as an efficient device", 1987, σ.5-12, N.Barr, "The economics of the welfare state", 1987, σ.80-84, H.Glennester, "Paying for welfare the 1990s", 1992, σ.15-30, J.Stiglitz, "Οικονομική του δημόσιου τομέα", 1992, σ.106-116

μικρά παιδιά, τα άτομα με ειδικές ανάγκες κλπ. Σε πολλές περιπτώσεις ο τέλειος ανταγωνισμός δεν υφίσταται λόγω μονοπωλειακών, μονοψωνειακών ή ολιγοπωλειακών καταστάσεων όπως στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, πετρελαικών προιόντων κλπ. με αποτέλεσμα να μην μεγιστοποιείται η δυνατότητα επιλογής του καταναλωτή. Τέλος η αγορά αποτυγχάνει σε περιπτώσεις ύπαρξης εξωτερικών οικονομιών όπου η αγορά δεν μπορεί να ενσωματώσει στην τιμή ολόκληρο το κόστος ή το όφελος που προκύπτει από την παραγωγή και την κατανάλωση ενός αγαθού. Υπάρχουν δηλαδή περιπτώσεις που κάποιος απολαμβάνει όφελος χωρίς κόστος, όπως στη παροχή υπηρεσιών υγείας ή εκπαίδευσης ή υφίσταται κόστος χωρίς κάποια αποζημίωση όπως η μόλυνση του περιβάλλοντος από τα εργοστάσια. Ακόμα η αγορά αποτυγχάνει στη παροχή δημόσιων αγαθών τα οποία χαρακτηρίζονται από την αρχή της αδιαιρετότητας και του μη αποκλεισμού.

Θα μπορούσε κάποιος να υποστηρίξει ότι τα παραπάνω προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με την λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης. Ομως και εδώ διαπιστώνονται μια σειρά τεχνικών προβλημάτων που ωφείλονται στην ασύμμετρη πληροφόρηση των προμηθευτών ασφαλιστικών υπηρεσιών, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση των φαινομένων της δυσμενούς επιλογής (adverse selection) και της ηθικής βλάβης (moral hasard).10 Η δυσμενής επιλογή αναφέρεται στο πρόβλημα της ετερογένειας των κινδύνων που αντιμετωπίζουν διαφορετικά άτομα και της συναπακόλουθης ασύμμετρης πληροφόρησης των ασφαλιστών για αυτούς τους κινδύνους. Ετσι είναι δύσκολο για τον ασφαλιστή να συσχετήσει το ύψος του ασφάλιστρου με την πιθανότητα επέλευσης του κινδύνου για το συγκεκριμένο άτομο. Το αποτέλεσμα είναι οι ασφαλιστικές εταιρείες να αυξάνουν τα ασφάλιστρα ή να αποκλείουν από την παροχή υπηρεσιών άτομα υψηλού κινδύνου, με συνέπεια οι χρήστες των υπηρεσιών να μην έχουν τη δυνατότητα επιλογής, την οποία τελικά έχουν μόνο οι ασφαλιστικές εταιρείες. Αυτό το γεγονός έρχεται σε αντίθεση με τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής που είναι ακριβώς η επικέντρωση της βοήθειας σε αυτούς που την έχουν περισσότερο ανάγκη. Από την άλλη μεριά ο ηθικός κίνδυνος εντοπίζεται στο γεγονός ότι η ύπαρξη ασφάλισης έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μην καταβάλλει την απαραίτητη προσπάθεια για την αποφυγή του κινδύνου με αποτέλεσμα να βλάπτεται ο ασφαλιστής (το πρόβλημα του τρίτου πληρωτή: third-party payment problem). Οσο καλύτερη κάλυψη προσφέρει η ασφάλιση, τόσο λιγότερο τα άτομα φοβούνται τις συνέπειες των πράξεών τους και συνεπώς τόσο λιγότερο συμπεριφέρονται με οικονομικό τρόπο. Τέλος υπάρχει το πρόβλημα αδυναμίας κάλυψης από μια ιδιωτική επιχείρηση περιπτώσεων ύπαρξης κοινωνικών κινδύνων τους οποίους αντιμετωπίζει όλη η κοινωνία όπως για παράδειγμα πόλεμοι, μαζική και εκτεταμένη ανεργία, υψηλός πληθωρισμός, επιδημίες κλπ. Αυτό μπορεί να το κάνει μόνο το κράτος λόγω της δυνατότητας που έχει να επιβάλλει φόρους και να

---

10. J.Greedy, R.Disney, "Social insurance in transition", 1985, σ.13-24, N.Barr, "The economics of the welfare state", 1987, σ.114-118,213-215,221-223, A.Atkinson, "Poverty and social security", 1989, σ.112-118, J.Stiglitz 1992, ό.π., σ.397-401

επιμερίζει τους κινδύνους μεταξύ των γενεών.

Εκτός από την αγορά και την ιδιωτική ασφάλιση, μια άλλη πιθανή πηγή παροχής υπηρεσιών θα μπορούσε να είναι ο εθελοντικός τομέας. Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων στην παροχή δημόσιων αγαθών, όπως θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο, αποτελεί μια από τις προτάσεις που έχουν γίνει και έχουν υποστηριχθεί με σθένος, στα πλαίσια της συζήτησης για την αναδιοργάνωση των μεθόδων κοινωνικής προστασίας που λαμβάνει χώρα κατά τη δεκαετία του '80 και του '90.

Ενας από τους επιστήμονες που ασχολήθηκαν με τη μελέτη των συνθηκών κάτω από τις οποίες μπορούν να παρασχεθούν δημόσια αγαθά από εθελοντικούς οργανισμούς και ομάδες, ήταν ο M.Olson.11 Ο Olson δείχνει ότι οι μεγάλες ομάδες παράγουν δημόσια ή συλλογικά αγαθά που μπορούν να απολαύσουν όλα τα μέλη της ομάδας αφού ισχύει η αρχή της αδιαιρετότητας και του μη αποκλεισμού. Ομως το ορθολογικό άτομο φέρεται με τρόπο που να συμμετέχει στην κατανάλωση του αγαθού αλλά να αποφεύγει τη συμμετοχή στο κόστος παραγωγής (το πρόβλημα του λαθρεπιβάτη: free rider). Το γεγονός αυτό οδηγεί στην αποτυχία της μεγάλης ομάδας να παράγει δημόσια αγαθά σε εθελοντική βάση. Ετσι οι μεγάλες ομάδες όπως τα συνδικάτα, τα κόμματα ή και το κράτος, είτε παρέχουν θετικά (ανταμοιβές) ή αρνητικά (ποινές) επιλεκτικά κίνητρα στα μέλη τους είτε ασκούν μορφές εξαναγκασμού.12 Αντίθετα τα μέλη μιας μικρής ομάδας που βρίσκονται μεταξύ τους σε μια πρόσωπο με πρόσωπο σχέση, έχουν προσωπικό συμφέρον στην παραγωγή του συλλογικού αγαθού, αρκεί το ατομικό κόστος παραγωγής να μην υπερβαίνει το οριακό του όφελος. Και πάλι όμως το αγαθό δεν παράγεται στην άριστη ποσότητα γιατί αφού κάθε μέλος της ομάδας απολαμβάνει μέρος μόνο του οφέλους από τη δαπάνη που έχει κάνει για να αποκτήσει μεγαλύτερη ποσότητα του συλλογικού αγαθού, θα σταματήσει τη δαπάνη πριν επιτευχθεί η άριστη ποσότητα του αγαθού για την ομάδα συνολικά.13 Στις μεσαίες ομάδες επειδή η συμμετοχή του κάθε μέλους δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία για την παραγωγή του συλλογικού αγαθού όσο έχει στις μικρές ομάδες αλλά ούτε και είναι αμελητέα όσο στη μεγάλη ομάδα, ο ρόλος του είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και ποικίλει ανάλογα με τα συμφέροντά του με αποτέλεσμα η δραστηριότητα της μεσαίας ομάδας να εξαρτάται από το συμφέρον ενός μεγάλου αριθμού μελών της, δηλαδή από την ύπαρξη συμφωνίας και οργάνωσης.14 Το γενικό συμπέρασμα επομένως είναι ότι χωρίς κίνητρα και καταναγκαστικούς μηχανισμούς η εθελοντική δραστηριοποίηση αποτυγχάνει.

Η μέχρι τώρα συζήτηση επικεντρώθηκε στο κριτήριο της αποδοτικότητας και έδειξε ότι η αγορά και ο ιδιωτικός και

---

11. M.Olson, "Η λογική της συλλογικής δράσης", 1991

12. M.Olson, 1991, ό.π., σ.87-88

13. M.Olson, ό.π., σ.59-62

14. M.Olson, ό.π., σ.86

εθελοντικός τομέας είναι ανεπαρκείς μηχανισμοί κατανομής των πόρων. Ομως ακόμα και αν ικανοποιούνταν το κριτήριο της αποδοτικότητας και πάλι θα συνέτρεχε λόγος κρατικής παρέμβασης. Και αυτό γιατί μια οικονομία που λειτουργεί τέλεια, διανέμει τα προιόντα ανάλογα με την αγοραστική ικανότητα του καταναλωτή και όχι ανάλογα με την ύπαρξη ανάγκης. Ομως το εισόδημα των ατόμων προσδιορίζεται από τους πόρους που διαθέτουν και τις τιμές που μπορούν να πετύχουν πουλώντας τους. Από τη στιγμή που η αρχική κατανομή της ιδιοκτησίας των πόρων είναι άνιση και πολλές φορές τίθενται περιορισμοί σε ορισμένες αγορές παραγωγικών συντελεστών, οι αγοραίες διαδικασίες δεν μπορούν να πετύχουν ίση διανομή του εισοδήματος. Ενα αποδοτικό σύστημα αγοραίας κατανομής των πόρων είναι συμβατό με έναν αριθμό διαφορετικών διανομών του οφέλους που απολαμβάνουν τα μέλη της κοινωνίας, πολλοί από τους οποίους μπορεί να είναι άνισοι.15

Ωστόσο αρκετοί υποστηρικτές της κρατικής παρέμβασης σημειώνουν ότι προβλήματα αποδοτικότητας εμφανίζονται και εκεί όπου η κρατική παρουσία είναι ενεργή. Στην άμεση παροχή υπηρεσιών, ενώ ίσως η κρατική παρέμβαση βελτιώνει την ισότητα, πολλές φορές υποσκάπτει την αποδοτικότητα γιατί μπορεί να μην ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις των καταναλωτών ή λόγω της έλλειψης ανταγωνισμού δεν εξασφαλίζεται πάντα ότι το ατομικό κόστος συγκρατείται στο ελάχιστο δυνατό επίπεδο. Οι ρυθμιστικές παρεμβάσεις του κράτους όπως έλεγχοι τιμών, μισθών, ενοικίων κλπ και η επιβολή ανώτατων ή κατώτατων ορίων, διαφορετικών από την αγοραία τους διαμόρφωση, οδηγούν σε ανισορροπίες.16 Επίσης εμφανίζονται καταστάσεις υπερδιόγκωσης της γραφειοκρατίας με συνέπεια την αύξηση του κόστους και την απουσία κινήτρων.17 Στις διαπιστώσεις αυτές στηρίχθηκε η κριτική που άσκησε η Νέα Δεξιά στο κράτος πρόνοιας κατά τη δεκαετία του 1980 και πρότεινε μια εκτεταμένη στρατηγική ιδιωτικοποιήσεων. Μια δεύτερη πρόταση πιο ρεαλιστική ίσως, ήταν η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο δημόσιο τομέα και η δημιουργία των "οιωνεί ή εσωτερικών αγορών" και του "διευθυνόμενου ανταγωνισμού" (quasi or internal markets, managed competition).18

Από την παραπάνω παρουσίαση η βασική διαπίστωση είναι ότι μόνο με βάση το κριτήριο της αποδοτικότητας, δεν μπορεί να υποστηριχθεί με αδιαμφισβήτητο τρόπο η αποκλειστική υπεροχή του κράτους ή της αγοράς. Αυτό οδηγεί σε ένα πρώτο επίπεδο στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των δυιστικών προσεγγίσεων που στηρίζονται σε σαφείς διαχωρισμούς των επιμέρους στοιχείων (δημόσιο, ιδιωτικό, εθελοντικό), τα οποία χαρακτηρίζονται από τις δικές τους οργανωτικές δομές. Οι προσσεγίσεις αυτές απορρίπτουν μια ολική

---

15. J.Le Grand, R.Robinson 1984, ό.π., σ.26,266, M.Knapp 1984, ό.π., σ.96, J.Stiglitz 1992, ό.π., σ.117

16. J.Le Grand, R.Robinson 1984, ό.π., σ.268-269

17. H.Glennester, 1992, ό.π., σ.33-38

18. Αυτές οι προτάσεις αναλύονται εκτενέστερα παρακάτω.

προσέγγιση η οποία να επικεντρώνει στο πώς τα μέρη αλληλοεπηρεάζονται όχι ως ξεχωριστές οντότητες αλλά ως μια ενοποιημένη διαδικασία μέσα σε συγκεκριμένα θεσμικά πλαίσια.19

Σε ένα δεύτερο επίπεδο θα μπορούσε να οδηγήσει στην τροποποίηση της σύλληψης του κριτηρίου της αποδοτικότητας.20 Στον εμπορευματικό τομέα, το χρηματικό κόστος παρέχει τον κοινό παρονομαστή για την μέτρηση της απόδοσης. Στον δημόσιο τομέα όμως απαιτήται η διεύρυνση του κριτηρίου έτσι ώστε να είναι χρησιμοποιήσιμο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων όπου εμπλέκονται και παράγοντες που δεν είναι άμεσα μετρήσιμοι σε χρηματικούς όρους. Αυτό προυποθέτει τον σαφή καθορισμό συγκεκριμένων στόχων και την κατασκευή δεικτών που να μετρούν το βαθμό επίτευξης των στόχων.21 Ομως και πάλι εμφανίζονται μια σειρά προβλημάτων. Πώς μπορεί να γίνει η διάκριση μεταξύ της απόδοσης ενός οργανισμού με βάση το παραγώμενο προιόν (output) και της επίπτωσης (έκβαση) που έχει η λειτουργία του οργανισμού (outcome); Πώς μπορεί να μετρηθεί για παράδειγμα η ποιότητα ζωής και το κατά πόσο αυτή έχει βελτιωθεί λόγω της παροχής κάποιας υπηρεσίας υγείας;22 Ακόμα πώς είναι δυνατόν να βρεθεί ένας κοινός δείκτης αποδοτικότητας διαφορετικών οργανισμών π.χ. σχολείων, νοσοκομείων κλπ., με διαφορετικούς στόχους και οι οποίοι απευθύνονται σε διαφορετικούς καταναλωτές π.χ. υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στον μεμονομένο ασθενή ή στη κοινότητα ως σύνολο.23

Τέλος σε ένα τρίτο και πιο ουσιαστικό επίπεδο,οδηγούμαστε στην αμφισβήτηση της πρωτοκαθεδρίας και της αποκλειστικότητας των οικονομικών κινήτρων και της οικονομικής ανάλυσης ως μοναδικών ερμηνευτικών παραγόντων της διαδικασίας των πολιτικών και κοινωνικών επιλογών στις δημοκρατικές κοινωνίες. Προς αυτή τη κατεύθυνση θα στραφούμε τώρα.

---

19. M.Rein, "The social structure of institutions: neither public nor private", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), "Privatization and the welfare state", 1989, σ.49-71, B.Hindess, "Freedom, equality and the market. Arguments on social policy", 1987, σ.154

20. Βλ. για παράδειγμα Δ.Γράβαρης,"Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής στη νεοκλασική οικονομική θεωρία", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα,"Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.27-42, όπου υποστηρίζεται ότι παρά τον καθαρά οικονομικό χαρακτήρα των εννοιών στις οποίες στηρίζεται η νεοκλασική οικονομική θεωρία,είναι δυνατό να θεμελιωθεί η κρατική παρέμβαση μέσω μιας κριτικής ανασκευής των καθαρά οικονομικών εννοιών..

21. H.Simon, "The criterion of efficiency", ό.π., σ.37-42, N.Flynn, "Public sector management", 1993, σ.109-125

22. T.Cutler, B.Waine, "Managing the welfare state. The politics of public sector management", 1994, σ.34-36

23. T.Cutler, B.Waine, 1994, ό.π., σ.47

2.ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Η επίθεση ενάντια στο κράτος πρόνοιας τόσο από την "Παλαιά" όσο και από τη "Νέα Δεξιά", βασίστηκε κυρίως σε οικονομικά επιχειρήματα που υποστηρίζουν την αδυναμία εξεύρεσης τρόπων για κατανομή των δημόσιων αγαθών, διαχείριση των κρατικών βιομηχανιών, επίτευξη συλλογικών κοινωνικών στόχων και δημοκρατική διακυβέρνηση, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ένα γενικά αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ευημερίας. Κύριο εργαλείο αυτής της αμφισβήτησης στάθηκαν οι οικονομικές θεωρίες περί πολιτικής όπως οι θεωρίες της δημόσιας επιλογής (public choise theory) και της κοινωνικής επιλογής (social choise theory), οι οποίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη πολιτική συμπεριφορά με βάση οικονομικές κατηγορίες.

Βασική θέση της θεωρίας της δημόσιας επιλογής είναι ότι τα άτομα στην πολιτική τους δραστηριότητα όπως και στην οικονομική τους, δρούν ορθολογικά με σκοπό τη μεγιστοποίηση του εισοδήματός τους και της ικανοποίησής τους. Συνεπώς το μοναδικό κίνητρο κάθε συμπεριφοράς είναι το οικονομικό. Σε κάθε ενέργειά τους τα άτομα και οι ομάδες λειτουργούν ορθολογικά επιδιώκοντας την μεγιστοποίηση της ωφέλειάς τους με το λιγότερο δυνατό κόστος. Κατασκευάζεται έτσι το μοντέλο του ορθολογικά και προς ιδίον συμφέρον συμπεριφερόμενου πολίτη-ψηφοφόρου. Οπως στην οικονομική αγορά έτσι και στην πολιτική αγορά οι σχέσεις μεταξύ των δρώντων υποκειμένων ρυθμίζονται από την ανταλλαγή και τον ανταγωνισμό. Τα κόμματα λειτουργούν με βάση τις αρχές της ανταλλαγής των εμπορευμάτων και του ανταγωνισμού προσφέροντας προγράμματα και προσδοκώντας να προσελκύσουν ψήφους. Τα κόμματα δηλαδή μοιάζουν με τους επιχειρηματίες που αποσκοπούν στο κέρδος. Τα μέλη των κομμάτων κινητοποιούνται από τις προσωπικές τους επιθυμίες για εισόδημα, γόητρο και εξουσία, οι οποίες εκπληρώνονται όταν το κόμμα τους κερδίσει τις εκλογές. Ατομα, ομάδες, επιχειρήσεις, πολιτικοί και γραφειοκράτες ενεργούν ορθολογικά για να αποκομίσουν τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη από την διακυβέρνηση και να υποστούν το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Συνεπώς το δημοκρατικό σύστημα διακυβέρνησης έχει ενδογενείς τάσεις προς τη διόγκωση της κυβέρνησης και την επέκταση των προυπολογισμών. Αυτή η διόγκωση των δαπανών οφείλεται στην επιδίωξη του ατομικού συμφέροντος από τους ψηφοφόρους,τους πολιτικούς και τους γραφειοκράτες.24

Με βάση αυτό το σκεπτικό ερμηνεύεται και η δημιουργία ελλειμμάτων στους κρατικούς προυπολογισμούς των δυτικών δημοκρατιών τη δεκαετία του 1980. Οι κυβερνήσεις δημιουργούν ελλείμματα στον προυπολογισμό για να ανταποκριθούν στις πιέσεις που υφίστανται από τους ψηφοφόρους και τις ομάδες συμφερόντων με συνέπεια την υπερδιόγκωση της κυβέρνησης και την αύξηση του πληθωρισμού λόγω του δημόσιου χρέους. Τα ελλείμματα αυξάνονται γιατί οι πολιτικοί

---

24. J.Buchanan, R.Tollison, "Theory of public choise. Political applications of economics", 1972, A.Downs, "Οικονομική θεωρία της δημοκρατίας", 1990

βρίσκουν ότι αυτό ανταποκρίνεται στα συμφέροντά τους αφού μειόνοντας τους φόρους και αυξάνοντας τις δαπάνες, ταυτόχρονα αυξάνουν τις πιθανότητες της πολιτικής τους επιβίωσης λόγω του ότι με αυτό το τρόπο δημιουργούν την ψευδαίσθηση ότι μοιράζουν περισσότερο πλούτο με λιγότερο κόστος.25

Η θεωρία της κοινωνικής επιλογής εξετάζει τη δυνατότητα διαμόρφωσης μιας διαδικασίας έτσι ώστε να γίνει δυνατή η μετάβαση από τις ατομικές προτιμήσεις σε ένα μοντέλο κοινωνικής λήψης αποφάσεων. Το συμπέρασμα της ανάλυσης που βασίζεται σε λογικές μαθηματικές μεθόδους, είναι ότι είναι αδύνατο να εξαχθούν οι συλλογικές κοινωνικές προτιμήσεις από τις επιμέρους ατομικές προτιμήσεις. Συνεπώς είναι αδύνατη η ανακάλυψη των προτιμητέων δημόσιων πολιτικών και η επίτευξη ενός κοινωνικού μέγιστου ευημερίας που να προκύπτει από τις ατομικές επιθυμίες.26 Αυτό δηλαδή που τονίζεται είναι η δυσκολία απόφασης για την επιλογή και την εφαρμογή μεταξύ εναλλακτικών δημόσιων και κατ'επέκταση κοινωνικών πολιτικών.

Το ερώτημα που τίθεται είναι το κατά πόσο η συμπεριφορά των ατόμων προσδιορίζεται αποκλειστικά και μόνο από οικονομικά κίνητρα που αποβλέπουν στην επίτευξη του ατομικού συμφέροντος στη βάση των διαδικασιών ανταλλαγής που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια μιας πολιτικής αγοράς. Μια σειρά ενστάσεων μπορούν να εμφανιστούν σε αυτό το σημείο. Η δημόσια συμπεριφορά δεν είναι πάντα ιδιοτελής και εγωιστική αλλά μπορεί να πηγάζει και από αισθήματα αλληλοβοήθειας π.χ. ένα άτομο να είναι υπέρ της αύξησης των συντάξεων αν και το ίδιο δεν δικαιούται σύνταξης. Η ανάμιξή του στα κοινά μπορεί να υποκινήται και από κίνητρα αφιλοκερδή και ανυστερόβουλα π.χ. πίστη στις αρχές της δικαιοσύνης και της ίσης μεταχείρισης. Επίσης πολλές φορές εγωιστικοί στόχοι υποκινούν αλτρουιστικές συμπεριφορές όπως π.χ. η δημιουργία οικογένειας και οι δεσμοί που αναπτύσσονται σε αυτή. Συνεπώς μπορεί να υποστηρίξει κάποιος ότι υπάρχει μια ποικιλομορφία ως προς τις σχέσεις μεταξύ εγωιστικών και αλτρουιστικών κινήτρων και συμπεριφορών και δεν μπορεί να υπάρξη σαφής διαχωρισμός μεταξύ τους. Κανένα μοντέλο που βασίζεται σε μονιστικές προσεγγίσεις δεν μπορεί να αναπαραστήσει ικανοποιητικά την πληθώρα και την διαφορετικότητα των κινήτρων που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά ατόμων, ομάδων, επιχειρήσεων και κυβερνήσεων.27 Έτσι για παράδειγμα οι πολιτικοί μπορεί να υποκινούνται όχι μόνο από την

---

25. Βλ. για παράδειγμα το συλλογικό τόμο J.Buchanan, C.Rowley, R.Tollison, (eds.), "Deficits", 1987 όπου με βάση τη θεωρία της δημόσιας επιλογής ερμηνεύετει η αύξηση των δημόσιων ελλειμμάτων στις ΗΠΑ.

26. K.Arrow, "Social choise and individual values", 1963, J.Bonner, "Politics,economics and welfare. An elementary introduction to social choise", 1986

27. H.Stretton, L.Orchard, "Public goods, public enterprise, public choise", 1994, σ.3-7

αναζήτηση εισοδήματος, κύρους και εξουσίας αλλά και από την επιθυμία επίτευξης του κοινού καλού. Ο στόχος των γραφειοκρατών για μεγιστοποίηση του μεριδίου που λαμβάνουν από τον προυπολογισμό δεν συνδέεται απαραίτητα και με την επιδίωξη υλοποίησης ατομικών σκοπών αλλά μπορεί να σχετίζεται και με τη δυνατότητα να επιτελέσουν σωστά το έργο τους.28

Ενα δεύτερο σημείο κριτικής αφορά τη σχέση μεταξύ αγοραίων και θεσμικών διακανονισμών. Είναι ορθό να θεωρούμε αυτές τις δύο μορφές διακανονισμού ως διακριτές εναλλακτικές και αλληλοαποκλειώμενες προτάσεις; Και οι αγορές συνιστούν ένα θεσμό διευθέτησης των αντικρουόμενων συμφερόντων ο οποίος για να λειτουργήσει χρειάζεται οργάνωση και διαχείριση και μπορεί και αυτός να εμφανίσει προβλήματα αποδοτικότητας όπως και οι άλλοι θεσμοί. Οπως το κράτος και οι δημόσιες επιχειρήσεις έτσι και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις αποτελούν μια πολύπλοκη οργάνωση που βασίζονται σε συγκεκριμένες μορφές κατανομής της εργασίας. Κάθε θεσμική παρέμβαση δεν αντίκειται στη λειτουργία της αγοράς αφού το ίδιο το θεσμικό πλαίσιο είναι αυτό που συνιστά την αγορά. Το ζητούμενο δεν είναι η αντικατάσταση της αγοράς από το κράτος ή το αντίστροφο αλλά η εξεύρεση εκείνου του σημείου όπου η παροχή αγαθών και υπηρεσιών από την αγορά θα συνδυαστεί με την κατάλληλη κρατική παρέμβαση έτσι ώστε να επιτευχθεί η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των αναγκών του καταναλωτή.29

Τέλος, οι σχέσεις μεταξύ των κύριων πολιτικών παραγόντων στις δυτικές κοινοβουλευτικές δημοκρατίες δεν είναι σχέσεις ανταλλαγής ή τουλάχιστον δεν είναι μόνο σχέσεις ανταλλαγής που λαμβάνουν χώρα στην αγορά. Παρεμβαίνουν και άλλες μορφές σχέσεων όπως εξουσίας, δικαιοδοσίας και εκπροσώπισης. Η ανταλλαγή των ιδεών που σχετίζεται με την προσπάθεια πειθούς στο πολιτικό επίπεδο είναι κάτι διαφορετικό από την ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών. Η βασική διαφορά είναι ότι στη διαδικασία της πειθούς οι άνθρωποι προσπαθούν να αλλάξουν και όχι να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των άλλων ατόμων.30

Οι παραπάνω επισημάνσεις μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το οικονομικό κίνητρο αποτελεί ένα από τα διάφορα είδη κινήτρων που προσδιορίζουν την κοινωνική συμπεριφορά. Εξίσου σημαντικά είναι

---

28. L.Udehn, "The limits of public choise. A sociological critique of the economic theory of politics", 1996, σ.60-93

29. C.Harris, "The state and the market", στο P.Brown, R.Sparks, (eds.), "Beyond Thatcherism. Social policy, politics and society", 1989, σ.4-16, M.Rein, "The social structure of institutions: neither public nor private", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), "Privatization and the welfare state", 1989, σ.49-71, M.O'Higgins, "Social welfare and privatization: the British experience", στο S.Kamerman, A.Kahn 1989, ό.π., σ.157-177, H.Streton, L.Orchard, 1994, ό.π., σ.8-15

30. L.Udehn, 1996, ό.π., σ.115-164

και τα κοινωνικο-πολιτικά κίνητρα έτσι όπως εκφράζονται μέσα από τις αξίες και τις ανάγκες που ενσταλλάζει στα μέλη της η κάθε κοινωνία καθώς και μέσα από την κουλτούρα και τους θεσμούς που διαμορφώνουν αυτά τα κίνητρα.

3.Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ-ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ : Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Ενώ η οικονομική θεωρία και το κριτήριο της αποδοτικότητας δίνουν έμφαση στην τεχνική διάσταση της κρατικής παρέμβασης, η θεωρία των κοινωνικών δικαιωμάτων τονίζει το κοινωνικό στοιχείο της κοινωνικής πολιτικής. Η κοινωνική προστασία εμφανίζεται ως ένα δικαίωμα που απορρέει από την ιδιότητα του "πολίτη" που κατέχει το άτομο ως μέλος της κοινότητας. Στα πλαίσια αυτά η κοινωνική δικαιοσύνη δεν έχει τόσο την έννοια της ικανοποίησης των αναγκών αυτών καθ'αυτών, αλλά συνίσταται στην προστασία της θέσης των ατόμων ως πλήρη μέλη της κοινότητας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στις θέσεις που ανέπτυξε ο T.Marshall στο κλασσικό του κείμενο "Citizenship and social class".31

Για τον Marshall, τα δικαιώματα του πολίτη συνίστανται από τρία στοιχεία που το ένα συμπληρώνει το άλλο: τα αστικά, τα πολιτικά και τα κοινωνικά δικαιώματα. Τα αστικά δικαιώματα περιλαμβάνουν τα δικαιώματα που είναι αναγκαία για την ελευθερία του ατόμου, όπως προσωπική ελευθερία, ελευθερία του λόγου και της σκέψης, ελευθερία στην ιδιοκτησία και ισότητα έναντι του νόμου. Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών γίνεται μέσω των δικαστηρίων. Τα πολιτικά δικαιώματα αναφέρονται στο δικαίωμα συμμετοχής στην άσκηση της πολιτικής εξουσίας και στη διαδικασία του εκλέγειν και εκλέγεσθαι. Οι βασικοί θεσμοί εδώ είναι το κοινοβούλιο και τα δημοτικά συμβούλια. Τέλος τα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνουν το εύρος των δικαιωμάτων που εκτείνεται από το δικαίωμα κατοχύρωσης ενός ελάχιστου επιπέδου οικονομικής ευημερίας και ασφάλειας μέχρι το δικαίωμα να απολαμβάνει το άτομο την κοινωνική κληρονομιά και να ζεί σύμφωνα με τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα διαβίωσης. Οι θεσμοί που σχετίζονται με αυτά τα δικαιώματα είναι το εκπαιδευτικό σύστημα και οι κοινωνικές υπηρεσίες.32

Την ανάπτυξη των παραπάνω δικαιωμάτων ο Marshall τη συνέδεσε με την εμφάνιση των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής και τον καταμερισμό της εργασίας στα πλαίσια του σύγχρονου εθνικού κράτους. Έτσι έλαβε χώρα μια διπλή διαδικασία διάκρισης και συγχώνευσης ταυτόχρονα. Στα πρώτα στάδια, τα τρία στοιχεία που συνιστούν τα δικαιώματα του πολίτη, αποτελούσαν ένα μη διακριτό μείγμα. Η εμφάνιση όμως του καπιταλισμού και των ταξικών σχέσεων μετασχημάτισε τη σχέση ατόμου, κοινωνίας και κράτους και οδήγησε στον αποχωρισμό τους. Αυτό είχε ως συνέπεια και την διάκριση των

---

31. T.H.Marshall, "Class,citizenship and social development", 1965, σ.71-134

32. T.H.Marshall, 1965, ό.π., σ.78-79

δικαιωμάτων μεταξύ τους έτσι ώστε να μπορεί να προσδιορίσει κάποιος τη διαδικασία σχηματισμού των δικαιωμάτων, σε τρεις φάσεις: στο 18ο αιώνα σχηματίστηκαν τα αστικά δικαιώματα, στο 19ο αιώνα τα πολιτικά και στον 20ο αιώνα τα κοινωνικά. Αυτές οι τρεις φάσεις αποτελούν τμήμα μιας διαλεκτικής διαδικασίας μέσω της οποίας τα δικαιώματα μετασχηματίστηκαν από προνόμια των λίγων στα πλαίσια της ιεραρχικής φεουδαλικής δομής, σε καθολικά δικαιώματα στα πλαίσια των σύγχρονων εξισωτικών κοινωνιών. Από την άλλη μεριά η δημιουργία του εθνικού κράτους παρείχε την διοικητική υποδομή και την κοινή πολιτιστική ταυτότητα η οποία ήταν απαραίτητη για τη διαμόρφωση της έννοιας του πολίτη στη βάση κοινών νομικών,κοινωνικών,πολιτικών και οικονομικών νορμών. Τα δικαιώματα του πολίτη επομένως έπαιξαν το ρόλο συντονιστή των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και μεταξύ κράτους και κοινωνίας.33

Στο σημείο αυτό τίθεται το πρόβλημα του συμβιβασμού δύο αντίθετων αρχών. Από τη μια,η ταξική δομή αποτελεί ένα σύστημα ανισοτήτων. Από την άλλη, τα δικαιώματα του πολίτη βασίζονται στην αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Πώς αυτά τα δύο συμβιβάζονται; Για τον Marshall οι σύγχρονες βιομηχανικές δημοκρατικές κοινωνίες αποτελούν ένα μοναδικό ιστορικό γεγονός στην προσπάθεια διατήρησης ενός συστήματος αντικρουόμενων αξιών. Η αντίθεση μεταξύ ισότητας και ανισότητας δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η μια πρέπει να επικρατήσει έναντι της άλλης ή ότι θα οδηγήσει στην αποδιάρθρωση του κοινωνικού οικοδομήματος. Οι αντιφάσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως σταθεροποιητικός παράγοντας μέσω ενός συμβιβασμού των αλληλοσυγκρουόμενων τάσεων.34

Υπό το πρίσμα των σύγχρονων εξελίξεων,οι υποθέσεις στις οποίες βασίστηκε η θεωρία του Marshall, έχουν υποστεί μια σειρά κριτικών από σύγχρονους μελετητές. Η κριτική επικεντρώνεται σε τρία κυρίως σημεία: την ταξική δομή, το κράτος-έθνος και την αποτυχία του κράτους πρόνοιας να επιτύχει την επίτευξη της καθολικότητας των δικαιωμάτων του πολίτης. Ειδικότερα, η έννοια της τάξης έχει καταστεί ανεπαρκής στο να εξηγήσει μια σειρά μετασχηματισμών που έλαβαν χώρα όπως οι αλλαγές στη δομή της εργασίας και της απασχόλησης με την εμφάνιση της μεταφορντικής ευέλικτης εξειδίκευσης, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η εμφάνιση νέων κοινωνικών κινημάτων κλπ. Αντί της τάξης, οι εθνικές, θρησκευτικές, τοπικές, περιφερειακές, εθνολογικές, φυλετικές ταυτότητες, αποκτούν μεγαλύτερη σημασία. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει εξάλειψη των ανισοτήτων, του κοινωνικού καταμερισμού και των συγκρούσεων αλλά τον μετασχηματισμό τους.35 Η οικονομική εξάρτηση δεν έχει πλέον την αποκλειστικότητα αλλά αυξάνεται η σημασία της πολιτιστικής διάστασης και του τρόπου ζωής όπου τα άτομα χαρακτηρίζονται όχι τόσο από τη θέση τους στην παραγωγή

---

33. T.H.Marshall, 1965, ό.π., σ.79-91

34. T.H.Marshall, 1965, ό.π., σ.92-105

35. J.Pakulski, M.Waters, "The death of class", 1996, σ.149-152

αλλά από την θέση τους στην κατανάλωση.36 Υποστηρίζεται επομένως ότι τόσο η θεωρία όσο και η στρατηγική, ακόμα και της αριστεράς, πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη της το τί συμβαίνει στις πολιτικές κατανάλωσης, αφού οι διαδικασίες διαχείρισης της κατανάλωσης ανοίγουν το δρόμο για τη διατήρηση ή τη κατασκευή πολιτικών πλειοψηφιών και συμβάλλουν στην περιθωριοποίηση των αδύναμων ομάδων. Επίσης η διαχείριση της κατανάλωσης δημιουργεί ενδεχομένως κοινότητες συμφερόντων ικανών να διαμορφώσουν τη βάση για συλλογική δράση. Δηλαδή η διαχείριση της κατανάλωσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αναπαραγωγή των κοινωνικών σχέσεων και οδηγεί στην διαφοροποίηση των κοινωνικών ομάδων.37

Η μεταβολή της έμφασης από την παραγωγή στην κατανάλωση και από το οικονομικό στο πολιτιστικό στοιχείο, συνδέεται με τις θεωρίες για τη για τη κοινωνία των 2/3 και τη διαμόρφωση μιας "υποτάξης" η οποία αποτελείται από μερικές ομάδες φτωχών που είναι αποκομμένες τόσο από τις αξίες και τους κανόνες συμπεριφοράς της υπόλοιπης κοινωνίας όσο και από την αγορά εργασίας καθώς και το σύστημα κοινωνικής προστασίας. Το πρόβλημα που προκύπτει με αυτή τη προσέγγιση είναι κατά πόσο η διαμόρφωση μιας υποτάξης είναι αποτέλεσμα καθαρά πολιτισμικό, όπως υποστηρίζει η δεξιά προσέγγιση,που οφείλεται στην διαφορετική αξιολόγηση θεσμών όπως η εργασία και η οικογένεια ή δομικό, όπως υποστηρίζει η αριστερά και οφείλεται στις οικονομικές και κοινωνικές διαδικασίες αποκλεισμού. Κατ'επέκταση τίθεται το ζήτημα των τύπων βοήθειας προς αυτές της ομάδες και το κατά πόσο στηρίζονται σε επίσημες οργανωμένες θεσμοποιημένες μορφές που πηγάζουν από έννομα κατοχυρωμένα δικαιώματα ή σε μη θεσμοποιημένες σχέσεις αρωγής.38

---

36. A.Giddens, 1994, ό.π., σ.143-144

37. M.Harrison, "Welfare state struggles, consuption and the politics of rights", στο Capital and Class, no 42, Winter 1990, σ.107-130

38. Για μια σύντομη παρουσίαση της συζήτησης αυτής βλ. P.Taylor-Gooby "Social change, social welfare and social science", 1991, σ.40-45 L.Camplong, "Pauvrete et exclusion", 1995, P.Glotz, "Μανιφέστο για μια νέα Ευρωπαική αριστερά", 1986, σ.36-42 και A.Giddens 1994, ό.π., σ.144-148. Επίσης το βιβλίο του J.K.Galbraith, "Η κοινωνία της ικανοποίησης", 1993, σ.39-53, ο οποίος αποδέχεται την ύπαρξη μιας υποτάξης στις ΗΠΑ και υποστηρίζει ότι αυτή η υποτάξη αποτελεί λειτουργικό στοιχείο των σύγχρονων κοινωνιών αφού οι φτωχοί είναι αναγκαίοι για να κάνουν τις εργασίες που θεωρούνται δυσάρεστες, ανιαρές ή κοπιαστικές και δεν τις κάνουν οι εύποροι και προνομιούχοι. Ο Gorz συμφωνόντας με αυτή τη θέση, κάνει λόγο για τη γέννηση μιας νέας τάξης υπηρετών όπου η κοινωνική και οικονομική ανισότητα μεταξύ εκείνων που παρέχουν υπηρεσίες και εκείνων που τις αγοράζουν, αναδεικνύεται σε μοχλό αύξησης της απασχόλησης. Βλ. A.Gorz, "Πώς γεννιέται μια νέα τάξη υπηρετών", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία. Η εποχή της παγκοσμιότητας", τεύχος 3, 1993, σ.48-52. Για τον J.Rodger η βασική μορφή αποκλεισμού προσδιορίζεται από τις επιλογές δημόσιας και κοινωνικής πολιτικής

Από τη σκοπιά που μας ενδιαφέρει εδώ, η κριτική στον Marshall στη βάση της χρησιμοποίησης εκ μέρους του της αναλυτικής κατηγορίας της τάξης, δεν έχει τη βαρύτητα που εκ πρώτης όψεως φαίνεται να έχει. Και αυτό γιατί ο Marshall όπως και ο ίδιος τονίζει, δεν εξέτασε το πώς η ταξική δομή επέδρασε στη διαμόρφωση των δικαιωμάτων του πολίτη, αλλά το πώς η διαμόρφωση αυτών των δικαιωμάτων επέδρασε στην ταξική δομή και τις ανισότητες. Αυτό που τον ενδιέφερε δεν ήταν η ταξική σύγκρουση αυτή καθαυτή αλλά η ύπαρξη ακριβώς του στοιχείου της σύγκρουσης και του διαχωρισμού μεταξύ κοινωνικών ομάδων. Το κριτήριο αυτού του διαχωρισμού μπορεί να ποικίλει από κοινωνία σε κοινωνία και μπορεί να πάρει τόσο ταξική διάσταση όσο και εθνολογική,φυλετική κλπ.

Η παγκοσμιοποίηση σχετίζεται όχι μόνο με το οικονομικό σύστημα αλλά και με το μετασχηματισμό του χώρου. Στα πλαίσια αυτά το εθνικό κράτος βρίσκεται ανάμεσα στις πιέσεις δύο αντικρουόμενων διαδικασιών. Η μια δίνει έμφαση στην μεγαλύτερη ετερογένεια στο τοπικό και περιφερειακό επίπεδο ενώ η άλλη επικεντρώνει στη μεγαλύτερη αλληλοεξάρτηση στο διεθνές επίπεδο. Το αποτέλεσμα είναι η αποδιάρθρωση της σχετικά ομοιογενούς εθνικής πολιτιστικής ταυτότητας η οποία προσδιόριζε την έννοια του πολίτη ως μια συγκεκριμένη κατάσταση.39

Ενα τρίτο σημείο κριτικής είναι ότι τελικά το κράτος πρόνοιας δεν ενθάρρυνε στον βαθμό που αναμένονταν την διάσταση του ατόμου ως πολίτη και δεν συνέβαλλε στην κατανόηση των δικαιωμάτων και των ευθυνών που σχετίζονται με αυτή τη διάσταση, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται ένα χάσμα μεταξύ του ατομικού και του πολιτικού εαυτού, με την έμφαση να δίνεται στον πρώτο. Ετσι ενώ οι προσωπικές ευθύνες είναι υψηλές, η θέση του ατόμου ως πολίτης βρίσκεται στο ελάχιστο. Αυτό στην πράξη σημαίνει ανεπαρκή

που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις για την επίτευξη ή όχι της πλήρους απασχόλησης. Οι καρποί της απασχόλησης όπως η πρόσβαση σε διάφορες μορφές επιδομάτων, συνιστά τη παράγωγη μορφή αποκλεισμού. Η επικέντρωση στην κοινωνική αντίδραση ως προς τη συμπεριφορά, τις στάσεις και τις αξίες των περιθωριοποιημένων φτωχών, συνιστά τη σφαίρα του εξαρτημένου αποκλεισμού όπου η κοινωνική αντίδραση διογκώνει τη περιθωριακή θέση αυτών των ομάδων. Βλ. J.Rodger, "The welfare state and social closure: social division and the underclass", στο Critical Social Policy, issue 35, vol.12, no 2, Autumn 1992, σ.45-63. Για μια σύντομη παρουσίαση στα ελληνικά βλ. Β.Γεωργιάδου, "Νέα ένδεια και αρωγή. Συρρίκνωση της αγοράς εργασίας και κοινωνικές πολιτικές", 1992, Β.Γεωργιάδου, "Το στοιχείο της αρωγής στη νέα κοινωνική πολιτική. Μια κριτική παρουσίαση του πρωτογενούς συστήματος ασφάλειας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.43-49

39. R.Bellamy, "Citizenship and rights", στο R.Bellamy, (ed.), "Theories and concepts of politics. An introduction", 1993, σ.60

συμμετοχή στην πολιτική διαδικασία και χαμηλή χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.40 Τέτοιες ομάδες ατόμων που υφίστανται διαδικασίες αποκλεισμού, αποτελούν οι γυναίκες, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι εθνικές μειονότητες.41 Επομένως η επιτυχία του κράτους πρόνοιας στη διατήρηση της κοινωνικής ειρήνης δεν στηρίχθηκε στην εξασφάλιση των δικαιωμάτων του πολίτη αλλά στην ικανότητα του καπιταλιστικού συστήματος, να διατηρήσει την οικονομική ανάπτυξη για 30 χρόνια. Η κοινωνική συναίνεση δεν είχε κανονιστικό χαρακτήρα με την έννοια ότι δεν στηρίχθηκε σε κοινές αξίες και δικαιώματα, αλλά λειτούργησε ως μέσο διαχείρισης της πολιτικής εξουσίας. Οι θεσμοί κοινωνικής ανακωχής ήταν επισφαλείς και αντικρουόμενοι όπως ήταν και οι μηχανισμοί οικονομικής ανάπτυξης στους οποίους στηρίχθηκαν. Οταν η ανάπτυξη δεν ήταν δυνατή, οι θεσμοί αυτοί απέτυχαν. Τα κοινωνικά δικαιώματα δεν ήταν τόσο καθολικά και πραγματικά δικαιώματα για ένα αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης αλλά προσωρινές και περιστασιακές υποχρεώσεις που αποδέχτηκαν οι πολιτικοί ως απαραίτητες για τη διασφάλιση της συναίνεσης.42 Εμφανίζεται επομένως επιτακτική η ανάγκη για πολιτική δραστηριοποίηση και συμμετοχή στις διαδικασίες άσκησης της

---

40. S.Croft, P.Beresford, "User-involvement, citizenship and social policy", στο Critical Social Policy, issue 26, vol.9, no 2, Autumn 89, σ.5-18

41. Τα τελευταία χρόνια ασκήθηκε έντονη κριτική στο κράτος πρόνοιας ιδιαίτερα σε σχέση με τη θέση των γυναικών και των εθνικών και φυλετικών μειονοτήτων. Υποστηρίχθηκε ότι δεν επιτεύχθηκε η πλήρης επέκταση της έννοιας του πολίτη έτσι ώστε να περιλάβει και τις ομάδες αυτές. Το κράτος πρόνοιας σύμφωνα με την κριτική αυτή, βασίστηκε σε μια ρατσιστική πατριαρχική δομή. Βλ. F.Williams, "Social policy. A critical introduction. Issues of race, gender and class", 1989, S.Allen, M.Macey, "Some issues of race, ethnicity and nationalism in the New Europe: rethinking sociological paradigms" στο P.Brown, R.Crompton, (eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", 1994, σ.108-135, M.Mitchel, D.Russell, "Race, citizenship and fortress Europe", στο P.Brown, R.Crompton 1994, ό.π., σ.136-156, J.Holmwood, "Welfare and citizenship", στο R.Bellamy, (ed.), "Theories and concepts of politics. An introduction", 1993, σ.98-123, C.Hallett, (ed.), "Women and social policy. An introduction", 1996, M.Hill, 1996, ό.π., σ.268-284, F.Williams, "The welfare state as part of a racially structured and patriarchal capitalism", στο M.Loney, R.Bocock et al., 1991, ό.π., σ.306-335, H.Rose, "Women and the restructuring of the welfare state", στο E.Oyen, (ed.), "Comparing welfare states and their futures", 1986, σ.80-95. Βλ. επίσης το ειδικό τεύχος αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Η μάστιγα του κοινωνικού αποκλεισμού", 1995

42. J.Ferris, "Citizenship and the crisis of the welfare state", στο P.Bean, J.Ferris, D.Whynes, (eds.), "In defense of welfare", 1985, σ.52-53

πολιτικής εξουσίας. Χρειάζονται νέες μορφές πολιτικής οι οποίες να λαμβάνουν υπόψη τους τη διαφορετική θέση διαφόρων κοινωνικών ομάδων στα πλαίσια των δομών εξουσίας και να επιτρέπουν τη διαφορετικότητα σε όρους πολιτικής οργάνωσης, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η δημοκρατική συμμετοχή και η ενσωμάτωση όλων των κοινωνικών ομάδων.43

Τέλος υπάρχει το πρόβλημα των αξιών. Ο Marshall επικεντρώνοντας περισσότερο στην επίτευξη συγκεκριμένων αξιών παρέβλεψε τη σύγκρουση στο επίπεδο των κοινωνικών συμφερόντων μεταξύ των ομάδων.44

Οι παραπάνω κριτικές στη θεωρία των δικαιωμάτων του πολίτη οδήγησαν σε προσπάθειες τροποποίησης και αναπροσαρμογής της. Έτσι για τον D.Harris το μέλλον του κράτους πρόνοιας πρέπει να βασίζεται στις αρχές των δικαιωμάτων του πολίτη, οι οποίες θα εμποτίσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες με περισσότερες ευκαιρίες για ενεργητικότερη συμμετοχή σε πιο ευέλικτες και αποκεντρωμένες δομές στα πλαίσια των τοπικών κοινοτήτων. Με αυτό το τρόπο η θεωρία προσαρμόζεται και ανταποκρίνεται στις σύγχρονες επιταγές της διαφορετικότητας και της ποικιλομορφίας.45 Στα ίδια πλαίσια η Hewitt εκτός των παραπάνω, τονίζει και την αναγκαιότητα ενδυνάμωσης της ικανότητας των ατόμων - ικανότητας να μάθουν, να αναλάβουν υπευθυνότητες και να συμβάλλουν στις σχέσεις τους με τους άλλους στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινότητας.46 Ο Bottomore υποστηρίζει την ένταξη των δικαιωμάτων του πολίτη σε ένα ευρύτερο σώμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία κάθε άτομο θα πρέπει να κατέχει σε κάθε κοινότητα στην οποία ζεί και εργάζεται, ανεξάρτητα από εθνικότητα. Το σώμα αυτό των δικαιωμάτων αναγκαστικά θα ποικίλει μεταξύ των διαφορετικών ομάδων ανάλογα με την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη που έχουν πετύχει.47 Ο Giddens κάνει λόγο για την αναγκαιότητα διαμόρφωσης μηχανισμών και θεσμών εκδημοκρατισμού που να βασίζονται στο διάλογο και να εκτείνονται σε ένα πλήθος σημαντικών περιοχών της κοινωνικής ζωής

---

43. D.Taylor, "Citizenship and social power", στο Critical Social Policy, issue 26, vol.9, no 2, Autumn 1989, σ.19-31, P.Alcock, "Why citizenship and welfare rights offer new hope for new welfare in Britain", στο ίδιο, σ.32-43

44. R.Mishra, "Social analysis and the welfare state: Retrospect and prospect", στο E.Oyen, (ed.), "Comparing welfare states and their future", 1986, σ.23

45. D.Harris, "Justifying state welfare. The New Right versus the old left", 1987, σ.146-149.

46. P.Hewitt, "Social justice in a global economy?", στο M.Bulmer, A.Rees, (eds.), 1996, ό.π., σ.249-268

47. T.Bottomore, "Citizenship and social class, forty years on", στο T.H.Marshal, T.Bottomore, "Citizenship and social class", 1992, σ.85

τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.48 Ο Newby κάτω από το πρίσμα των αλλαγών του περιβάλλοντος που λαμβάνουν χώρα σε παγκόσμιο επίπεδο με την αλλαγή του κλίματος, τη μόλυνση και την εξάντληση των πόρων, προτείνει την επέκταση της προσέγγισης του Marshall έτσι ώστε από τη μια να συμπεριλαμβάνει τη δραστηριότητα και άλλων κοινωνικών κατηγοριοποιήσεων εκτός των τάξεων, όπως τα κοινωνικά κινήματα που σχετίζονται με το φύλο, την εθνότητα, την ηλικία,τη προστασία του περιβάλλοντος κλπ. και από την άλλη να τονίζει το διεθνικό χαρακτήρα των μέτρων που πρέπει να ληφθούν και των υποχρεώσεων που πρέπει να αναληφθούν.49

Παρά τις αδυναμίες που εμφανίζει η θεωρία των δικαιωμάτων του πολίτη, το ισχυρό στοιχείο που της προσδίδει ιδιαίτερη σημασία και το οποίο φαίνεται να παραβλέπουν αρκετοί μελετητές, είναι ότι θεμελιώνει την θέσπιση καθολικών δικαιωμάτων κοινωνικής προστασίας στο ίδιο το γεγονός της σύστασης της κοινωνίας. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί τη θεσμική αναγνώριση της κοινωνικής αλληλεγγύης. Στα πλαίσια αυτά η κρατική παρέμβαση δεν είναι αυτοσκοπός αλλά νομιμοποιήται από το γεγονός ότι αποτελεί το συλλογικό εκφραστή του κοινωνικού σε συγκεκριμένα ιστορικά πλαίσια. Η θεωρία των δικαιωμάτων του πολίτη δεν υπερασπίζεται την κρατική παρέμβαση αυτή καθ'αυτή, αλλά τον εκφραστή της συλλογικότητας του κοινωνικού. Αυτό δεν σημαίνει αποκλειστική προτεραιότητα στο κράτος αλλά υπεράσπιση οποιασδήποτε νομιμοποιημένης μορφής έκφρασης της κοινωνικής αλληλεγγύης είτε αυτή λέγεται κράτος είτε κοινότητα. Αν όπως υποστηρίζει ο Rosanvallon, το βασικό πρόβλημα για το κράτος πρόνοιας σήμερα είναι φιλοσοφικής τάξης λόγω της αποσύνθεσης των οργανωτικών αρχών της αλληλεγγύης και της αποτυχίας της παραδοσιακής προσέγγισης των κοινωνικών δικαιωμάτων που βασίζονταν στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, να προσφέρουν ένα ικανοποιητικό πλαίσιο προσέγγισης των μορφών αποκλεισμού,50 τότε χρειάζεται η νοητική και ηθική επαναθεμελίωση του κράτους πρόνοιας και γίνεται αναγκαία μια προσέγγιση περισσότερο πολιτική. Η πρόσωπο με πρόσωπο σχέση που εγκαθιδρύει το κοινωνικό συμβόλαιο μπορεί να υποκαταστήσει το αόρατο χέρι της κοινωνικής ασφάλισης.

---

48. A.Giddens, "T.H.Marshall,the state and democracy", στο M.Bulmer, A.Rees, (eds.), "Citizenship today. The contemporary relevance of T.H.Marshall", 1996, σ.65-80

49. H.Newby, "Citizenship in a green world: global commons and human stewardship", στο M.Bulmer, A.Rees, (eds.), "Citizenship today...", 1996, ό.π., σ.209-221

50. Η αλληλεγγύη βασίζονταν στον αμοιβαίο επιμερισμό των κοινωνικών κινδύνων. Σήμερα παρατηρείται ο διαχωρισμός μεταξύ της κοινωνικής ασφάλισης και της αλληλεγγύης λόγω μιας σειράς εξελίξεων όπως η δημογραφική γήρανση, η αυξανόμενη αποσύνδεση μεταξύ αυτών που συνεισφέρουν και αυτών που έχουν δικαίωμα παροχής και η αυξανόμενη γνώση των διαφορών μεταξύ των ατόμων και των ομάδων. P.Rosanvallon, "La nouvelle question sociale. Repenser l'etat providence", 1995, σ.9-10,17-45

Με βάση αυτό το σκεπτικό θα μπορούσε ίσως να υποστηριχθεί η προσπάθεια ορισμένων μελετητών να υπερασπιστούν την ύπαρξη του κράτους πρόνοιας στηριζόμενοι στη θεωρία των δικαιωμάτων του πολίτη η οποία ενσωματώνει σε φιλοσοφικό επίπεδο την Καντιανή αρχή σύμφωνα με την οποία η κοινωνική αλληλεγγύη προυποθέτει την τήρηση του σεβασμού προς τα άτομα τα οποία θα πρέπει να αποτελούν το σκοπό και όχι το μέσο. Αυτό σημαίνει την ανάγκη εξασφάλισης της αυτονομίας του ατόμου στα πλαίσια της πολιτικής νομιμοποίησης, την εξασφάλιση του ίσου σεβασμού προς όλους έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσω της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες και την επίτευξη της απελευθέρωσης μέσω της ανάπτυξης των κατάλληλων θεσμών. Η Καντιανή αρχή μπορεί να συνδυαστεί και με το Χεγγελιανό κριτήριο της δυνατότητας των κοινωνικών διευθετήσεων να προωθήσουν την χειραφέτηση του ατόμου.51

Η σημασία κατοχύρωσης του καθολικού δικαιώματος στη συλλογική κοινωνική προστασία με βάση την αρχή του ενεργού μέλους της κοινότητας, αποκτά μεγάλη βαρύτητα σε μια εποχή όπου όλο και περισσότερο διαμορφώνονται απόψεις που υποστηρίζουν ότι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα είναι υπεύθυνα τα ίδια λόγω της υιοθέτησης επιβλαβών συμπεριφορών εκ μέρους τους. Αυτή η άποψη εμφανίζεται σε εκτεταμένη μορφή στο χώρο της υγείας σε σχέση με την υιοθέτηση βλαβερών συνηθειών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών κλπ. Με βάση αυτό το σκεπτικό όπου κατηγορείται το θύμα (blaiming the victim) και δεν λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικές συνθήκες που οδηγούν σε τέτοιες συμπεριφορές, επιχειρήται η εισαγωγή περιοριστικών μέτρων στη παροχή υπηρεσιών υγείας όπως η συμμετοχή του χρήστη στο κόστος ή η εξαίρεση ορισμένων υπηρεσιών από το πακέτο παροχών.

---

51. Για τη θεμελίωση της αναγκαιότητας ύπαρξης του κράτους πρόνοιας με βάση την καντιανή αρχή βλ. P.Taylor-Gooby, 1991, ό.π., σ.187,211, J.Edwards, "Justice and the bounds of welfare", στο Journal of Social Policy, vol.17, part 2, April 1988, σ.127-152

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : Η ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

1.ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Εξετάζοντας τη πορεία εμφάνισης και ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στις δυτικές δημοκρατικές καπιταλιστικές οικονομίες, διαπιστώνουμε ότι η πορεία αυτή πέρασε από κάποια στάδια όπου η πολιτική, η οικονομία, η κοινωνία και η κοινωνική πολιτική συνδέονταν με διαφορετικό τρόπο. Ακολουθώντας το σχήμα του H.Heclo, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερεις φάσεις ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας: το στάδιο του πειραματισμού, τη περίοδο σταθεροποίησης, τη φάση της επέκτασης και τη περίοδο της αναμόρφωσης.1

Η πρώτη φάση περιλαμβάνει τη περίοδο 1870-1930 όπου εμφανίζονται μια σειρά νομοθετημάτων που αποσκοπούν στη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης σε τομείς όπως η δημόσια εκπαίδευση, η οργάνωση των νοσοκομείων κλπ., με σημαντικότερο γεγονός τη θεσμοθέτηση της κοινωνικής ασφάλισης. Το στοιχείο του πειραματισμού έγκειται στη διαμόρφωση των κοινωνικών προγραμμάτων ως προς τις αρχές στις οποίες πρέπει να στηρίζονται, το είδος των παροχών, τους δικαιούχους κλπ.2

Η περίοδος της σταθεροποίησης επεκτείνεται από το 1930 ως το 1950.3 Η κρίση του 1929 οδήγησε στη διαμόρφωση πιο σταθερών και γενικά αποδεκτών δομών κρατικών παρεμβάσεων στην κοινωνική πολιτική. Τη περίοδο αυτή υπάρχουν λιγότερες διαφωνίες ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά και τις θεμελιώδεις αξίες των κοινωνικών προγραμμάτων και ως προς τη σχέση δημόσιου/ιδιωτικού. Υπάρχει επίσης λιγότερη ποικιλία νέων προτάσεων και μεγαλύτερη αποδοχή των ήδη θεσπισμένων προγραμμάτων. Η έννοια της σταθεροποίησης έγκειται στη σύνθεση επιλεγμένων ιδεών από προηγούμενες περιόδους και στην απουσία νέων προτάσεων καθώς και στην κατάφαση της αποτελεσματικότητας του κράτους ως προς το ρόλο του κοινωνικού

---

1. H.Heclo, "Toward a new welfare state?", στο P.Flora, A.Heidenheimer, (eds.), 1984, ό.π., σ.384

2. Heclo, 1984, ό.π., σ.384-385

3. Είναι αξιοσημείωτο ότι η περίοδος σταθεροποίησης του κράτους πρόνοιας συμπίπτει με μια περίοδο έντονων οικονομικών και κοινωνικών αναταραχών μεταξύ δύο παγκόσμιων πολέμων και μιας μεγάλης οικονομικής κρίσης. Μια εξήγηση γι'αυτό είναι ότι οι περίοδοι κρίσης συνιστούν περιόδους δοκιμασίας οι οποίες επαναφέρουν στον κοινωνικό δεσμό την ουσιώδη και πρωταρχική του διάσταση οδηγώντας έτσι στην αναμόρφωση του κοινωνικού συμβολαίου. Βλ. P.Rosanvallon, "La crise de l'etat-providence", 1981, σ.28-29, P.Rosanvallon, 1995, ό.π., σ.51

διαχειριστή.4

Το στάδιο της επέκτασης περιλαμβάνει το διάστημα 1950-1970 που χαρακτηρίζεται και ως η κλασσική ή χρυσή περίοδος του κράτους πρόνοιας.5 Η κύρια τάση είναι η κάλυψη των κενών και η επέκταση των υφιστάμενων προγραμμάτων στα πλαίσια των υπαρχουσών δομών του κράτους πρόνοιας. Αυτό έγινε δυνατό χάρη στην αύξηση των κρατικών δαπανών που έλαβε χώρα σε μια περίοδο οικονομικής ανάπτυξης.6 Ηταν μια περίοδος που χαρακτηρίζονταν από μια ευρύτερη πολιτική υποστήριξη προς τη μικτή οικονομία, την οικονομική ανάπτυξη, την επίτευξη της πλήρους απασχόλησης και τον κυρίαρχο ρόλο του κράτους ως χρηματοδότη και προμηθευτή των κοινωνικών υπηρεσιών.7

Τέλος η φάση της αναμόρφωσης περιλαμβάνει τη περίοδο μετά το 1970 με την εμφάνιση μιας παρατεταμένης οικονομικής κρίσης όπου επανατίθενται ζητήματα συνταγματικής τάξης, εμφανίζονται περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και αναζητούνται εναλλακτικές λύσεις χαμηλού κόστους και ελέγχου του κόστους.8 Αναφερόμενος σε αυτή τη περίοδο ο Dumont κάνει λόγο για την ύπαρξη ενός κοινωνικού κύκλου σε αντιστοιχία με τον οικονομικό κύκλο. Η πρώτη φάση του κύκλου εντοπίζεται στο διάστημα 1974-75 όπου επικρατεί η άποψη της δυνατότητας οικονομικής και κοινωνικής ανάκαμψης μέσω της τόνωσης της ζήτησης με κευνσιανές πρακτικές. Η κρίση θεωρείται προσωρινή και επιτρέπει την επέκταση και τη βελτίωση της κοινωνικής ασφάλισης. Η δεύτερη φάση επεκτείνεται χρονικά μεταξύ 1976-80 όπου εφαρμόζονται πολιτικές οικονομικής εξυγίανσης και συγκράτησης των δαπανών. Υιοθετούνται μέτρα όπως αύξηση των εισφορών, περικοπή των παροχών, περιορισμού των κοινωνικών δικαιωμάτων κλπ. Η τρίτη φάση περιλαμβάνει τη περίοδο μετά το 1981 όπου εφαρμόζονται πολιτικές αυστηρής λιτότητας με ακόμα μεγαλύτερη μείωση των κοινωνικών δαπανών.9 Στο σχήμα αυτό

---

4. H.Heclo, 1984, ό.π., σ.390-393

5. Ο Lowe χαρακτηρίζει τη μορφή που πήρε το κράτος πρόνοιας τη περίοδο 1945-75, ως κλασσικό κράτος πρόνοιας. Βλ. R.Lowe, "The welfare state in Britain since 1945", 1993. Οι V.George, R.Page τη χαρακτηρίζουν ως χρυσή εποχή. Βλ. V.George, R.Page, "Modern thinkers on welfare", 1995, σ.7

6. H.Heclo, 1984, ό.π., σ.394-395

7. V.George, R.Page, 1995, ό.π., σ.7-8

8. Heclo, 1984, ό.π., σ.403

9. J.P.Dumont, ό.π., σ.40-41. Βλ. επίσης Π.Καμπανάς, "Θεωρία του φθίνοντος κράτους ευημερίας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.50-58, όπου γίνεται η διάκριση μεταξύ της κυκλικής φθίνουσας τάσης του κράτους πρόνοιας η οποία συνδέεται με τη γενική διαδικασία κίνησης της καπιταλιστικής οικονομίας και της διαρθρωτικής φθίνουσας τάσης του κράτους πρόνοιας η οποία

θα μπορούσαμε να προσθέσουμε και μια τέταρτη φάση που ξεκινά τη δεκαετία του 1990 και δηλώνει το τέλος της αυταπάτης των φιλελεύθερων οραμάτων και την προσπάθεια αναζήτησης ρεαλιστικότερων εναλλακτικών προτάσεων στα πλαίσια μιας ευρύτερης ρευστότητας,αβεβαιότητας και ασάφειας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνουν δύο παρατηρήσεις. Η πρώτη είναι ότι η παραπάνω περιοδολόγηση έχει περισσότερο το χαρακτήρα της περιγραφής κάποιων τάσεων παρά της αποκλειστικής αφήγησης της ιστορίας του κράτους πρόνοιας. Γι'αυτό άλλωστε και δεν έχει νόημα η σαφής διάκριση των χρονολογικών ορίων κάθε περιόδου αφού τα όρια αυτά διαφοροποιούνται ανάλογα με την σκοπιά του κάθε ερευνητή. Ο Pierson για παράδειγμα διαφοροποιείται κάπως από το σχήμα του Heclo και τοποθετεί την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας μεταξύ 1880-1914 ενώ θεωρεί τη περίοδο 1914-1940 ως τη φάση σταθεροποίησης και το διάστημα 1945-75 ως τη χρυσή εποχή του κοινωνικού κράτους. Επιπλέον τη περίοδο 1945-75 τη διακρίνει σε υποπεριόδους: αναδόμισης 1945-50, σχετικής στασιμότητας 1950-60 και μεγάλης επέκτασης 1960-75.10 Ο Alber διακρίνει πέντε φάσεις: Το προιστορικό στάδιο 1600-1880 όπου εμφανίζονται οι νόμοι για τους φτωχούς, το στάδιο της απογείωσης 1880-1914 όπου θεμελιώνεται ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, τη φάση της επέκτασης 1918-1960 όπου οι κοινωνικές υπηρεσίες ενσωματώνονται στην έννοια του πολίτη, τη φάση της επιτάχυνσης 1960-1975 με την έμφαση στην προαγωγή της ποιότητας ζωής και το στάδιο της επιβράδυνσης μετά το 1975, με την εμφάνιση νέων σχέσεων μεταξύ κρατικών,ιδιωτικών και εθελοντικών δραστηριοτήτων.11 Η δεύτερη παρατήρηση σχετίζεται με την πορεία κάθε χώρας και επισημαίνει ότι δεν σημαίνει οπωσδήποτε ότι όλες οι χώρες πέρασαν από τα ίδια στάδια την ίδια χρονική περίοδο. Αυτό φαίνεται άλλωστε από τη περίπτωση των χωρών της Νότιας Ευρώπης όπου η δεκαετία του 1980 χαρακτηρίστηκε από την άνοδο σοσιαλιστικών κυβερνήσεων σε Ισπανία, Ποστογαλία, Ελλάδα και Γαλλία και την επέκταση της κοινωνικής προστασίας τουλάχιστον κατά το πρώτο μισό της δεκαετίας, σε αντίθεση με το τί έγινε στα υπόλοιπα δυτικά κράτη.

2.ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ : ΟΙ ΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 εμφανίζεται στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες μια παρατεταμένη περίοδο οικονομικής κρίσης. Η κρίση αυτή είναι τόσο έντονη και εκφράζεται σε όλους τους τομείς της οικονομικής και κοινωνικής ζωής έτσι ώστε να γίνεται λόγος όχι μόνο για μια κρίση αλλά για πολλές: αναπτυξιακή κρίση

σχετίζεται με προσαρμογές ως επακόλουθο μεταβολών στη δομή και λειτουργία του μονοπωλιακού κεφαλαίου σε διεθνή κλίμακα.

10. C.Pierson, "Beyond the welfare state;", 1991, σ.107-140

11. J.Alber, "Cintinuities and changes in the idea of the welfare state", στο Politics and Society, vol.16, no 4, 1988, σ.451-468

με τη μείωση ή τη στασιμότητα του ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ, πληθωριστική κρίση με την αύξηση του επιπέδου των τιμών, κρίση απασχόλησης με την αύξηση της ανεργίας, δημοσιονομική κρίση με μεγάλα δημόσια ελλείμματα και ελλείμματα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και τέλος δημογραφική κρίση με την γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση των συνταξιούχων.12 Το αποτέλεσμα ήταν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας να αντιμετωπίσουν μια σειρά οικονομικών, κοινωνικών και δημογραφικών πιέσεων, γεγονός που υποδήλωνε την έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών. Επιχειρείται συνεπώς μια επανεξέταση και ένας επαναπροσδιορισμός της σχέσης κράτους και αγοράς, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οικονομικής και κοινωνικής διάστασης.13

Στο επίκεντρο της κριτικής, που προέρχεται τόσο από τους πολέμιους όσο και από τους υποστηρικτές του, βρίσκεται το κράτος πρόνοιας. Ενώ η μεταπολεμική σοσιαλδημοκρατική συναίνεση για το ρόλο του κοινωνικού κράτους εξασθενίζει,14 εμφανίζεται μια διαφορετικής μορφής συναίνεση. Πρόκειται για μια συναίνεση αποδόμισης η οποία περιστρέφεται γύρω από την έννοια της κρίσης: το κράτος πρόνοιας βρίσκεται σε μια φάση οικονομικής, δημοσιονομικής, πολιτικής, κοινωνικής, ιδεολογικής και φιλοσοφικής κρίσης.15

---

12. J.P.Dumont, "L'impact de la crise economic sur les systemes de protection sociale", 1987, σ.8

13. OECD, "The welfare state in crisis", 1981, σ.41-45,94-136, όπου τονίζεται η αναγκαιότητα εξέτασης των σχέσεων μεταξύ οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών και καλύτερου συντονισμού τους, αφού οι οικονομικές πολιτικές έχουν κοινωνικές επιπτώσεις και αντίστροφα οι κοινωνικές πολιτικές επιδρούν στην οικονομία. Ξεκινώντας από αυτή την παραδοχή, ότι δηλαδή η οικονομική και κοινωνική πολιτική είναι αλληλένδετες μεταξύ τους και αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, διατυπώθηκε η θέση ότι η επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα μέσω της εφαρμογής μιας πολιτικής επενδύσεων σε οικονομικό, ανθρώπινο και κοινωνικό κεφάλαιο και υιοθέτησης μέτρων αναδιανομής ευκαιριών μάλλον παρά εισοδήματος. Βλ. Report of the Commission on Social Justice, "Social Justice. Strategies for national renewal", 1994, σ.94-115

14. A.Gamble, "The weakening of social democracy", στο M.Loney et al., (eds.), "The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain", 1991, σ.259-272

15. P.Rosanvallon, "La crise de l'etat-providence", 1981, σ.13, P.Rosanvallon, "La nouvelle question sociale. Repenser l'etat-providence", 1995, σ.8-9, N.Richez-Battesti, "La protection sociale en danger", 1994, σ.29-30, J.Huber, "The future of social policy. Towards a dual economic approach in social policy", στο A.Evers et al., (eds.), "The changing face of welfare", 1987, σ.208, M.Hirsch, "Les enjeux de la protection sociale", 1994, σ.12-13, N.Johnson, "The welfare state in transition. The theory and practice of welfare pluralism", 1987, σ.31-40, J.Habermas,

- Κρίση του μοντέλου συσσώρευσης-οικονομική, παραγωγική : η φορντιστική δομή συσσώρευσης και ηγεμονίας έχει αρχίσει να γίνεται φραγμός στην αξιοποίηση του κεφαλαίου. Η τειλορική οργάνωση της εργασίας παύει να είναι ο καθοριστικός σταθεροποιητής του καπιταλιστικού κέρδους με αποτέλεσμα η βάση του φορντιστικού συστήματος να τίθεται σε αμφισβήτηση. Το οικονομικό σύστημα δεν μπορεί να παράξει πλέον τις αναγκαίες ποσότητες καταναλωτικών αξιών.

- Κρίση χρηματοδοτική-δημοσιονομική : η μείωση της οικονομικής ανάπτυξης συνέβαλλε στον περιορισμό των πόρων για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας ενώ ταυτόχρονα οι δαπάνες αυξήθηκαν λόγω της γήρανσης, της ανεργίας, της αύξησης των δαπανών υγείας κλπ. Λόγοι επομένως οικονομικοί, κοινωνικοί και δημογραφικοί συνέβαλλαν στο χάσμα μεταξύ δημόσιων δαπανών και δημόσιων εσόδων και στην αύξηση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων.

- Κρίση αποδοτικότητας : από τη μία μεριά, η μεγάλη ποσότητα πόρων που απορροφούσε το κράτος πρόνοιας δεν είχε τα αντίστοιχα αποτελέσματα, έτσι ώστε να παρατηρείται μια ασυμμετρία μεταξύ εισροών-εκροών και από την άλλη η κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφορετικών στόχων δεν ήταν αυτή που θα επέτρεπε τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους.

- Κρίση αποτελεσματικότητας-κοινωνική : η μεταβολή των συνθηκών παραγωγής, η αλλαγή της οργάνωσης της εργασίας, η διεθνοποίηση της οικονομίας και η μεταβολή του δημοσιονομικού περιβάλλοντος επέδρασαν στη δομή της κοινωνικής προστασίας. Η διαμόρφωση ενός πολύπλοκου συστήματος κοινωνικής προστασίας, περιόρισε τις δυνατότητες προσαρμογής του σε μια μεταβαλλόμενη οικονομική και κοινωνική πραγματικότητα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί στα νέα δεδομένα: ανεργία μακράς διάρκειας, πρόωρη συνταξιοδότηση κλπ.

- Κρίση νομιμοποίησης-ιδεολογική : το κράτος δεν μπορεί να πραγματοποιήσει τις υποσχέσεις του ή τις προσδοκίες των πολιτών του με αποτέλεσμα να χάνει την μαζική υποστήριξη και να αμφισβητούνται οι έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης, της

"Legitimation crisis", 1988, OECD, "The future of social protection", 1988, σ.18, J.Hirsch, "Φορντισμός και μεταφορντισμός: η παρούσα κοινωνική κρίση και οι συνέπειές της", στο W.Bonefeld, J.Holloway, (επιμ.), "Μεταφορντισμός και κοινωνική μορφή. Μια μαρξιστική συζήτηση για το μεταφορντιστικό κράτος", 1993, σ.29-37, Μ.Χλέτσος, "Ανάλυση της κρίσης του κράτους πρόνοιας ως κρίση οργάνωσης του κοινωνικού", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.86-94, Δ.Γράβαρης, "Τρεις θέσεις σχετικά με την κρίση του κοινωνικού κράτους", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, ό.π., σ.555-564, Μ.Γκίβαλος, "Κράτος πρόνοιας: κρίση νομιμοποίησης ή οικονομική κρίση;", στο Δελτίο ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, τεύχος 22, Δεκέμβριος 1992, σ.48-58

ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης. Αυτό οδηγεί σε μια φιλοσοφική κρίση.

- Κρίση φιλοσοφική : αποσύνθεση των οργανωτικών αρχών της αλληλεγγύης και αποτυχία της παραδοσιακής σύλληψης των κοινωνικών δικαιωμάτων να προσφέρουν ένα ικανοποιητικό πλαίσιο αντίληψης των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων.

- Κρίση διακυβέρνησης-πολιτική : από τη μια η αύξηση των προσδοκιών των πολιτών και η αύξηση της πίεσης των ομάδων συμφερόντων και από την άλλη η προσπάθεια των πολιτικών για εξασφάλιση ψήφων, οδηγούν στην διόγκωση των κρατικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα το κράτος να δυσκολεύεται πλέον να ασκεί αποτελεσματική διαχείριση και να καταστρέφει την ατομική πρωτοβουλία.

"Ξαφνικά" ανακαλύπτονται όλα τα τρωτά του "παλαιού καθεστώτος" το οποίο πλέον αποτελεί τροχοπέδη στην οικονομική ανάπτυξη. Οι κατηγορίες που "απαγγέλθηκαν" στο κράτος πρόνοιας ήταν οι ακόλουθες:16

- Το κράτος πρόνοιας είναι αναποτελεσματικό γιατί δεν πέτυχε τους στόχους του αφού οι ανισότητες και η φτώχεια παραμένουν.
- Σε μια κοινωνία της αφθονίας, το κράτος πρόνοιας είναι περιτό επιπρόσθετο βάρος. Δεν χρειάζονται καθολικές υπηρεσίες αλλά μόνο ένα δίχτυ ασφαλείας για τους πολύ φτωχούς.
- Ευνοεί περισσότερο τα μεσαία στρώματα και όχι αυτούς που πραγματικά έχουν ανάγκη.
- Στο τέλος τα κοινωνικά προγράμματα καταλήγουν να είναι απλά μέτρα κοινωνικού ελέγχου και όχι κοινωνικής αναμόρφωσης.
- Τα δημόσια προγράμματα κοινωνικής πολιτικής είναι μη αποδοτικά και δεν παρέχουν κίνητρα για τη συγκράτηση του κόστους τους λόγω της έλλειψης ανταγωνισμού.
- Επιβαρύνει τρομερά την οικονομία αφού στηρίζεται στην υψηλή φορολογία η οποία καταστρέφει τα κίνητρα για εργασία, τροφοδοτεί τον πληθωρισμό και απορροφά παραγωγικούς πόρους.
- Συμβάλλει στην υπερφόρτωση της κυβέρνησης η οποία εξαρτάται από τις ομάδες συμφερόντων και αυξάνει τρομερά τις απαιτήσεις των ατόμων από αυτή.
- Αναπαράγει πατριαρχικά και ρατσιστικά πρότυπα σχέσεων.
- Βασίζεται στη γραφειοκρατική οργάνωση, τον συγκεντρωτισμό και την κυριαρχία του επαγγελματισμού, περιορίζοντας έτσι την ελευθερία επιλογής.
- Εχει καταστροφικά κοινωνικά αποτελέσματα γιατί περιορίζει την υπευθυνότητα του ατόμου και αυξάνει την εξάρτησή του.

---

16. Για μια σύντομη παρουσίαση των κατηγοριών αυτών βλ. P.Wilding, (ed.), "In defence of the welfare state", 1986, κυρίως σ.140. Για κάτι αντίστοιχο στην ελληνική βιβλιογραφία βλ. Γ.Βούλγαρης, "Φιλελευθερισμός, συντηρητισμός, κοινωνικό κράτος 1973-1990, 1994, σ.23-35

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι διάφορες θεωρίες που άσκησαν κριτική στη λειτουργία του κοινωνικού κράτους πρόνοιας με σκοπό να απαντηθεί το κατά πόσο πράγματι το κράτος πρόνοιας βρίσκεται σε κρίση. Πρώτα όμως θα πρέπει να προσδιοριστεί ή ίδια η έννοια της κρίσης.

3.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Τί είναι η κρίση; Πότε ένα σύστημα, ένας θεσμός ή μια μορφή κοινωνικής οργάνωσης βρίσκεται σε κρίση; Ποιά η σχέση κρίσης και κοινωνικής αλλαγής; Αυτά είναι μερικά από τα ουσιαστικά ερωτήματα που θα πρέπει να διευκρινιστούν για να είμαστε σε θέση να διαπιστώσουμε το κατά πόσο το κράτος πρόνοιας βρίσκεται σε κρίση ή όχι.

Σύμφωνα με τον Offe, η κρίση μπορεί να προσδιοριστεί κατ'αρχήν ως μια σειρά διαδικασιών με βάση τις οποίες η δομή ενός συστήματος τίθεται σε αμφισβήτηση. Ετσι μπορεί να γίνει λόγος για δύο έννοιες της κρίσης. Με βάση τη πρώτη έννοια, αυτήν που ο Offe αποκαλεί "σποραδική έννοια της κρίσης" (sporadic crisis concept), το σύστημα μπορεί να κινδυνέψει από ένα γεγονός ή μια αλυσίδα γεγονότων που δεν σχετίζονται με αυτό και δεν εντάσσονται στην εσωτερική δομή του. Οι κρίσεις αυτές οφείλονται σε γεγονότα που είναι ιδιαίτερα έντονα, καταστροφικά, απρόοπτα και μη προβλέψιμα. Ομως αυτός ο τύπος κρίσης αποτυγχάνει να συνδέσει συστηματικά την έλευση των καταστροφικών γεγονότων με τις δομές του συστήματος αφού τα γεγονότα αυτά δεν θεωρούνται ως ποιοτικά χαρακτηριστικά του συστήματος, αλλά εξωτερικά προς αυτό. Συνεπώς φαίνεται ως πιο κατάλληλος για να περιγράψει κρίσεις των συστατικών υποσυστημάτων και όχι του συστήματος ως όλου. Αυτό αντίθετα μπορεί να το κάνει η "έννοια της κρίσης ως διαδικασία" (processual concept of crisis), όπου η έμφαση δίνεται όχι στο επίπεδο των γεγονότων αλλά στο επίπεδο των μηχανισμών που γεννούν τα γεγονότα. Οι κρίσεις εμφανίζονται ως εξελικτικές τάσεις που έρχονται αντιμέτωπες με αντίροπες τάσεις, γεγονός που σημαίνει ότι το αποτέλεσμα των κρίσεων είναι απρόβλεπτο. Το κύριο χαρακτηριστικό της σημασιοδότησης της κρίσης ως μιας διαδικασίας, είναι ότι σχετίζει τις εξελικτικές τάσεις με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του συστήματος. Δεν έχει την έννοια των τυχαίων καταστροφικών γεγονότων αλλά της αντινομίας, δηλαδή της έμφυτης τάσης ενός συγκεκριμένου τρόπου παραγωγής να καταστρέφει τις προυποθέσεις στις οποίες βασίζεται η ύπαρξή του.17

Με διαφορετική διατύπωση, θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για την κρίση ως την κατάσταση εξάντλησης των ορίων και όξυνσης των αντιφάσεων στο εσωτερικό ενός τρόπου ρύθμισης, δηλαδή στο εσωτερικό του συνδυασμού των μηχανισμών που συμβάλλουν στη συνολική αναπαραγωγή, λαμβάνοντας υπόψη τις επικρατούσες οικονομικές και κοινωνικές μορφές.18 Σύμφωνα με αυτό το

---

17. C.Offe, "Contradictions of the welfare state", 1984, σ.36-37,133

σκεπτικό, ο Boyer διακρίνει τέσσερεις τύπους κρίσεων: τις κρίσεις ως εξωγενείς διαταραχές, τις κυκλικές κρίσεις, τις δομικές κρίσεις και την έσχατη κρίση ενός τρόπου παραγωγής. Η πρώτη μορφή κρίσεων αφορά κάποια γεγονότα τα οποία εμποδίζουν την οικονομική αναπαραγωγή ενός συστήματος, τα οποία όμως γεγονότα, δεν προκύπτουν από την κανονική ροή της ρύθμισης ούτε από την εξάντληση του τρόπου ρύθμισης ή του καθεστώτος συσσώρευσης. Οι κυκλικές κρίσεις αποτελούν μέρος της ρύθμισης στο εσωτερικό ενός σταθεροποιημένου τρόπου ανάπτυξης και παίζουν το ρόλο της κάθαρσης των συσσωρευμένων εντάσεων. Οι δομικές κρίσεις αναφέρονται στη κατάσταση όπου η οικονομική και κοινωνική δυναμική βρίσκεται σε αντίφαση με τον τρόπο ανάπτυξης. Εδώ εντάσσονται οι κρίσεις του συστήματος ρύθμισης που αποσταθεροποιούν το καθεστώς συσσώρευσης και οι κρίσεις του τρόπου ανάπτυξης, δηλαδή των θεσμών στους οποίους βασίζεται το καθεστώς συσσώρευσης. Τέλος η έσχατη κρίση ενός κυρίαρχου τρόπου παραγωγής επέρχεται ως κατάρρευση του συνόλου των κοινωνικών σχέσεων.19

Για τον Habermas, οι κρίσεις στα κοινωνικά συστήματα δεν προκαλούνται από τυχαίες αλλαγές του περιβάλλοντος αλλά μέσω δομικά έμφυτων στο σύστημα αναγκαιοτήτων, οι οποίες είναι ασύμβατες και δεν μπορούν να συγκροτηθούν σε ένα ενιαίο σύνολο. Ομως οι δομικά έμφυτες αντινομίες, μπορούν να εντοπιστούν μόνο όταν είμαστε σε θέση να συγκεκριμενοποιήσουμε τις δομές που είναι σημαντικές για τη συνεχή ύπαρξη του συστήματος. Η δυσκολία εντοπίζεται ακριβώς στον σαφή προσδιορισμό των ορίων και της συνέχειας των κοινωνικών συστημάτων. Τα κοινωνικά συστήματα μπορούν να επιβληθούν σε ένα πολυσύνθετο περιβάλλον μεταβάλλοντας είτε μερικά στοιχεία του συστήματος είτε τους στόχους του είτε και τα δύο, με σκοπό την διατήρηση του εαυτού τους σε ένα νέο επίπεδο ελέγχου. Οταν όμως συμβαίνει αυτό, η ταυτότητά τους γίνεται ασαφής. Συνεπώς μόνο όταν τα μέλη μιας κοινωνίας θεωρούν τις δομικές αλλαγές ως σημαντικές για τη συνεχή ύπαρξη του συστήματος και αισθάνονται ότι απειλήται η κοινωνική τους ταυτότητα, μπορούμε να μιλήσουμε για κρίση. Οι διαταραχές της ολοκλήρωσης του συστήματος θέτουν σε κίνδυνο την συνέχιση της ύπαρξης μόνο στο βαθμό που διακυβεύεται η κοινωνική ολοκλήρωση, δηλαδή όταν τα συναινετικά θεμέλια των κανονιστικών δομών είναι τόσο αδύνατα, που η κοινωνία γίνεται ανομική. Ενα καθεστώς κρίσης θεωρεί ως δεδομένη την ύπαρξη μιας μορφής αποσύνθεσης των κοινωνικών θεσμών.20

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο μπορούμε να υποστηρίξουμε σήμερα ότι βρισκόμαστε σε ένα "τελικό" στάδιο κατάρρευσης των υπαρχουσών δομών και διαδικασιών, δηλαδή σε μια κατάσταση

---

18. R.Boyer, "Η θεωρία της ρύθμισης. Κριτική ανάλυση", 1988, s.39,49

19. R.Boyer, 1988, ό.π., σ.95-109

20. J.Habermas, "Legitimation crisis", 1988, σ.2-3

ανομίας. Μήπως πολλά από τα στοιχεία της αποκαλούμενης κρίσης δεν είναι και τόσο νέα ή άγνωστα αλλά αντανακλούν μακροχρόνια διλλήματα και αντιθέσεις στη διαμόρφωση και τη διαχείριση της κοινωνικής πολιτικής; Μήπως για παράδειγμα το πρόβλημα της κατάχρησης των κοινωνικών υπηρεσιών δεν είναι ένα νέο πρόβλημα αλλά ένα νεοανακαλυπτόμενο πρόβλημα;21 Μήπως όλη αυτή η φιλολογία περί κρίσης δεν αντικατοπτρίζει παρά μόνο την αδυναμία της κοινωνικής θεωρίας να κατανοήσει, ερμηνεύσει και εντάξει σε ένα θεωρητικό πλαίσιο τις κοινωνικές αλλαγές που ομολογουμένως επέρχονται με πολύ γρήγορο ρυθμό; Η κοινωνική αλλαγή συνιστά μια μορφή κρίσης,εμπεριέχει την κρίση όπως υποστηρίζει ο Nisbet;22 Αν είναι έτσι, τότε πόσο εύκολο είναι να ξέρουμε το πότε η κοινωνική αλλαγή μετατρέπεται σε κρίση και το πώς διαχέεται σε όλο το σύστημα; Οι κοινωνικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στις σύγχρονες κοινωνίες σήμερα και που μπορεί να οφείλονται σε μια σειρά παραγόντων όπως οι νέες τεχνολογίες, οι δημογραφικές αλλαγές, οι νέες πολύπλοκες διαδικασίες λήψης αποφάσεων, η αύξηση των απαιτήσεων για επέκταση των κοινωνικών δικαιωμάτων κλπ., επιδρούν τόσο στο κράτος πρόνοιας όσο και στις υπόλοιπες μορφές έκφρασης του κοινωνικού. Γιατί λοιπόν θα πρέπει να επικεντρώσουμε τη κριτική μόνο στο κοινωνικό κράτος;23

4.Η ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΙΚΗ ΝΕΑ ΔΕΞΙΑ

Η ριζοσπαστική Νέα Δεξιά αποτέλεσε το κύριο θεωρητικό ρεύμα που άσκησε τη πιο δριμεία κριτική στο κράτος πρόνοιας κατά τη δεκαετία του 1980 και βρήκε πολιτική έκφραση κυρίως στις κυβερνήσεις των Ρήγκαν και θάτσερ σε ΗΠΑ και Μ.Βρετανία αντίστοιχα. Βασίζεται στις απόψεις των Hayek και Friedman για ένα ελάχιστο κράτος το οποίο σημαίνει την υιοθέτηση ενός υπολλειμματικού κράτους πρόνοιας και επάνοδο στις αρχές της αγοράς. Η κύρια θέση της είναι ότι η διαμόρφωση ενός κράτους πρόνοιας είναι ανεπιθύμητη και αδύνατη για τρεις αιτίες. Κατ'αρχήν αντίκειται στην αυθόρμητη τάξη με βάση την οποία οι κοινωνικοί θεσμοί είναι αποτέλεσμα της ανθρώπινης δραστηριότητας και όχι της ανθρώπινης πρόθεσης. Δεύτερον προυποθέτει έναν άκρως ορθολογικό σχεδιασμό σύμφωνα με τον οποίο η πραγματικότητα είναι γνωστή και με βάση αυτή μπορεί να εξασφαλιστεί ο σχεδιασμός προγραμμάτων που θα πετύχουν τους επιθυμητούς στόχους και η

---

21. J.Higgins, "States of welfare. Comparative analysis in social policy", 1981, σ.171, E.Oyen, "Identifying the future of the welfare state", στο E.Oyen, (ed.), "Comparing welfare states and their futures", 1986, σ.6

22. Για να θεωρηθεί η κοινωνική αλλαγή ως κρίση θα πρέπει να υποθέσουμε όπως κάνει ο Nisbet, ότι η κανονική κατάσταση κάθε δεδομένης μορφής κοινωνικής συμπεριφοράς και οργάνωσης δεν είναι η αλλαγή αλλά η διάρκεια. Βλ.R.Nisbet, "Κοινωνική αλλαγή και ιστορία", 1995, σ.256-369

23. E.Oyen, 1986, ό.π., σ.3-6

επιτυχής εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών. Κάτι τέτοιο όμως για τη Νέα Δεξιά είναι αδύνατο. Τρίτο, αν και μπορεί να επιτευχθεί μια συμφωνία ως προς τα μέσα, είναι αδύνατη η υιοθέτηση ενός κοινού σκοπού στην κοινωνία.24

Αποτελεί ένα μείγμα οικονομικού ατομικισμού στο οικονομικό επίπεδο, προστασίας των παραδόσεων σε κοινωνικό επίπεδο και αυταρχικού λαικισμού σε πολιτικό επίπεδο. Ο οικονομικός ατομικισμός εκφράστηκε μέσα από μια σειρά μέτρων και πολιτικών που εφάρμοσαν νεοφιλελεύθερες κυβερνήσεις όπως μονεταριστικές πολιτικές και πολιτικές προσφοράς,περικοπή δημόσιων δαπανών, μείωση φορολογίας στα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια, ιδιωτικοποίηση των δημόσιων επιχειρήσεων καθώς και των κοινωνικών υπηρεσιών. Η έμφαση στη παράδοση εμφανίστηκε μέσα από πολιτικές αποκαστάστασης των παραδοσιακών αστικών και χριστιανικών στάσεων απέναντι στην οικογένεια, την κοινότητα, τον πατριωτισμό κλπ. Σε πολιτικό επίπεδο η Νέα Δεξιά έκανε εκτεταμένη χρήση λαικίστικων πολιτικών στρατηγικών κατά τη διάρκεια των εκλογικών αναμετρήσεων με έμφαση στις υποσχέσεις για μείωση της φορολογίας, ενδυνάμωση των πατριωτικών συναισθημάτων και τη δυσφήμιση του κράτους. Η δεξιά προσέφερε "απλές" λύσεις κοινής λογικής σύμφωνες με τα λαικά αισθήματα που ενσάρκωναν μια ισχυρή αντιπάθεια για τις αποξενωτικές δυνάμεις του κρατισμού και της γραφειοκρατίας, πίστη στον ατομικισμό, την οικογένεια και την κοινότητα.25

Τα βασικά στοιχεία της κριτικής της νέας δεξιάς στο κράτος πρόνοιας αφορούν τα ζητήματα της υπευθυνότητας, της ελευθερίας, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της διακυβέρνησης και της ευημερίας. Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται να είναι πατερναλιστικό και αντιφιλελεύθερο, αναποτελεσματικό και αντιπαραγωγικό, δαπανηρό και με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και υποσκάπτει τις βασικές ηθικές και κοινωνικές αξίες. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, το κράτος πρόνοιας αδυνάτησε τις παραδοσιακές αξίες της σκληρής εργασίας, της ατομικής υπευθυνότητας και της εγκράτειας τονίζοντας περισσότερο τα δικαιώματα παρά τις υποχρεώσεις με αποτέλεσμα την αύξηση της εμφάνισης μορφών παρεκλίνουσας συμπεριφοράς, δημιούργησε ένα μεγάλο και μη αποδοτικό γραφειοκρατικό μηχανισμό, μείωσε την ελευθερία επιλογής των πολιτών και υπέσκαψε την οικονομική παραγωγικότητα και την ανάπτυξη αφού έδωσε περισσότερο έμφαση στην ισότητα και την αναδιανομή σε βάρος της παραγωγής πλούτου. Τα κρατικά προνοιακά προγράμματα αποδιάρθρωσαν τις αμοιβαίες υποχρεώσεις μεταξύ των ατόμων και των ομάδων, αδιαφόρησαν για την αρχή της αποδοτικότητα ως προς το τρόπο λειτουργίας τους και απονομής των παροχών δημιουργώντας μονοπωλειακές καταστάσεις και γραφειοκρατικές δομές, ενίσχυσαν την εξάρτηση των ατόμων από τις κοινωνικές υπηρεσίες υιοθετώντας μια κρατικίστικη φιλοσοφία σε βάρος μιας

---

24. V.George, P.Wilding, "Welfare and ideology", 1994, σ.21-22

25. J.Midglay, "The radical right, politics and society", στο H.Glennester, J.Midglay, (eds.), "The radical right and the welfare state. An international assessment", 1991, σ.3-23

ποιο πλουραλιστικής προσέγγισης των πηγών παροχής προνοιακών υπηρεσιών, έδωσαν παροχές σε άτομα που δεν το άξιζαν, επέκτειναν τη βιομηχανία παραγωγής κοινωνικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό και την ενδυνάμωση των ομάδων συμφερόντων και κυρίως των επαγγελματιών. Η υψηλή φορολογία μείωσε τα περιθώρια κέρδους και εμπόδισε την ανάληψη επιχειρηματικών πρωτοβουλιών επένδυσης και παραγωγής ενώ η απαίτηση για υψηλές παροχές υπέσκαψε την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων. Το υψηλό κόστος των προγραμμάτων αυτών δημιούργησε δημοσιονομικά ελλείμματα με αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη. Επίσης η επέκταση του κράτους πρόνοιας οδήγησε στην υπερφόρτωση της διαδικασίας διακυβέρνησης και στην εκτεταμένη και ολοκληρωτική παρέμβαση του κράτους στην ιδιωτική ζωή.26

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κριτικής, πρωταρχικός στόχος των πολιτικών που εφάρμοσαν οι φιλελεύθερες κυβερνήσεις ήταν η περικοπή των δαπανών και η ιδιωτικοποίηση, η οποία αναφέρονταν τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Αφορούσε την μεταβίβαση δραστηριοτήτων και λειτουργιών από το κράτος στον ιδιωτικό τομέα, οι οποίες αναφέρονταν τόσο στην παραγωγή και παροχή υπηρεσιών όσο και στις πολιτικές επιδοτήσεων και ρυθμιστικών παρεμβάσεων. Στο οικονομικό επίπεδο η ιδιωτικοποίηση έδωσε έμφαση στην αποδοτικότητα, το δικαίωμα της ατομικής ιδιοκτησίας, τα ατομικά κίνητρα και τη λειτουργία της ελεύθερης αγοράς. Η κοινωνική διάσταση υποστήριζε την ενδυνάμωση της κοινότητας και άλλων μορφών αυτοοργάνωσης και αυτοβοήθειας. Ο κύριος στόχος σε σχέση με το κράτος πρόνοιας ήταν η αντικατάστασή του από άλλους κοινωνικούς θεσμούς όπως ο άτυπος, ο εθελοντικός και ο εμπορευματικός τομέας, καθώς και η οικογένεια και τα συγγενικά δίκτυα. Η πολιτική οπτική θεωρούσε την ιδιωτικοποίηση ως μέσο μείωσης της κυβερνητικής υπερφόρτωσης που είναι αποτέλεσμα των αξιώσεων και των πιέσεων που εγείρονται έναντι του κράτους.27

---

26. D.Stoesz, J.Midgley, "The radical right and the welfare state", στο H.Glennester, J.Midglay, (eds.), 1991, ό.π., σ.31-34, R.Mishra, "The welfare state in crisis. Social thought and social change", 1984, σ.26-48, S.Davies, "Towards the remoralization of society", στο M.Loney et al., (eds.), "The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain", 1991, σ.242-258, C.Cheff, "Controversial issues in social policy. Government and the pursuit of happiness", 1992, σ.6-9, V.George, P.Wilding, 1994, ό.π., σ.24-35, H.Lepage, "Η απομυθοποίηση του κράτους της ευημερίας", στο Εκλογή, Δεκέμβριος 1985, σ.145-158

27. P.Starr, "The meaning of privatization", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), "Privatization and the welfare state", 1989, σ.15-48, N.Flynn, "Public sector management", 1993, σ.14-16. Για αντίστοιχες προτάσεις στην Ελλάδα βλ. Ε.Σάββας, Ε.Κονδύλης, "Ιδιωτικοποίηση και παραγωγικότητα", 1993

Ειδικότερα, όσο αφορά την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών, τα μέτρα ιδιωτικοποίησης που εφαρμόστηκαν αφορούσαν πολιτικές : α) Πώλησης των εθνικοποιημένων βιομηχανιών σε ιδιωτικούς φορείς. β) Αποδέσμευσης των δημόσιων αρχών από τη συμβατική υποχρέωση να παρέχουν ορισμένες υπηρεσίες (contracting out) και τη σύναψη συμβολαίων με ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς και μη φορείς, οι οποίοι θα προσέφεραν τις υπηρεσίες αυτές σε μια συμφωνημένη τιμή. Αυτό για παράδειγμα έγινε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ.Βρετανίας με τις μη κλινικές υπηρεσίες όπως καθαρισμού κλπ. γ) Εθελοντικής εξόδου (opting out) από δημόσια σχήματα ελέγχου της παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα η δυνατότητα των σχολείων να απαλλαγούν από τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης ή των νοσοκομείων να εξέλθουν από τον έλεγχο των περιφερειακών υγειονομικών αρχών ή η παροχή κινήτρων για έξοδο από δημόσια συστήματα παροχής συντάξεων και στροφή προς ιδιωτικά ασφαλιστικά συστήματα. δ) Περιορισμού των δημόσιων προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας όσο αφορά την έκταση, την ποιότητα και την πρόσβαση, αναγκάζοντας τα άτομα να στραφούν σε άλλες πηγές βοήθειας. Από την άλλη μεριά η πολιτική επιδοτήσεων ακολούθησε το δρόμο των περικοπών με στόχο τη μείωση και τη μεταφορά του κόστους στους χρήστες και την παροχή κινήτρων για δραστηριότητες που ενθάρρυναν οι κυβερνήσεις. Αυτό έγινε: α) Με την αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών όπως για παράδειγμα στο κόστος οφθαλμολογικών ή οδοντιατρικών υπηρεσιών. β) Με τη παροχή οικονομικών κινήτρων για στροφή προς ιδιωτικές υπηρεσίες όπως για παράδειγμα φοροαπαλλαγές των εύπορων στρωμάτων για την έξοδο από δημόσια σχήματα κοινωνικής ασφάλισης και τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλίσεων. Τέλος, σε επίπεδο ρυθμιστικών παρεμβάσεων, η ιδιωτικοποίηση πήρε τη μορφή αλληλοσυγκρουόμενων μέτρων όπως της άρσης, της απλοποίησης ή αντίθετα της κωδικοποίησης και της αύξησης των κρατικών ρυθμίσεων. Από τη μια υπήρξε μια ευρεία απορύθμιση της αγοράς εργασίας και της εγκατάλειψης των πολιτικών πλήρους απασχόλησης. Από την άλλη η κρατική ρυθμιστική παρέμβαση επικεντρώθηκε στον έλεγχο των φτωχών στρωμάτων και στην αύξηση των μέτρων ελέγχου των μέσων διαβίωσης (means tests).28

Στη Βρετανία η διαδικασία εφαρμογής των παραπάνω διαδικασιών ακολούθησε μια πορεία τριών σταδίων, των οποίων η ταχύτητα εφαρμογής ποίκιλε ανάλογα με την ένταση των αντιστάσεων που προέβαλαν τόσο οι προμηθευτές όσο και οι χρήστες των υπηρεσιών. Σε μια πρώτη φάση επιχειρήθηκε η συγκράτηση των δαπανών με παρεμβάσεις στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης,στα προγράμματα στέγασης, στις δαπάνες της τοπικής αυτοδιοίκησης κλπ. Σε δεύτερη φάση επιχειρήθηκε η κάμψη των αντιστάσεων που προέρχονταν από τους χρήστες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών, μέσω της δυσφήμισης των επαγγελματιών, της σχετικής μείωσης των μισθών του δημόσιου τομέα και της υποβάθμισης της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών. Τέλος, το τρίτο στάδιο αποτέλεσε η προσπάθεια

---

28. N.Johnson, "Reconstructuring the welfare state. A decade of change 1980-1990", 1990, σ.7-14, H.Glennester, "The radical right and the welfare state in Britain: pensions and health care", στο H.Glennester, J.Midglay, (eds.), 1991, ό.π., σ.45-58

εφαρμογής των δεξιών προτάσεων για εισαγωγή του ανταγωνισμού και των μηχανισμών της αγοράς.29

Στις ΗΠΑ η πολιτική που εφαρμόστηκε τόσο από τον Ρήγκαν όσο και από τον Μπούς έδωσε έμφαση στην πλευρά της προσφοράς και συνδύαζε τη μείωση των κρατικών δαπανών για κοινωνικά προγράμματα, το περιορισμό των κρατικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων και τη περικοπή της φορολογίας. Τα μέτρα αυτά βασίζονταν στην αποδοχή της υπεροχής του ατομισμού, του τοπικισμού, της ελεύθερης επιχείρησης και της φιλοσοφίας του laissez-faire. Βασικός στόχος ήταν η μεταβίβαση της ευθύνης από τον ομοσπονδιακό προυπολογισμό στις επιμέρους πολιτείες και κυρίως στα ιδιωτικά ιδρύματα, τις εκκλησίες, τις αδελφότητες και τους φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής ήταν η αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που βρίσκονταν κάτω από το όριο της φτώχειας έτσι ώστε από 11,7% το 1980 να φτάσει στο 14,5% το 1992.30

Κατά πόσο όμως οι δεξιές κυβερνήσεις κατάφεραν να μετατρέψουν τη ρητορική σε πραγματικότητα, να εφαρμόσουν τα μέτρα που ήθελαν σε όλη τους την έκταση και να πετύχουν τους στόχους που είχαν θέσει; Στην έκταση που εφαρμόστηκαν τα μέτρα αυτά, ποιά ήταν τα αποτελέσματά τους τόσο για το κράτος πρόνοιας ως θεσμού όσο και για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των πολιτών; Σίγουρα τα μέτρα που πάρθηκαν είχαν αρνητικές συνέπειες για το κράτος πρόνοιας ωστόσο είναι αμφιλεγόμενο σε ποιό βαθμό και σε τί έκταση επέδρασαν και άλλαξαν τη θεσμική δομή του. Μερικοί πιστεύουν ότι το κράτος πρόνοιας ζημιώθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των δεξιών πολιτικών και αυτό οδήγησε και στην χειροτέρευση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και την αύξηση των ανισοτήτων.31 Αλλοι υποστηρίζουν ότι η Νέα Δεξιά με τα μέτρα που έλαβε, αν και επέφερε σημαντικές αλλαγές προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις, τελικά δεν κατάφερε να εφαρμόσει το πρόγραμμά της σε όση έκταση θα επιθυμούσε. Αιτία για αυτό ήταν η ισχυρή λαική υποστήριξη του κράτους πρόνοιας και ο φόβος της εκλογικής ήττας. Ετσι φάνηκε πιο εύκολο να γίνουν αλλαγές στη φορολογική δομή που ευνοούσαν τα υψηλά εισοδήματα και επέφεραν αύξηση της ανισοκατανομής του εισοδήματος, παρά να περικοπούν σημαντικά τα

---

29. N.Flynn, 1993, ό.π., σ.16-22

30. J.Patterson, "America's struggle against poverty 1900-1994, 1994, σ.210-241, W.Trattner, "From poor law to welfare state. A history of social welfare in America", 1994, σ.362-386

31. Βλ. για παράδειγμα N.Johnson, "Reconstructuring the welfare state. A decade of change 1980-1990", 1990, σ.191-229, ο οποίος εξετάζοντας τη περίπτωση της Βρετανίας υποστηρίζει ότι επήλθαν σημαντικές αλλαγές στο κράτος πρόνοιας αφού κάθε τομέας της κοινωνικής πολιτικής υπέστει επιρροές και μεταρυθμίσεις. Επίσης βλ. W.Trattner, "From poor law to welfare state. A history of social welfare in America", 1994, σ.362-386 ο οποίος αναφερόμενος στη περίοδο διακυβέρνησης των Ρήγκαν και Μπούς, κάνει λόγω για "πόλεμο ενάντια στο κράτος πρόνοιας".

κοινωνικά προγράμματα.32 Αυτό που ίσως κατάφερε περισσότερο η Νέα Δεξιά ήταν όχι τόσο η διάλυση του κράτους πρόνοιας αφού οι δομές διαμόρφωσης της κοινωνικής πολιτικής παρέμειναν λίγο πολύ οι ίδιες, αλλά η υπόσκαψη των ιδεολογικών του θεμελίων33 και ο περιορισμός των προσδοκιών των πολιτών έτσι ώστε να μην περιμένει περισσότερες παροχές. Θα μπορούσαμε συνεπώς να μιλήσουμε για την περίοδο του "κράτους πρόνοιας των μειωμένων προσδοκιών".34

Ποιοί ήταν όμως οι παράγοντες εκείνοι που προσδιόρισαν το βαθμό επιτυχίας των στρατηγικών που εφάρμοσαν οι κυβερνήσεις της Νέας Δεξιάς; Οπως στο πρώτο κεφάλαιο εξετάσαμε τους παράγοντες εκείνους που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη και ενδυνάμωση του κράτους πρόνοιας, κάτι αντίστοιχο θα μπορούσε να γίνει και για τους παράγοντες που προσδιόρισαν το πλαίσιο στο οποίο επιχειρήθηκε ο περιορισμός του κοινωνικού κράτους. Για τον Esping-Andersen,τόσο η προηγούμενη εξέλιξη όσο και οι μελλοντικές προοπτικές του κράτους πρόνοιας μπορούν να ερμηνευτούν με βάση την ίδια θεωρία. Η ανάπτυξη αλλά και οι μετέπειτα προσπάθειες περιορισμού του κράτους πρόνοιας προσδιορίστηκαν από τους ταξικούς συνασπισμούς στους οποίους αυτό θεμελιώθηκε και από τη πολιτική μορφοποίηση της εργατικής τάξης.35 Η θέση αυτή όμως παρουσιάζει ορισμένες αδυναμίες. Για παράδειγμα δεν μπορεί να εμηνεύσει γιατί ορισμένα

---

32. Την άποψη αυτή υποστήριζουν για τη περίπτωση της Βρετανίας οι P.Taylor-Gooby, "The politics of welfare privatization: The British experience", στο International Journal of Health Services, vol.19, no 2, 1989 και N.Deakin, "The politics of welfare", 1987, σ.96-99,111-118. Το ίδιο υποστηρίζεται για τις ΗΠΑ από τον H.J.Karger, "The radical right and the welfare reform in the United States", στο H.Glennester, J.Midgley, 1991, ό.π., σ.63-78, τους P.Ruggles, M.O'Higgins, "Retrenchment and the New Right: A comparative analysis of the impacts of the Thatcher and Reagan administation", στο M.Rein et al., (eds.), "Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of policy regimes", 1987, σ.161-186 και τον J.Patterson, "America's struggle against poverty 1900-1994, 1994, σ.223. Για τη Γερμανία βλ. S.Mangen, "Social policy, the radical right and the German welfare state", στο H.Glennester, J.Midgley, ό.π., σ,100-123

33. Γ.Βούλγαρης, 1994, ό.π., σ.162-163

34. Ο P.Krugman αναφερόμενος στο παράδειγμα των ΗΠΑ, χρησιμοποιεί την έννοια των μειωμένων προσδοκιών για να περιγράψει σε οικονομικό επίπεδο την απουσία κάθε διαμαρτυρίας από τους πολίτες για τις άσχημες αποδόσεις της οικονομίας, την απουσία κάθε πολιτικής απαίτησης για βελτίωση της κατάστασης και τον αυτοπεριορισμό των προσδοκιών έτσι ώστε να προσαρμοστούν στα δεδομένα αυτά. Βλ. P.Krugman, "Η εποχή των μειωμένων προσδοκιών", 1995, σ.24. Κάτι αντίστοιχο θα μπορούσε να υποστηριχθεί και σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής όσο αφορά τη δεκαετία του 1980.

35. C.Esping-Andersen, "The three worlds of welfare capitalism", 1990, σ.32-33

προγράμματα κοινωνικής προστασίας υπέστησαν μεγαλύτερες περικοπές από άλλα. Με δεδομένη την αδυναμία των εργατικών συνδικάτων και των δεξιών κομμάτων, δεν μπορεί να εξηγηθεί η περιορισμένη επιτυχία που είχαν οι προσπάθειες περικοπής των κοινωνικών προγραμμάτων. Επίσης παραβλέπει το γεγονός ότι τα κράτη πρόνοιας βρίσκονται τώρα σε μια διαφορετική φάση από ότι στο ξεκίνημά τους. Αυτό σημαίνει ότι τα κοινωνικά προγράμματα έχουν συμβάλλει στην ανάπτυξη νέων μορφών οργανωμένης υποστήριξης η οποία έχει μια ουσιαστική αυτονομία από το εργατικό κίνημα.36

Οι παραπάνω διαπιστώσεις επισημαίνουν την ανάγκη να εισαχθούν και άλλες επεξηγηματικές παράμετροι. Ο Pierson εισάγει δύο τέτοιες μεταβλητές: τις θεσμικές μεταβλητές και τη μεταβλητή της ανάδρασης (feedback). Οι θεσμικές μεταβλητές επικεντρώνουν την ανάλυση στο τρόπο με τον οποίο οι δομές των τυπικών πολιτικών θεσμών επιδρούν στις κοινωνικές διαδικασίες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η έκταση στην οποία η εξουσία είναι συγκεντρωμένη εντός της εθνικής κυβέρνησης ή διασκορπισμένη και σε άλλα θεσμοθετημένα όργανα, ο βαθμός στον οποίο η εξουσία είναι συγκεντρωμένη στο εθνικό επίπεδο ή έχουν παραχωρηθεί αρμοδιότητες και στις τοπικές αρχές και οι δυνατότητες της κυβέρνησης να εξασφαλίσει τους αναγκαίους πόρους (οικονομικούς, ανθρώπινους, υλικούς, διαχειριστικούς κλπ.) για την εφαρμογή της πολιτικής της. Η ανάδραση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι προηγούμενες επιλογές πολιτικής επιδρούν στις παρούσες πολιτικές διαδικασίες. Η κύρια θέση είναι ότι οι δομές διαμόρφωσης και άσκησης πολιτικής προσδιορίζουν τέσσερεις εξελίξεις: α) Δημιουργούν πόρους και κίνητρα που επηρρεάζουν τις δραστηριότητες των κοινωνικών ομάδων και συντελούν στη δημιουργία ομάδων συμφερόντων, β) παρέχουν πληροφορίες στους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής,σχετικά με τις επιπτώσεις προηγούμενων επιλογών τους, με βάση τις οποίες επιλέγουν τις μελλοντικές τους ενέργειες, γ) συντελούν στη διαμόρφωση των επιλογών των πολιτών και την ανταπόκρισή τους στις επιμέρους κυβερνητικές πολιτικές, τονίζοντας την πολυπλοκότητα της κοινωνικής αλληλεξάρτησης και δ) αποτελούν πομπό μηνυμάτων με βάση τα οποία τα άτομα προσλαμβάνουν τα συμφέροντά τους και κρίνουν για το αν αυτά τα συμφέροντα προστατεύονται από τους εκπροσώπους τους.37 Με βάση αυτό το σκεπτικό, οι κοινωνικές δυνάμεις αποτελούν ισχυρό παράγοντα αντίστασης στις πολιτικές περιορισμού του κράτους πρόνοιας αλλά το αν αυτή η πολιτική αντιπολίτευση εκδηλωθεί ενεργά, εξαρτάται από το θεσμικό πλαίσιο.

5.Η ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΡΙΤΙΚΗ

Η αριστερή κριτική που ασκήθηκε στο κράτος πρόνοιας βασίστηκε κυρίως σε δύο επιχειρήματα. Το πρώτο ήταν ότι το κράτος πρόνοιας δεν κατόρθωσε να πετύχει τους στόχους του οι οποίοι ήταν η μείωση

---

36. P.Pierson, "Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment", 1994, σ.28-29

37. P.Pierson, 1994, ό.π., σ.31-50

των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας. Αντίθετα οι ανισότητες παρέμειναν, νέες μορφές φτώχειας εμφανίστηκαν και επιπλέον τα κοινωνικά προγράμματα πολλές φορές ευνόησαν όχι τα στρώματα με τις μεγαλύτερες ανάγκες αλλά τις μεσαίες τάξεις. Το δεύτερο επιχείρημα δίνει έμφαση στις κρατικές δομές και την ανάπτυξη της γραφειοκρατίας και του συγκεντρωτισμού.

Ειδικότερα όσο αφορά την επίτευξη της ισότητας, η κριτική αναφέρεται στο γεγονός ότι η στρατηγική προώθησης της ισότητας μέσω των δημόσιων δαπανών για κοινωνικές υπηρεσίες, απέτυχε. Απέτυχε στην εκπλήρωση τόσο της "πλήρους ισότητας", με όποιο κριτήριο κι αν αυτή οριστεί (ισότητα στην κατά κεφαλή κατανομή των δημόσιων δαπανών, ισότητα ως προς το τελικό εισόδημα, ισότητα ως προς τη χρήση, ισότητα στο κόστος, ισότητα ως προς το αποτέλεσμα), σε οποιεσδήποτε ομάδες και αν αναφέρεται (κοινωνικές τάξεις, φύλα, εθνότητες κλπ.) και για οποιοδήποτε τομέα (υγεία, εκπαίδευση, κατοικία κλπ.), όσο και στην επίτευξη "μεγαλύτερης ισότητας".38 Η κριτική αυτή εντάθηκε ακόμα περισσότερο κάτω από το βάρος των νέων κοινωνικών κινημάτων για την κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων ομάδων αποκλεισμένων ή μειονεκτούντων όπως π.χ. γυναίκες, μειονότητες, ηλικιωμένοι κλπ. καθώς και από την εμφάνιση νέων μορφών φτώχειας και τη διαμόρφωση θεωριών για την ύπαρξη μιας υποτάξης, αποκλεισμένης από τη συμμετοχή στη συλλογική ζωή.39

Επιπλέον διαπιστώνεται ότι οι πολιτικές καταπολέμισης της φτώχειας δεν είχαν ως αποτέλεσμα ουσιαστικές απώλειες εκ μέρους των μη φτωχών στρωμάτων. Αντίθετα τα μεσαία στρώματα επωφελήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τα κοινωνικά προγράμματα και γι'αυτό δεν υποστήριξαν τη πλήρη διάλυση του κράτους πρόνοιας αλλά αντίθετα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην υπεράσπισή του έναντι των επιθέσεων που δέχθηκε από τη νέα δεξιά. Και αυτό γιατί τα μεσαία στρώματα αν και ως φορολογούμενοι έχουν συμφέρον για περικοπή των κοινωνικών δαπανών λόγω υψηλής φορολογίας, ωστόσο είναι ταυτόχρονα και προμηθευτές των κοινωνικών υπηρεσιών (νοσοκόμες, δάσκαλοι κλπ.) αλλά και δικαιούχοι παροχών και επομένως έχουν ισχυρά κίνητρα υποστήριξης του κοινωνικού κράτους και πιο συγκεκριμένα υποστήριξης των προγραμμάτων από τα οποία επωφελούνται περισσότερο.40

Το δεύτερο επιχείρημα αφορά τις κρατικές δομές και τις μορφές που έχει πάρει η παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών, δηλαδή αφορά το σύστημα διοίκησης. Σύμφωνα με την άποψη αυτή το πρόβλημα της

---

38. J.Le Grand, "The strategy of equality. Redistribution and the social services", 1982, V.George, P.Wilding, "The impact of social policy", 1984, σ.110-115

39. Για εκτενέστερη αναφορά βλ. προηγούμενο κεφάλαιο για τα κοινωνικά δικαιώματα.

40. Βλ. το συλλογικό τόμο R.Goodin, J.Le Grand, (eds.), "Not only the poor. The middle classes and the welfare state", 1987

αποτυχίας του κοινωνικού κράτους έγγειται στη διαδικασία της γραφειοκρατικοποίησης και στην ευπαθή θέση των νομοθετικών και ελεγκτικών οργάνων σε σύγκριση με την εκτελεστική εξουσία. Γύρω από κάθε γραφειοκρατία υπάρχει ένας κύκλος από προνομιούχους και ευνοούμενους που συνεκμεταλλεύονται το καθεστώς όπως π.χ. επιχειρηματίες, επαγγελματικές ομάδες και άλλα οργανωμένα συμφέροντα, με αποτέλεσμα η αυτονομία των πολιτικών φορέων να περιορίζεται. Ο κρατικός μηχανισμός έχει κάνει όργανό του το κοινοβουλευτικό κράτος και τα κρατικά μέτρα έχουν σπασμωδικό χαρακτήρα στοχεύοντας στην εκ των υστέρων θεραπευτική παρέμβαση και όχι στην πρόληψη.41 Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται όχι μόνο με το κράτος πρόνοιας αυτό καθαυτό αλλά γενικότερα με τις διαδικασίες διαμόρφωσης και άσκησης πολιτικής στα πλαίσια του καπιταλιστικού συστήματας. Στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας τίθενται ζητήματα όπως της ορθολογικότητας και της θέσης εξουσίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, της διαδικασίας εφαρμογής των πολιτικών και του ρόλου των οργανώσεων και των γραφειοκρατιών.42

6.ΑΝΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΚΡΙΤΙΚΩΝ : ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Συνοψίζοντας τις παραπάνω κριτικές θα λέγαμε ότι οι κύριοι άξονες γύρω από τους οποίους περιστρέφεται η πολεμική ενάντια στο κράτος πρόνοιας είναι δύο: ότι επιδρά αρνητικά στην οικονομική ανάπτυξη και την απόδοση της οικονομίας και ότι δεν επιτυγχάνει τους στόχους του. Συνεπώς η σημασία του κράτους πρόνοιας αμφισβητείται με βάση το διπλό κριτήριο της αποδοτικότητας και της ισότητας.43

6.1.ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΔΙΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ;

Οσο αφορά την αναδιανεμητική και εξισωτική διάσταση των κοινωνικών προγραμμάτων, η πεσιμιστική άποψη που υποστηρίζει την αποτυχία των κοινωνικών δαπανών να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη ισότητα, πηγάζει σύμφωνα με τον O'Higgins από τρεις παράγοντες.

---

41. M.Janicke, "Η αποτυχία του κράτους. Η αδυναμία της πολιτικής στην βιομηχανική κοινωνία", 1992, σ.61-88, R.Hadley, S.Hatch, "Social welfare and the failure of the state. Centralised social services and participatory alternatives", 1981, s.3-29, M.Hill, G.Bramley, "Analysing social policy, 1986, σ.160-176

42. C.Ham, M.Hill, "The policy process in the modern capitalist state", 1993

43. Για μια σύντομη παρουσίαση αυτού του σκεπτικού στα ελληνικά βλ. Ο.Στασινοπούλου, "Κοινωνικό κράτος και κρίση", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης. Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", 1990, σ.240-249

Ο πρώτος σχετίζεται με τις δυσκολίες ορισμού της έννοιας αφού η ισότητα μπορεί να αναφέρεται στη πρόσβαση, στις ευκαιρίες, στο αποτέλεσμα κλπ. Συνεπώς εμφανίζεται μια σύγχυση ως προς την ακριβή φύση των εξισωτικών στόχων των επιμέρους κοινωνικών προγραμμάτων. Δεύτερον, οι διάφορες αναλύσεις για τη διανομή και την αναδιανομή δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη διαφορετική σύνθεση και το μέγεθος των εισοδηματικών μονάδων π.χ. των νοικοκυριών. Τρίτον η απογοήτευση μπορεί να πηγάζει από την καλλιέργεια ψευδαισθήσεων όσο αφορά τις προσδοκίες έναντι του κράτους πρόνοιας.44

Ο τελευταίος παράγοντας ίσως είναι και ο πιο ουσιαστικός αφού τοποθετεί το όλο πρόβλημα σε σχέση με το πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Οι κοινωνικές δαπάνες μπορεί να είναι εξισωτικές αλλά αποτελούν τμήμα μόνο του εισοδήματος των ατόμων. Αντίθετα τα εισοδήματα από την αγορά, τα οποία κατανέμονται άνισα, εξακολουθούν να αποτελούν τη βασικότερη πηγή εισοδήματος. Συνεπώς η εξέταση μόνο της αναδιανεμητικής επίπτωσης του δημόσιου τομέα χωρίς να λαμβάνεται υπόψη και η αγοραία κατανομή είναι ανεπαρκής. Αυτό τονίζει και ο Kraus αναλύοντας την εισοδηματική ανισότητα όσο αφορά την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στα κράτη της Δ.Ευρώπης και των ΗΠΑ για τη περίοδο 1850-1970, κάνοντας τη διάκριση μεταξύ ανισότητας στο στάδιο της παραγωγής η οποία αναφέρεται στα εισοδήματα που αποκτούνται στην αγορά και ανισότητας στο στάδιο της κατανάλωσης η οποία αντανακλά την τελική κατανομή του εισοδήματος μετά τους φόρους, τις μεταβιβαστικές πληρωμές και την κατανάλωση δημόσιων αγαθών. Η βασική του διαπίστωση είναι ότι η ανάπτυξη του κράτους σχετίζεται με την μείωση της ανισότητας των αγοραίων εισοδημάτων αν και δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί αν αυτό οφείλεται στην αύξηση του ελέγχου της αγοράς από το κράτος ή στην αύξηση της ζήτησης εκ μέρους του για αγαθά και υπηρεσίες.45

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η K.Gardiner εξετάζοντας τις εισοδηματικές ανισότητες στη Βρετανία και σε άλλες χώρες. Η κύρια διαπίστωση είναι ότι στο διάστημα μεταξύ 1950-1976 υπήρξε μια μείωση των ανισοτήτων αλλά μετά το 1976 η τάση άρχισε να αναστρέφεται με αποκορύφωμα το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1980 όπου υπήρξε ραγδαία αύξησή τους. Η αύξηση των ανισοτήτων κατά τη δεκαετία του 1980 συνδέεται με δύο τάσεις που εμφανίστηκαν ταυτόχρονα: από τη μια αύξηση των ανισοτήτων στη κατανομή του αγοραίου εισοδήματος και από την άλλη μεταρυθμίσεις στα συστήματα φορολογίας και επιδομάτων οι οποίες ενέτειναν τα αντίστροφα προοδευτικά στοιχεία τους.46

---

44. M.O'Higgins, "Welfare, redistribution and inequality-disillusion, illusion and reality", στο P.Bean et al., (eds.), "In defence of welfare", 1985, σ.162-169

45. F.Kraus, "The historical development of income inequality in Western Europe and the United States", στο P.Flora, A.Heidenheimer, (eds.), "The development of welfare states in Europe and America", 1982, σ.187-236

Ο Atkinson κατατάσσει τις χώρες σε δύο κατηγορίες. Στή πρώτη κατηγορία η πορεία των εισοδηματικών ανισοτήτων έχει τη μορφή του λατινικού γράμματος U όπου υπάρχει μια μείωση των ανισοτήτων μέχρι περίπου τη δεκαετία του 1970, για να ακολουθήσει μια έντονη αυξητική τάση. Εδώ περιλαμβάνονται χώρες όπως οι ΗΠΑ (1968), η Αυστραλία (αρχές δεκαετίας 1980), Νέα Ζηλανδία (αρχές δεκαετίας 1980), Σουηδία (1980/81), Βρετανία (τέλη δεκαετίας 1970), η Ιαπωνία (αρχές δεκαετίας 1980). Στην παρένθεση αναφέρονται οι χρονολογίες που αποτέλεσαν το σημείο αναστροφής. Στη δεύτερη κατηγορία υπάγονται χώρες όπως ο Καναδάς, η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Γερμανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία όπου εμφάνισαν μια σταθερότητα στην κατανομή του εισοδήματος κατά τη δεκαετία του 1980. Τέλος στη Φιλανδία και τη Νορβηγία εμφανίστηκε η τάση μείωσης των ανισοτήτων στη δεκαετία του 1980.47 Σε χώρες που εμφανίστηκε αύξηση των ανισοτήτων τη περίοδο από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, όπως η Βρετανία,οι αιτίες μπορούν να αναζητηθούν σε τρεις παράγοντες: τη μείωση του ποσοστού των οικογενειών που μπορούσαν να αποκτήσουν εισόδημα από εργασία, την αύξηση της διασποράς στη κατανομή των εισοδημάτων και τη μείωση του επιπέδου των κοινωνικών παροχών.48

Τέλος δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ορισμένα σημαντικά επιτεύγματα του κράτους πρόνοιας όπως το κτίσιμο σχολείων και η επέκταση της εκπαίδευσης, το κτίσιμο κατοικιών και η βελτίωση των συνθηκών στέγασης, η εγκαθίδρυση εθνικών συστημάτων υγείας, η διαμόρφωση κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων.49 Και σε τελική ανάλυση θα μπορούσε να τεθεί και το ερώτημα: Αν δεν υπήρχε το κοινωνικό κράτος,τότε πώς θα είχε διαμορφωθεί η κατάσταση;

Από τις παραπάνω μελέτες προκύπτουν δύο συμπεράσματα. Το πρώτο είναι ότι στη μεταπολεμική περίοδο μέχρι τουλάχιστον τα μέσα της δεκαετίας του 1970 υπήρξε μια τάση μείωσης των ανισοτήτων στη διανομή του εισοδήματος. Το δεύτερο είναι ότι η αύξηση των ανισοτήτων αυτών κατά τη δεκαετία του 1980 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε κρατικά μέτρα που πάρθηκαν κυρίως από δεξιές κυβερνήσεις.

---

46. K.Gardiner, "A survey of income inequality over the last twenty years. How does the UK compare?", 1993

47. A.Atkinson, "Seeking to explain the distribution of income", 1994, σ.3-8, A.Atkinson, "Incomes and the welfare state. Essays on Britain and Europe", 1995, σ.41-63

48. A.Atkinson, 1995, ό.π., σ.15-40

49. P.Wilding, "In defence of the welfare state", 1986, σ.127-130. Βλ. επίσης R.Lowe, "The welfare state in Britain since 1945", 1993 και M.Hill, "Social policy. A comparative analysis", 1996 όπου αναλύονται τα επιτεύγματα του κράτους πρόνοιας στους επιμέρους τομείς πολιτικής.

6.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ. ΚΡΙΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ;

Η σχέση κράτους πρόνοιας και οικονομικής ανάπτυξης κατέχει κεντρική θέση στη συζήτηση που αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 αφού αποτέλεσε τη βάση στην οποία στηρίχθηκε η διαμόρφωση του πλαισίου της πολεμικής ενάντια στο κοινωνικό κράτος. Στο επίκεντρο αυτής της συζήτησης βρίσκονται ερωτήματα όπως: Ποιά η σχέση κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής; Είναι δυνατή η ταυτόχρονη επίτευξη αποδοτικότητας και ισότητας; Ποιά η σχέση μεταξύ της αύξησης των κοινωνικών δαπανών και των αυξανόμενων ελλειμμάτων; Πόσο πειστικά είναι τα επιχειρήματα ότι η επέκταση της κοινωνικής προστασίας περιόρισε την οικονομική ανάπτυξη; Σε ένα δεύτερο επίπεδο τίθεται το πρόβλημα της ίδιας της ανάπτυξης: Πώς ορίζεται η ανάπτυξη; Ποιές οι επιπτώσεις της αναζήτησης ολοένα και μεγαλύτερης ανάπτυξης; Μήπως τελικά η ανάπτυξη καταντά αυτοσκοπός και όχι μέσο ικανοποίησης των κοινωνικών αναγκών;

Οι επικρίσεις που έχουν ασκηθεί στην κοινωνική πολιτική ότι εμποδίζει την οικονομική ανάπτυξη, εντοπίζονται στα εξής σημεία: Υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ κοινωνικών δαπανών και οικονομικής απόδοσης. Οσο περισσότερες οι κοινωνικές δαπάνες τόσο μεγαλύτερα προβλήματα αντιμετωπίζει η οικονομία. Η επέκταση των κοινωνικών υπηρεσιών απασχολούν εργατικό δυναμικό και κεφάλαιο τα οποία θα μπορούσαν να απασχοληθούν παραγωγικά στη βιομηχανία. Αποτέλεσμα η εμφάνιση τάσεων αποβιομηχάνισης. Η παροχή κοινωνικών επιδομάτων στους εργαζόμενους που απεργούν ενθαρρύνει περισσότερο τις απεργίες και συμβάλλει στην αύξηση από τα συνδικάτα των πιέσεων για αυξήσεις στους μισθούς. Οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες συμβάλλουν στην αύξηση του κόστους παραγωγής με αποτέλεσμα τη μείωση της ανταγωνιστικότητας και στην υψηλή φορολογία η οποία με τη σειρά της φαλκιδεύει το διαθέσιμο πραγματικό εισόδημα των ατόμων, υποσκάπτει τα κίνητρα για εργασία και επενδύσεις και τροφοδοτεί τον πληθωρισμό. Επίσης διογκώνονται τα δημοσιονομικά ελλείμματα με αποτέλεσμα την εμφάνιση πληθωρισμού, την αποθάρρυνση των επενδύσεων και την απορρόφηση πόρων για καταναλωτικούς σκοπούς. Από την άλλη, οι παροχές κοινωνικής ασφάλειας είναι τόσο υψηλές που μερικοί βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση όταν δεν εργάζονται από ότι αν εργάζονταν. Κατά πόσο όμως οι αιτιάσεις αυτές στηρίζονται σε αναμφισβήτητα δεδομένα και επομένως μπορούν να γίνουν αποδεκτές;

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό στο ΑΕΠ τη περίοδο 1960-89 σε διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ε.Ε. Η κύρια τάση που διαπιστώνεται μέχρι το 1980 είναι η αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που απορροφούν οι κοινωνικές δαπάνες. Στη δεκαετία του 1980 εμφανίζεται μια σταθερότητα αυτού του ποσοστού ή ακόμα και μια μικρή πτώση.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΤΟ ΑΕΠ 1960-89

ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1975	1980	1985	1989
Βέλγιο	17,4	19,3	26,7	30,4	27,4	25,2
Δανία	9,0	19,1	24,2	26,0	26,0	27,8
Γερμανία	18,1	19,5	26,2	25,7	25,1	24,1
Ελλάδα	8,5	9,0	9,0	11,6	20,1	20,9
Ισπανία	-	-	-	16,8	19,0	18,8
Γαλλία	13,4	16,7	18,4	22,6	27,9	26,4
Ιρλανδία	8,7	11,9	17,1	19,2	23,1	19,6
Ιταλία	13,1	16,9	21,0	21,2	22,7	23,7
Λουξεμβούργο	-	15,9	22,4	26,0	25,0	26,6
Ολλανδία	11,7	22,5	29,6	28,3	28,8	27,9
Πορτογαλία	-	-	-	13,6	13,8	14,9
Ην.Βασίλειο	10,2	13,2	15,6	21,3	24,1	21,3
ΕΟΚ 12	-	-	-	21,6	23,6	23,1
ΗΠΑ	7,3	10,4	14,5	13,4	14,3	14,5
Καναδάς	9,1	11,8	15,4	15,0	17,1	17,1
Ιαπωνία	4,1	5,7	9,3	11,9	11,5	11,6
Σουηδία	10,8	16,8	21,2	25,9	32,6	33,3

ΠΗΓΗ : 1.OECD,"New orientations for social policy",1994, tables 1a,1b,1c, pp.57-61
2.OECD,"The future of social protection",1988, table 1,pp.10
3.Commission of European Communities,"Social protection in Europe",1994,table 1,p.42

Οι V.George και P.Wilding δείχνουν ότι η κοινωνική πολιτική δεν αποτελεί βάρος στην οικονομική ανάπτυξη αλλά αντίθετα συντελεί σε αυτήν. Εξετάζοντας τη περίπτωση της Βρετανίας διαπιστώνουν ότι η επέκταση του δημόσιου τομέα ήρθε να καλύψει το κενό που άφησε ο ιδιωτικός. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η απόδοση του ιδιωτικού τομέα θα ήταν υψηλότερη αν η δραστηριότητα του δημόσιου τομέα ήταν πιο περιορισμένη. Επίσης κατά τις δεκαετίας του 1960 και του 1970 που αποτέλεσαν περίοδο επέκτασης των κοινωνικών υπηρεσιών, δεν υπήρχε στενότητα κεφαλαίου και εργασίας έτσι ώστε να μπορεί να υποτεθεί ότι η απορρόφηση παραγωγικών πόρων από τις κοινωνικές υπηρεσίες εμπόδισε την ανάπτυξη της βιομηχανίας. Ούτε μπορεί να πεί κάποιος ότι στην κύρηξη απεργιών συμβάλλει η παροχή κρατικών επιδομάτων προς τους απεργούς αφού άλλοι λόγοι όπως πολιτικοί και οικονομικοί είναι υπεύθυνοι για αυτό. Από την άλλη μεριά η φορολογία δεν είναι ο μόνος παράγοντας που επιδρά στη διάθεση των ατόμων για εργασία αλλά υπάρχει ένα πλέγμα παραγόντων όπως οι στάσεις, οι ανάγκες και οι προτεραιότητες που θέτει κάθε άτομο σε διαφορετικές στιγμές της ζωής του, η ζήτηση για εργασία στην οικονομία, οι ευκαιρίες που δίνονται για περισσότερη εργασία κλπ. Επίσης τα δεδομένα δεν επιβεβαιώνουν την άποψη ότι η φορολογία μειώνει τα κίνητρα για αποταμίευση και οδηγεί στην έλλειψη κεφαλαίου και επενδύσεων αφού σε περιόδους με υψηλή φορολογία υπήρχε επάρκεια κεφαλαίου. Τέλος δεν μπορεί να υποστηριχθεί η θέση ότι τα επίπεδα των παροχών είναι τόσο πολύ

υψηλά σε σχέση με τους μισθούς ώστε να αποτελούν αντικίνητρο για εργασία αλλά ούτε και η θέση ότι οι κοινωνικοασφαλιστικές παροχές μειώνουν την κινητικότητα της εργασίας και την ένταση της προσπάθειας.50

Αντίθετα με όλα αυτά, η κοινωνική πολιτική διευκολύνει την οικονομική ανάπτυξη. Η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες υγείας βελτιώνουν τη ποιότητα της εργατικής δύναμης, οι κρατικές περιφερειακές πολιτικές και οι πολιτικές προαγωγής της κινητικότητας της εργασίας συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη και οι κρατικές δαπάνες ενθαρρύνουν τη παραγωγή και την απασχόληση μέσω της αύξησης της κατανάλωσης. Επίσης οι πολιτικές προστασίας των ηλικιωμένων, των πολύ νέων και των ασθενών συμβάλλουν στην απελευθέρωση των ενήλικων και τους κάνουν διαθέσιμους για εργασία.51

Ο Stephens αναφερόμενος στη περίπτωση των Σκανδιναυικών κρατών δείχνει ότι οι κοινωνικές παροχές είχαν πολύ μικρή αν όχι καθόλου συμβολή στα τρέχοντα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτές οι χώρες σήμερα. Αντίθετα, πολλές από αυτές τις παροχές είχαν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων.52

Σε μελέτη του ΟΟΣΑ για τα δημόσια συστήματα συνταξιοδότησης διαπιστώνεται ότι δεν μπορούν να εξαχθούν απόλυτα συμπεράσματα για τις πιθανές σχέσεις μεταξύ των βασικών οικονομικών μεταβλητών και των κύριων χαρακτηριστικών των δημόσιων συστημάτων συνταξιοδότησης όπως για παράδειγμα μεταξύ των ανισορροπιών στην αγορά εργασίας και του τρόπου χρηματοδότησης των συντάξεων ή για την επίπτωση των δημόσιων συντάξεων στις αποφάσεις των ατόμων όσο αφορά τον προσπορισμό του εισοδήματος, την αποταμίευση και το σχηματισμό κεφαλαίου ή για τη συμβολή των κοινωνικοασφαλιστικών ρυθμίσεων στην απουσία ευελιξίας της αγοράς εργασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργεί αβεβαιότητες σε σχέση με τις προτεινόμενες πολιτικές αναμόρφωσης των συνταξιοδοτικών συστημάτων.53

Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από προγεννέστερη μελέτη του ΟΟΣΑ σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών δαπανών στην οικονομική απόδοση. Εκεί διαπιστώνεται ότι δεν μπορεί να αποδειχθεί με βεβαιότητα η σχέση μεταξύ του ύψους των δημόσιων

---

50. V.George, P.Wilding, "The impact of social policy", 1984, σ.151-186

51. V.George, P.Wilding, 1984, ό.π., σ.118-150

52. J.Stephens, "The Scandinavian welfare states: Achievements, crisis and prospects",στο C.Esping-Andersen,(ed.),"Welfare states in transition. National adaptations in global economies", 1996, σ.32-65

53. OECD, "Reforming public pensions", 1988, σ.43-64

κοινωνικών δαπανών και της οικονομικής ανάπτυξης όπως μετριέται με βάση το ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ, το ποσοστό ανεργίας και το ύψος του πληθωρισμού.54

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και μελέτη της Κοινότητας για την κοινωνική προστασία στις χώρες μέλη. Διαπιστώνεται ότι δεν είναι ξεκάθαρο το αν μια αύξηση των εισφορών και της φορολογίας οδηγεί στην αύξηση της εργασίας έτσι ώστε να αναπληρωθεί η απώλεια εισοδήματος που προκύπτει από τις παραπάνω παρακρατήσεις ή αν αυτό συνεπάγεται μια μείωση των ωρών εργασίας. Από την άλλη μεριά η σχέση δημόσιων ελλειμμάτων και κοινωνικής προστασίας και η άποψη ότι οι κοινωνικές δαπάνες ευθύνονται για τα ελλείμματα, δεν είναι αυταπόδεικτες αφού υπάρχουν περιπτώσεις όπως για παράδειγμα το Βέλγιο όπου αν και περιορίστηκε αισθητά ο ρυθμός αύξησης των κοινωνικών δαπανών ωστόσο τα δημόσια ελλείμματα διευρύνθηκαν. Οσο αφορά την ανταγωνιστικότητα, την απασχόληση και την ανεργία, μπορεί να δειχθεί ότι μια ισορροπημένη ανάπτυξη οικονομικής απόδοσης και κοινωνικής προστασίας δεν υποσκάπτει ούτε την ανταγωνιστικότητα αλλά ούτε και την απασχόληση. Υπάρχουν πολύ μικρές ενδείξεις για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών και δεν επιβεβαιώνεται η άποψη ότι χώρες με μικρό ποσοστό ή περικοπές στις δημόσιες δαπάνες κατάφεραν μεγαλύτερες εξαγωγές από άλλες χώρες. Επίσης δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η κοινωνική προστασία επιδρά αρνητικά στη δημιουργία θέσεων εργασίας αλλά ούτε και ότι συμβάλλει στην αύξηση του ποσοστού ανεργίας. Ως προς τη σχέση κοινωνικών εισφορών και κόστους εργασίας διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει μια απλή αιτιακή σχέση μεταξύ των δύο. Αν η ανάπτυξη της κοινωνικής προστασίας οδηγούσε αυτόματα σε αύξηση του κόστους εργασίας τότε οι χώρες με υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας θα είχαν πολύ χαμηλή ανταγωνιστικότητα,γεγονός που δεν ισχύει. Επίσης από τα στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι κοινωνικές παροχές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα κίνητρα για εργασία και αποταμίευση. Για παράδειγμα δεν αποδεικνύεται ότι τα επιδόματα ανεργίας δίνουν κίνητρα για εθελοντική αργία ή για επιμήκυνση του χρόνου αναζήτησης εργασίας. Τέλος δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα στατικά διανεμητικά συστήματα συνταξιοδότησης μειώνουν τη τάση των νοικοκυριών για αποταμίευση.55

Ο A.Atkinson αναλύοντας μια σειρά μελετών που εξετάζουν τις επιπτώσεις του κράτους πρόνοιας στην οικονομική απόδοση, διαπιστώνει ορισμένα προβλημάτων όσο αφορά τα εμπειρικά δεδομένα στα οποία στηρίζεται η θέση ότι οι χώρες με υψηλές κοινωνικές δαπάνες έχουν και χαμηλότερη οικονομική απόδοση. Για παράδειγμα δεν είναι ξεκάθαρος ο προσανατολισμός της αιτιότητας: οι υψηλές δαπάνες ευθύνονται για την χαμηλή οικονομική απόδοση ή η χαμηλή οικονομική απόδοση οδηγεί στην αναγκαιότητα αύξησης των

---

54. OCDE, "Depenses sociales 1960-90. Problemes de croissance et de maitrise", 1985, σ.18

55. "Commission of the European Community, "Social protection in Europe", 1994, σ.77-96

κοινωνικών δαπανών; Ενα άλλο πρόβλημα προκύπτει με την μέτρηση του μεγέθους του κράτους πρόνοιας: οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες σχετίζονται με ποιο γεναιόδωρα συστήματα κοινωνικής προστασίας ή με μεγαλύτερες ανάγκες; Ενα τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με το ότι δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη δομή των συστημάτων κοινωνικής προστασίας: το ίδιο επίπεδο παροχών μπορεί να έχει διαφορετικές επιπτώσεις ανάλογα με τη μορφή των προγραμμάτων. Το γεγονός αυτό δεν λαμβάνεται υπόψη στα διάφορα οικονομετρικά μοντέλα. Για παράδειγμα, θεωρείται δεδομένο ότι όλοι οι άνεργοι λαμβάνουν επιδόματα ανεργίας, ενώ στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει αυτό, αφού ανάλογα με τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, καθορίζονται ορισμένες προυποθέσεις για την κατοχύρωση δικαιώματος. Τέλος τα αποτελέσματα των διαφόρων οικονομετρικών μελετών είναι συχνά αντικρουόμενα και δεν προσφέρουν επαρκείς ενδείξεις για το ότι οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες συνεπιφέρουν χαμηλότερους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης.56

Συνοψίζοντας τη παραπάνω συζήτηση θα μπορούσαμε να πούμε ότι δεν φαίνεται να υπάρχει οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ανισότητας που μια κοινωνία είναι διατεθημένη να ανεχθεί και της οικονομικής της απόδοσης. Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της απόδοσης,του βαθμού ισότητας και της έκτασης των αναδιανεμητικών προγραμμάτων.57 Το κράτος πρόνοιας δεν αντίκειται στην έννοια της αποδοτικότητας αλλά πολλές λειτουργίες του ακριβώς έχουν αυτό το στόχο: την επίτευξη πραγμάτων που οι ιδιωτικές αγορές για τεχνικούς λόγους (προβλήματα πληροφόρησης, ανταγωνισμού και αποτυχίας της αγοράς) δεν μπορούν να κάνουν ή κάνουν μη αποδοτικά.58 Συνεπώς όπως υποστηρίζουν και οι Baily, Burtless, Litan, δεν υπάρχει λόγος γιατί ανάπτυξη και ισότητα θα πρέπει να θεωρούνται ως δύο ασύμβατοι στόχοι. Η πρόοδος και προς τα δύο μπορεί να επιτευχθεί ταυτόχρονα. Οι κατάλληλες πολιτικές για την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση της διανομής είναι αξεδιάλυτα διαπλεκόμενες μεταξύ τους.59

---

56. A.B.Atkinson, "The welfare state and economic performance", 1995, σ.1-20, A.B.Atkinson, "Incomes and the welfare state. Essays on Britain and Europe", 1995, σ.121-219

57. L.Thurow, "Equity, efficiency, social justice and redistribution", στο OECD, "The welfare state in crisis", 1981, σ.137-150

58. N.Barr, "The welfare state as an efficiency device", 1987. Βλ. επίσης την ανάλυση σε προηγούμενο κεφάλαιο για την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης λόγω της αποτυχίας της αγοράς στη διανομή ορισμένων αγαθών.

59. M.Neil Baily, G.Burtless, R.Litan, "Growth with equity. Economic policymaking for the next century", 1993, σ.1-14

Η ανάλυση που προηγήθηκε είχε ως στόχο να δείξει ότι οι δαπάνες για κοινωνική προστασία δεν αναιρούν την οικονομική ανάπτυξη. Μήπως όμως το πρόβλημα πηγάζει από την ίδια την οικονομική ανάπτυξη; Μήπως η ανάπτυξη γεννά ταυτόχρονα καταστάσεις ευημερίας και σπανιότητας,πλουτισμού και πτώχευσης;60 Μέχρι τώρα η μεγαλύτερη έμφαση έχει δοθεί στην οικονομική μεγέθυνση η οποία αναφέρεται στην αξία του συνολικού όγκου των πωλήσεων έτσι όπως εκφράζεται με το ΑΕΠ παρά στην αναδιανομή των πόρων και το πραγματικό βιοτικό επίπεδο, με αποτέλεσμα την κυριαρχία της ποσοτικής έναντι της ποιοτικής διάστασης της ευημερίας.61 Η βασική αντίληψη ήταν ότι η διαδικασία οικονομικής μεγέθυνσης θα συνέβαλλε στην αύξηση της δυνατότητας κατανάλωσης των χαμηλότερων εισοδηματικών ομάδων σε επίπεδα υψηλότερα από ότι θα προέκυπταν από την αναδιανομή όλων των πόρων που βρίσκονταν σε αφθονία και κατέχονταν από τις ανώτερες εισοδηματικές ομάδες. Ομως υπάρχει ένας διπλός κοινωνικός περιορισμός στην ασταμάτητη επιδίωξη ολοένα και υψηλότερων επιπέδων οικονομικής μεγέθυνσης, ο οποίος συνέβαλλε στην διάψευση των προσδοκιών. Η μια διάσταση αυτού του περιορισμού είναι αυτό που ο F.Hirsch αποκαλεί "παράδοξο της ευημερίας". Η οικονομική μεγέθυνση στις προοδευμένες κοινωνίες εμπεριέχει μερικά στοιχεία αυτοδιάψευσης. Η διαδικασία της οικονομικής μεγέθυνσης όταν γενικευτεί, αποτυγχάνει να ικανοποιήσει τις υποσχέσεις της και μετατρέπεται σε κοινωνική σπανιότητα. Πράγματα που κάνουν ευχάριστη τη ζωή και που κάποτε ήταν ελεύθερα αγαθά, θεωρούνταν δεδομένα και βρίσκονταν σε αφθονία, μετατρέπονται σε αγαθά με αδυναμία αύξησης της προσφοράς τους καθώς ο πληθυσμός αυξάνει, τα εισοδήματα ανεβαίνουν και η οικονομική μεγέθυνση αυξάνει τη χρησιμοποίησή τους και τα κάνει σπάνια. Ετσι η αυξημένη χρήση αυτών των "καταστατικών αγαθών" από ένα άτομο μειώνει τη διαθεσιμότητά τους για τους άλλους με αποτέλεσμα να εμφανίζονται φαινόμενα έντονου καταναλωτισμού, το κυνήγι του χρήματος, η επιδεικτική κατανάλωση,62 η μείωση της φιλικότητας και της κοινωνικής ζωής, η ιδιωτικοποίηση αγαθών που κάποτε ήταν κοινής πρόσβασης, η αποτυχία του αυξανόμενου κατά κεφαλήν εισοδήματός μας να βελτιώσει τη θέση μας, η μείωση της τιμιότητας, της συμπόνοιας και της κοινωνικής συνείδησης. Στο σημείο αυτό επικεντρώνεται η δεύτερη διάσταση των κοινωνικών περιορισμών της ανάπτυξης. Η συνέχιση της διαδικασίας μεγέθυνσης βασίζεται σε ορισμένες ηθικές προυποθέσεις τις οποίες η ίδια η επιτυχία της έθεσε σε κίνδυνο μέσω του ατομικιστικού ήθους. Η

---

60. M.Beaud, "Επί των αιτίων της ένδειας των εθνών και των ατόμων", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία. Η εποχή της παγκοσμιότητας", τεύχος 3, 1993, σ.62-69

61. Ο όρος μεγέθυνση χρησιμοποιείται αντί του όρου της ανάπτυξης για να τονιστεί ακριβώς η κυριαρχία της ποσοτικής έναντι της ποιοτικής διάστασης που μπορεί να εμπεριέχει η έννοια της ανάπτυξης. Βλ. T.Trainer, "Τί είναι ανάπτυξη;", στο Κοινωνία και Φύση, τόμος 3, τεύχος 7, Σεπτ.-Δεκ. 1994, σ.35-65

62. Για μια πολύ καλή ανάλυση της επιδεικτικής κατανάλωσης πλούτου βλ. T.Veblen, "Η θεωρία της αργόσχολης τάξης", 1982

οικονομική μεγέθυνση υποσκάπτει τα κοινωνικά της θεμέλια.63

Επομένως μήπως θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουμε την ανάπτυξη έτσι ώστε να εκφράζεται μέσα από ποιοτικούς και όχι ποσοτικούς όρους, δηλαδή με βάση την ποιότητα της ζωής και τις σχέσεις των ανθρώπων; Χρειάζεται η διαμόρφωση πλαισίων μέσα στα οποία η οικονομική διάσταση αποτελεί μια από τις συνιστώσες της ανάπτυξης και όχι τη μοναδική.64

6.3.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ : ΚΡΙΣΗ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ Η ΚΡΙΣΗ ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗΣ;

Από τη δεκαετία του 1970 και μετά, άρχισε να κυριαρχεί η αντίληψη ότι βρισκόμαστε σε μια περίοδο κρίσης της συναίνεσης και της δημοκρατίας. Οι απόψεις αυτές εκφράστηκαν τόσο από τη δεξιά, με τη θεωρία περί υπερφορτωμένης κυβέρνησης, όσο και από την αριστερά με τη θεωρία περί κρίσης νομιμοποίησης.65 Βρισκόμαστε όμως πράγματι σε μια φάση κρίσης της νομιμότητας του κοινωνικού κράτους; Η κοινωνική συναίνεση ήταν πάντα τόσο ισχυρή όσο υποστηρίζεται; Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των πολιτών άλλαξαν τόσο ώστε πλέον να μην υποστηρίζουν την κρατική παρέμβαση στην κοινωνική προστασία; Και αν αυτό ισχύει,τότε μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες ευθύνονται για την άρση της πολιτικής σταθερότητας και τη μεταστροφή της κοινής γνώμης;

Κατ'αρχήν, όπως παρατηρεί και ο Sullivan, το γενικότερο πλαίσιο συναίνεσης που αναπτύχθηκε μεταπολεμικά, υπέκρυπτε περιπτώσεις διάρρηξης και σύγκρουσης. Συνεπώς η μεταπολεμική περίοδος της νομιμότητας και της συναίνεσης δεν ήταν τόσο πλατειά όσο εκ πρώτης όψεως φαίνεται.66 Από την άλλη μεριά, μελετητές όπως ο Held και ο Pierson, υποστηρίζουν ότι παρόλη την ύπαρξη διαφωνιών και συγκρούσεων, δεν έχει αναπτυχθεί ένα μαζικό κίνημα διαμαρτυρίας που να αμφισβητεί έντονα το υπάρχον πολιτικό σύστημα και να απαιτεί μεγαλύτερη συμμετοχή στα κέντρα λήψης αποφάσεων ή ευρείες συνταγματικές μεταρυθμίσεις. Η τάση αδιαφορίας ενός μέρους του εκλογικού σώματος προς τις παραδοσιακές μορφές πολιτικής, δεν οδήγησε στη διατύπωση αιτημάτων για εναλλακτικούς θεσμούς. Η αμφισβήτηση πολλές φορές απευθύνεται προς συγκεκριμένες κυβερνήσεις και όχι προς το κράτος αυτό καθαυτό.67

---

63. Βλ. την έξοχη ανάλυση του F.Hirsch, "Social limits to growth", 1977

64. D.Chodorkoff, "Να ορίσουμε ξανά την ανάπτυξη", στο Κοινωνία και Φύση, τόμος 3, τεύχος 7, Σεπτ.-Δεκ. 1994, σ.117-125

65. Οι θέσεις της θεωρίας περί υπερφορτωμένης κυβέρνησης παρουσιάστηκαν στο υποκεφάλαιο που αναφέρεται στη Νέα Δεξιά και η θεωρία περί κρίσης νομιμοποίησης παρουσιάστηκε στο δεύτερο κεφάλαιο.

66. M.Sullivan, "The politics of social policy", 1992, σ.110

Επιπλέον δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρή μεταστροφή της κοινής γνώμης απέναντι στο κράτος πρόνοιας. Η λαική υποστήριξη στα ουσιαστικότερα και σημαντικότερα προγράμματα του κράτους πρόνοιας όπως π.χ. η παροχή υπηρεσιών υγείας, παραμένει πολύ ισχυρή.68

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, οι κοινωνικές υπηρεσίες φαίνεται να έχουν περισσότερο έναν σταθεροποιητικό παρά αποδιαρθρωτικό ρόλο. Και αυτό γιατί μετριάζουν την επίδραση των σημαντικών αποδιοργανωτικών προβλημάτων, προσδιορίζουν τα κοινωνικά προβλήματα με τρόπο που δεν αμφισβητούν την οικονομική και κοινωνική τάξη και εντοπίζουν την πηγή των προβλημάτων σε επίπεδο οικογένειας, ατόμου ή ομάδων και όχι σε όρους δυσλειτουργίας του οικονομικού ή κοινωνικού συστήματος, ενθαρρύνουν, ανταμοίβουν και τιμωρούν συγκεκριμένες αξίες και συμπεριφορές, προσφέρουν υποστήριξη στην εξουσιαστική αρχή και την ιεραρχία της κοινωνίας και βοηθούν στο μετασχηματισμό των ταξικών συγκρούσεων σε πιο ανώδυνες μορφές συγκρούσεων π.χ. παραγωγοί-καταναλωτές, δικαιούχοι-μη δικαιούχοι κλπ.69

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι δεν μπορεί να υποστηριχθεί ακράδαντα η θέση περί κρίσης νομιμοποίησης του κράτους πρόνοιας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να είμαστε σε θέση να διακρίνουμε μεταξύ της δυσαρέσκειας για μια συγκεκριμένη κυβέρνηση και τα μέτρα που αυτή λαμβάνει και της δυσαρέσκειας για το βασικό σύστημα και τη φιλοσοφία που το διέπει. Από την άλλη, η διάρηξη της συναίνεσης δεν συνιστά κρίση νομιμοποίησης αφού η πολιτική αποτελεί τον τρόπο επίλυσης των διαφορών μεταξύ των κοινωνικών ομάδων στα πλαίσια ενός θεσπισμένου πλαισίου κανόνων.

7.ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Αυτό που μπορούμε να συμπεράνουμε από την επιχειρηματολογία που αναπτύχθηκε, είναι ότι δεν υπάρχουν πολύ ισχυρές ενδείξεις ότι το κράτος πρόνοιας βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης ή σε ένα τελικό στάδιο ανατροπής. Οι ισχυρισμοί για αποσταθεροποίηση του δημοκρατικού πολιτεύματος ή υπόσκαψη της οικονομικής ανάπτυξης δεν φαίνεται να δικαιολογούνται επαρκώς. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα πάντα είναι μια χαρά και ότι δεν υπάρχει πρόβλημα. Αυτό το πρόβλημα όμως μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητό όχι μέσα σε ένα θεωρητικό πλαίσιο με άξονα αναφοράς την κρίση, αλλά σε ένα κοινωνικο-πολιτικο-οικονομικό πλαίσιο αλλαγής.70

---

67. D.Held, "Μοντέλα δημοκρατίας", 1995, σ.234-241, C.Pierson, "Beyond the welfare state? The new political economy of welfare", 1991, σ.161

68. C.Pierson, 1991, ό.π., σ.168-171

69. V.George, P.Wilding, "The impact of social policy", 1984, σ.187-220

70. M.Hill, 1996, ό.π., σ.293

Η αλλαγή αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε κοινωνικού συστήματος. Οι αιτίες και τα αποτελέσματα των προβλημάτων κάθε κοινωνικού συστήματος είναι πολύπλοκα και πολυδιάστατα.71 Ορίζοντας στο πρώτο κεφάλαιο, το κοινωνικό κράτος ως ένα ολικό κοινωνικό φαινόμενο που άπτεται κάθε πτυχής της κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής οργάνωσης του κοινωνικού σχηματισμού, μπορούμε να προσεγγίσουμε την σύγχρονη πραγματικότητα υπό το πρίσμα όχι της κρίσης αλλά μιας διαδικασίας αλλαγής και αναμόρφωσης. Το ζήτημα είναι ακριβώς η προσαρμογή του θεσμικού πλαισίου που διέπει την οργάνωση της κοινωνικής προστασίας, στις αλλαγές που συντελούνται σήμερα σε όλα τα επίπεδα του κοινωνικού, με σκοπό την αποτελεσματικότερη διαχείριση του κινδύνου. Ποιές είναι όμως αυτές οι αλλαγές; Θα μπορούσαμε να τις κατατάξουμε σε πέντε μεγάλες κατηγορίες: α) αλλαγές στη λειτουργία του οικονομικού συστήματος, β) αλλαγές των παραγωγικών δομών και της οργάνωσης της εργασίας, γ) αλλαγές των κοινωνικών δομών σε σχέση κυρίως με την οικογένεια, την κοινωνική διαστρωμάτωση και την εμφάνιση νέων κοινωνικών κινημάτων που επαναπροσδιορίζουν την έννοια της αλληλεγγύης και συνεπιφέρουν δ) την αλλαγή της σύλληψης και της αντίληψης της κοινωνικής πραγματικότητας και γενικότερα των ιδεολογιών σχετικά με το ρόλο και τους στόχους του κράτους, την ποιότητα ζωής κλπ. και ε) αλλαγές των δημογραφικών δομών. Το αποτέλεσμα είναι ο μετασχηματισμός της δομής των αναγκών, του κόστους, της αποτελεσματικότητας και των προυποθέσεων κατοχύρωσης δικαιωμάτων κοινωνικής προστασίας.

7.1.ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ,ΔΙΕΘΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΧΩΡΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Η μεταπολεμική οικονομική ανάπτυξη στηρίχθηκε σε κευνσιανές πρακτικές διαχείρισης όπου η επίτευξη της πλήρους απασχόλησης συνδυάζονταν με ένα εκτεταμένο κράτος πρόνοιας και υψηλά επίπεδα φορολογίας. Οι ραγδαίες όμως αλλαγές που σημειώθηκαν κυρίως κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες είχαν ως αποτέλεσμα την αλλαγή του παγκόσμιου οικονομικού πλαισίου στο οποίο λειτουργούσαν οι εθνικές οικονομίες. Οι αλλαγές αυτές συνδέονται με την σημαντική αύξηση των διεθνών οικονομικών ανταλλαγών έτσι όπως εκφράζονται μέσα από την αύξηση των διεθνών εμπορευματικών ροών, τη διεθνοποίηση των δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων και την επέκταση των διεθνών αγορών κεφαλαίου. Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να καταστήσουν τις εθνικές οικονομίες πολύ ανοικτές. Η ανάπτυξη ενός έθνους σήμερα απαιτεί η οικονομία του να είναι ανοικτή γεγονός που σημαίνει μεγαλύτερο ανταγωνισμό, έκθεση στις επιδράσεις του διεθνούς εμπορίου και αύξηση της κινητικότητας του κεφαλαίου.72

---

71. D.Iatridis, "Social policy. Institutional context of social development and human services", 1994, σ.37

72. A.McGrew, "The state in advanced capitalist societies", στο J.Allen et al., (eds.), "Political and economic forms of modernity", 1992, σ.107-110, C.Esping-Andersen, "Positive sum solutions in a world of trade offs?", στο C.Esping-Andersen,

Συνέτειναν στο να μειωθεί η οικονομική απόσταση μεταξύ χωρών, περιφερειών και οικονομικά δρώντων υποκειμένων και στο να αμφισβητηθεί η κυριαρχία των εθνικών κυβερνήσεων πάνω στις διαδικασίες διαμόρφωσης και άσκησης πολιτικής, υποδηλώνοντας μια αυξανόμενη διεθνή αλληλεξάρτηση. Επίσης αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης είναι η τάση αποσύνθεσης των εγκαθιδρυμένων μονοπωλείων, αλλάζοντας τους κανόνες του παιχνιδιού για την απόκτηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μεταξύ των επιχειρήσεων τόσο σε διεθνές όσο και σε τοπικό επίπεδο,αυξάνοντας με αυτό το τρόπο την αβεβαιότητα και την αστάθεια.73

Από μια περίοδο που χαρακτηρίζονταν από τον ανταγωνισμό σε επί μέρους αγορές προϊόντων και υπηρεσιών όπου η υψηλή παραγωγικότητα μιας χώρας σε κάποιο προϊόν της εξασφάλιζε το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, περνάμε σε μια κατάσταση ανταγωνισμού εφ'όλης της ύλης για την απόλυτη επικράτηση σε όλες τις αγορές. Ταυτόχρονα, από έναν μονοπολικό κόσμο με κύριο χαρακτηριστικό την οικονομική κυριαρχία των ΗΠΑ, συντελείται η μετάβαση σε έναν τριπολικό κόσμο με κύριους οικονομικούς ανταγωνιστές τις ΗΠΑ, την Ιαπωνία και την Ευρωπαική Ενωση, με κύριο εκφραστή την Γερμανία.74

Αυτό που τίθεται σε αμφισβήτηση από τις παραπάνω εξελίξεις είναι οι δυνατότητες για την παραπέρα ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας αφού στενεύουν τα περιθώρια που έχει για την άσκηση δημοσιονομικής και νομισματικής πολιτικής. Κατά πόσο η μετάβαση από τις διευθυνόμενες προς τις ανοικτές οικονομίες θα επιτείνει το ατομικό στοιχείο στις συνδυαλλαγές και θα μειώσει τη βαρύτητα των διαπραγματεύσεων μεταξύ συλλογικών οντοτήτων;75 Επεκτείνοντας ακόμα παραπέρα τη συζήτηση, το θέμα είναι κατά πόσο η τάση διεθνοποίησης της οικονομίας επιδρά στην άσκηση των εγχώριων πολιτικών κάθε κράτους.76 Κατά πόσο οι νέες τάξεις

(ed.), "Welfare states in transition.National adaptations in global economies", 1996, σ.256-261, C.Pierson, "Beyond the welfare state? The new political economy of welfare", 1991, σ.177,188, G.Lafay, "Comprendre la mondialisation", 1996, σ.37-68

73. OECD, "Globalisation and regionalisation: The challenge for developing countries", 1994, σ.33

74. L.Thurow, "Ο επερχόμενος οικονομικός πόλεμος μεταξύ Ιαπωνίας, Ευρώπης και Αμερικής", 1995, σ.60-64,79-94

75. B.Jordan, "A theory of poverty & social exclusion", 1996, σ.113-118

76. Το παραπάνω ερώτημα τίθεται επιτακτικά ιδιαίτερα για την Ελλάδα στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης κατά το στάδιο της πλήρους Οικονομικής και Νομισματικής Ενωσης. Βλ. Ι.Βαβούρας, "Η δημοσιονομική πολιτική στα πλαίσια της Οικονομικής και Νομισματικής Ενωσης", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Ορια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού", 1996, σ.191-205

πραγμάτων και η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας οδηγούν σε μια άτυπη μορφή παγκόσμιας διακυβέρνησης με τη δημιουργία υπερεθνικών θεσμών οι οποίοι στην πραγματικότητα υποσκάπτουν τα θεμέλια της δημοκρατίας παρεμποδίζοντας την λαική ετυμηγορία και οδηγούν στην εξάπλωση ενός τριτοκοσμικού κοινωνικού μοντέλου δύο ταχυτήτων;77

Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι δεν μπορούμε πλέον να κατανοήσουμε τη διαμόρφωση των εσωτερικών πολιτικών χωρίς να εξετάσουμε τη φύση και τους δεσμούς που αναπτύσσονται μεταξύ των εθνικών οικονομιών και του παγκόσμιου οικονομικού συστήματος καθώς και τις αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτούς τους δεσμούς, ωστόσο το αποτέλεσμα σε κάθε χώρα θα εξαρτηθεί από το θεσμικό πλαίσιο και τις πολιτικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτή. Πρόκειται δηλαδή για μια αμφίδρομη και όχι μονοσήμαντη σχέση,όπου τίθενται δύο ερωτήματα: Πώς μια αλλαγή στη δομή της διεθνούς οικονομίας επιδρά στις προτιμήσεις των εγχώριων οικονομικών παραγόντων και πώς οι κυβερνήσεις απαντούν σε αυτές τις αλλαγές;78

Με βάση αυτό το σκεπτικό οι Frieden και Rogowski υποστηρίζουν ότι η διεθνοποίηση επιδρά στις προτιμήσεις και τις επιλογές πολιτικής των δρώντων παραγόντων σε κάθε χώρα,ανάλογα με τα οικονομικά συμφέροντα που έχουν αυτοί οι παράγοντες. Για παράδειγμα η διεθνοποίηση επηρεάζει τις σχετικές τιμές των εγχώρια παραγόμενων προϊόντων ή των εγχώριων συντελεστών, σε σχέση τόσο μεταξύ τους όσο και με τα ξένα προϊόντα και συντελεστές. Από τη στιγμή που οι αλλαγές στις σχετικές τιμές επιδρούν στην ανάπτυξη και στην κατανομή του εισοδήματος, οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που ευνοούνται από αυτό το γεγονός, θα πιέσουν προς την κατεύθυνση του μεγαλύτερου ανοίγματος της οικονομίας ενώ αυτοί που πλήττονται θα πιέσουν για την επιβολή περιορισμών, επιδοτήσεων κλπ. Επίσης η διεθνοποίηση με την αύξηση του διεθνούς εμπορίου και της κινητικότητας του κεφαλαίου μεταξύ των κρατών, αυξάνει το ποσοστό της οικονομίας που είναι εκτεθιμένη στις πιέσεις της διεθνούς αγοράς και γίνεται πιο ευαίσθητη στις διεθνείς μεταβολές των τιμών και των κρίσεων. Ακόμα περιορίζει την αυτονομία των κυβερνήσεων για την επιλογή των πολιτικών.79

---

77. N.Chomsky, "Παλιές και νέες τάξεις πραγμάτων", 1996, σ.402-423

78. H.Milner, R.Keohane, "Internationalization and domestic politics: An introduction", στο R.Keohane, H.Milner, (eds.), "Internationalization and domestic politics", 1996, σ.3-24

79. J.Frieden, R.Rogowski, "The impact of the international economy on national policies: An analytical overview", στο R.Keohane, H.Milner, (eds.), 1996, ό.π., σ.25-47

Από την άλλη μεριά όπως δείχνουν οι Garrett και Lange, οι πολιτικοί θεσμοί μπορούν να μπλοκάρουν και να φιλτράρουν τις επιπτώσεις της διεθνοποίησης. Οι διαφορετική ανταπόκριση των δημοκρατικών καθεστώτων στις τάσεις διεθνοποίησης εξαρτάται από τη δύναμη των εργατικών συνδικάτων, το εκλογικό σύστημα, την έκταση της πολιτικής ανεξαρτησίας των γραφειοκρατειών-κλειδιών όπως για παράδειγμα των κεντρικών τραπεζών. Συνεπώς δεν ευσταθεί η υπόθεση ότι οι αλλαγές στις προτιμήσεις στην ιδιωτική σφαίρα αυτόματα θα αντανακλαστούν σε εμφανείς αλλαγές στις δημόσιες πολιτικές και τους θεσμούς.80

Εκτός όμως από την οικονομία,το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης εκτείνεται και στους άλλους τομείς της κοινωνικής πραγματικότητας. Οι τυπικές πολιτικές δομές όλο και περισσότερο θρυμματίζονται και σε διάφορες χώρες εμφανίζονται διαχωρισμοί στη βάση εθνολογικών, πολιτισμικών ή θρησκευτικών χαρακτηριστικών. Η παγκόσμια αύξηση του πληθυσμού δημιουργεί προβλήματα στην ποιότητα ζωής πολλών περιοχών. Η καταστροφή του περιβάλλοντος θέτει σε κίνδυνο την επιβίωση του ανθρώπου σε όλο τον πλανήτη. Οι ευκαιρίες για επιβίωση που δίνονται στα άτομα όλο και περισσότερο πολώνονται με τον αποκλεισμό ορισμένων ομάδων όπως παιδιών, γυναικών και φυσικά ή πνευματικά μειονεκτούντων ατόμων από την απόκτηση εισοδήματος και την παροχή υπηρεσιών όπως για παράδειγμα υπηρεσιών φροντίδας υγείας.81

Ολα αυτά τελικά μήπως σημαίνουν το τέλος του εθνικού κράτους και το κατά Φουκουγιάμα τέλος της ιστορίας; Η απάντηση που δίνουν οι Deppe και Kennedy είναι αρνητική. Και αυτό γιατί μπορεί η διεθνοποίηση να περιορίζει τα περιθώρια δράσης του κράτους, ωστόσο τα εθνικά κράτη διατηρούν την κεντρική σημασία τους γιατί αποτελούν τους βασικούς θεσμούς μεσολάβησης μεταξύ των απαιτήσεων της παγκόσμιας αγοράς και πολιτικής και των προβλημάτων της εθνικής πολιτικής και οικονομίας. Το εθνικό κράτος καλείται να λύσει τα προβλήματα που δημιουργεί η παγκοσμιοποίηση αλλά και να εξασφαλίσει τις εσωτερικές συνθήκες αναπαραγωγής των εγχώριων πόρων οι οποίοι προσδιορίζουν τη θέση κάθε χώρας στο νέο παγκόσμιο παιχνίδι.82

Ακριβώς τη σπουδαιότητα αυτών των διαδικασιών κοινωνικής αναπαραγωγής των πόρων με τη μορφή του κοινωνικού κράτους και του παραγωγικού χαρακτήρα των κοινωνικών δαπανών τονίζει και ο Thurow όταν κάνει τη διάκριση μεταξύ του ατομικιστικού τύπου του αγγλοσαξονικού βρετανικού και αμερικάνικου καπιταλισμού και του

---

80. G.Garrett, P.Lange, "Internationalization, institutions and political change", στο R.Keohane, H.Milner, (eds.), 1996, ό.π., σ.48-75

81. Y.Bradshaw, M.Wallace, "Global inequalities", 1996, σ.26-37

82. F.Deppe, "Η νέα διεθνής τάξη. Ο κόσμος πέρα από τον ανταγωνισμό των συστημάτων", 1995, σ.163-173, P.Kennedy, "Προετοιμασία για τον 21ο αιώνα", 1994, σ.223-240

κοινοτικού καπιταλισμού της Γερμανίας και της Ιαπωνίας και υποστηρίζει την ανωτερότητα του δεύτερου ακριβώς γιατί μπορεί να εξασφαλίσει το αναγκαίο εργατικό δυναμικό με τις κατάλληλες γνώσεις, παράγοντας που θα εξασφαλίσει την επικράτηση στο οικονομικό παιχνίδι.83

7.2.ΜΕΤΑΦΟΡΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η διαδικασία της παγκοσμιοποίησης που περιγράφηκε παραπάνω συνδέεται στενά με τις αλλαγές που συντελέστηκαν στην οργάνωση της παραγωγικής διαδικασίας. Τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και οι αρχές της δεκαετίας του 1970 σηματοδοτούν τη μετάβαση προς ένα νέο μοντέλο κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων που χαρακτηρίζεται ως μεταφορντισμός. Ενώ ο φορντισμός στηρίζονταν στη μεγάλης κλίμακας μαζική παραγωγή, τη γραμμή συναρμολόγισης, τη σύνδεση μισθών και παραγωγικότητας, τη στήριξη της αγοραστικής δύναμης των εργατών και τη παραγωγή τυποποιημένων προιόντων χαμηλού κόστους,84 τα κύρια στοιχεία του νέου μοντέλου συσσώρευσης είναι η εφαρμογή νέων μεθόδων παραγωγής που βασίζονται στην μικροηλεκτρονική, τις ευέλικτες μορφές εργασίας,τη συνεχή καινοτομία και την άμεση προσαρμογή της παραγωγής στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των τοπικών αγορών. Αυτή η αλλαγή οδηγεί στη δημιουργία νέων ιεραρχιών μεταξύ των μισθωτών, στην κατάτμηση και διαφοροποίηση του τειλορικού μαζικού εργάτη και την εξατομίκευση των εργασιακών σχέσεων.85 Επίσης έλαβε χώρα και μια διαδικασία αλλαγής της δομής της οργάνωσης της εργασίας στο εσωτερικό της παραγωγικής διαδικασίας και μετάβασης από την μηχανοποίηση, την εξειδίκευση και τη προτυποποίηση των προιόντων και των διαδικασιών, σε ένα καθεστώς μητρικής οργάνωσης όπου κάθε άτομο απασχολείται σε περισσότερες από μια θέσεις και εναλλάσσεται μεταξύ διαφορετικών ρόλων και επιπέδων ή σε ένα καθεστώς αυτοδιαχειριζόμενων ομάδων εργασίας όπου οι διάφοροι ρόλοι και τα πόστα που πρέπει να αναλλάβει η ομάδα, αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους και διαμορφώνουν ένα όλο το οποίο έγγυται στην αρμοδιότητα της ομάδας για να το διεκπεραιώσει.86

---

83. L.Thurow, 1995, ό.π., σ.83-119

84. J.Allen, "Fordism and modern industry", στο J.Allen et al., (eds.), 1992, ό.π., σ.229-260

85. J.Hirsch, "Φορντισμός και μεταφορντισμός: η παρούσα κοινωνική κρίση και οι συνέπειές της", στο W.Bonefeld, J.Holloway, (επιμ.), "Μεταφορντισμός και κοινωνική μορφή. Μια μαρξιστική συζήτηση για το μεταφορντιστικό κράτος", 1993, σ.16-50, A.Gorz, "Οι δρόμοι του παραδείσου", 1986, σ.49-63, P.Kennett, "Exclusion,post-fordism and the New Europe", στο P.Brown, R.Crompton, (eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", 1994, σ.14-32

86. E.Thorsrud, "The changing structure of work organisation", στο ILO, "Managing and developing new forms of work organisation", 1981, σ.3-39, G.Salaman, "Work design and cor-

Η κύρια τάση που εμφανίζεται είναι η σταδιακή διάβρωση της τυπικής κανονικής σύμβασης εργασίας και η αύξηση του ποσοστού των άτυπων ή ευέλικτων μορφών εργασίας και κυρίως της μερικής απασχόλησης, της προσωρινής απασχόλησης και της αυτοαπασχόλησης, ως ποσοστό στο σύνολο της απασχόλησης. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο για τις γυναίκες παρά για τους άντρες. Το κύριο χαρακτηριστικό των εργαζομένων σε τέτοιες μορφές απασχόλησης είναι ότι ρέπουν προς την αστάθεια όσο αφορά τη χρονική διάρκεια που έχουν εργασία, αλλάζουν συχνά εργασίες και για μακρά χρονικά διαστήματα αντιμετωπίζουν περιόδους ανεργίας.87 Επομένως γίνεται λόγος για την κατάτμηση της αγοράς εργασίας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο τομέα, ως μέσο πολιτικής των εργοδοτών, με σκοπό την προσαρμογή της εργατικής δύναμης στις διακυμάνσεις της ζήτησης. Ο στόχος είναι η διατήρηση των ειδικευμένων εργατών σε ένα καθεστώς λειτουργικής ευελιξίας στα πλαίσια της επιχείρισης και η εξασφάλιση της ποσοτικής ευελιξίας του εφεδρικού ανειδίκευτου εργατικού δυναμικού.88

Οι παραπάνω εξελίξεις οδηγούν στην έκφραση επιφυλάξεων για το αν στο μέλλον μπορούν να εξασφαλιστούν οι συνθήκες εκείνες που είναι αναγκαίες έτσι ώστε ο μηχανισμός της αγοράς εργασίας να εκπληρώνει τις λειτουργίες του, δηλαδή την κατανομή των θέσεων εργασίας και του εισοδήματος.89 Για τον Offe αυτό φαίνεται μάλλον απίθανο και υποστηρίζει ότι πρέπει να βρεθούν νέοι μηχανισμοί και θεσμοί που να δρουν συμπληρωματικά της αγοράς εργασίας. Ενώ οι παραδοσιακές μορφές εξωαγοραίας δραστηριότητας όπως η οικιακή εργασία και η αυτοαπασχόληση δείχνουν να έχουν φτάσει στα όριά τους, εμφανίζονται δυνατότητες για άλλες άτυπες,

---

porate strategies",στο J.Allen et al., (eds.), "Political and economic forms of modernity", 1992, σ.329-370

87. U.Zachert, "New forms of employment contract", στο European Trade Union Institute, "The future of work", 1990, σ.77-85, J.Blackwell, "Changing work patterns and their implications for social protection", στο S.Baldwin, J.Falkingham, (eds.), 1994, ό.π., σ.79-88, I.Bruegel, A.Hegewisch, "Flexibilization and part-time work in Europe", στο P.Brown, R.Crompton, (eds.), 1994, ό.π., σ.33-52, A.Bihr, "Το προλεταριάτο σε όλες του τις εκφάνσεις", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία. Η εποχή της παγκοσμιότητας", τεύχος 3, 1993, σ.45-47, Α.Δήμου, "Ευέλικτες μορφές απασχόλησης, δυαδισμός στην αγορά εργασίας και κρίση του κράτους πρόνοιας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.270-277

88. P.Braham, "The divisions of labour and occupational change", στο J.Allen et al., 1992, ό.π., σ.275-314

89. R.Passet, "Προς μια νέα κατανομή εργασίας και εισοδημάτων", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique 1993, ό.π., σ.77-78

εξωαγοραίες και μη συμβατικές δραστηριότητες όπως οι οιωνεί επιχειρηματικές και οι οιωνεί οικιακές δραστηριότητες.90 Κατ'επέκταση, το εργασιοκεντρικό μοντέλο κοινωνίας δεν μπορεί πλέον να αποτελέσει το κύριο στοιχείο των θεωρητικών προσεγγίσεων και αυτό για τρεις λόγους: α) λόγω της πολυμορφίας των δραστηριοτήτων που συγκαλύπτει, β) λόγω της περιθωριακής θέσης που καταλαμβάνει πλέον στη ζωή των εργαζομένων και γ) λόγω της αδυναμίας κατανόησης της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας με αναφορά σε θεωρίες που βασίζονται στην έννοια της εργασίας.91

Η σταδιακή εξαφάνιση του κλασσικού μοντέλου μισθωτής σχέσης έχει ως αποτέλεσμα εκτός των ήδη υπαρχόντων "παραδοσιακών", "δομικών", "μακροοικονομικών" ανισοτήτων που εμφανίζονται μεταξύ των κοινωνικών ομάδων στα πλαίσια όμως συνθηκών πλήρους απασχόλησης, να συμπληρώνονται από "νέες", "δυναμικές", "μικροοικονομικές" ανισότητες οι οποίες εμφανίζονται όχι μεταξύ των κοινωνικών ομάδων αλλά στο εσωτερικό τους και σε συνθήκες μαζικής ανεργίας. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και άτομα που ανήκουν στην ίδια κοινωνική κατηγορία δεν χαρακτηρίζονται από μια ομοιογένεια ως προς τις συνθήκες που αντιμετωπίζουν και ως προς την προδιαγραφόμενη πορεία τους, αλλά διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με την πιθανότητα για παράδειγμα να βρεθούν κάποια στιγμή άνεργοι.92

Οι αλλαγές αυτές θέτουν ορισμένα ζητήματα προς εξέταση και γεννούν την ανάγκη αναμόρφωσης των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων. Και αυτό γιατί τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι σχεδιασμένα για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ενός οικονομικού συστήματος βασικό χαρακτηριστικό του οποίου είναι η πλήρης και μέχρι ενός βαθμού σταθερή απασχόληση και όχι η αβέβαιη μερική ή προσωρινή απασχόληση. Συνεπώς εμφανίζονται προβλήματα κατοχύρωσης δικαιώματος παροχών, έκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης, είδους παρεχομένων υπηρεσιών κλπ, όπου η θέση των εργαζομένων στις νέες μορφές απασχόλησης, είναι εξαιρετικά δυσχερής και πολλές φορές αποκλύονται από το σύστημα κοινωνικής προστασίας ή η κάλυψή τους δεν είναι επαρκής. Επιπλέον προκύπτουν προβλήματα για το ίδιο το σύστημα κοινωνικής προστασίας αφού οι αλλαγές στην αγορά εργασίας υποσκάπτουν την αλληλεγγύη μεταξύ των εργαζομένων σε διάφορες μορφές εργασίας και μειώνουν την εισφοροδοτική ικανότητά τους.93

---

90. C.Offe, "Κοινωνία της εργασίας;", 1993, σ.89-129

91. C.Offe, 1993, ό.π., σ.207-245

92. J.P.Fitoussi, P.Rosanvallon, "Le nouvel age des inegalites", 1996, σ.67-106

93. J.Blackwell, 1994, ό.π., σ.89-95, H.Land, "The demise of the male breadwinner - In practice but not in theory : a challenge for social security systems", στο S.Baldwin, J.Falkingham, (eds.), 1994, ό.π., σ.100-115

Οι λύσεις που ως τώρα αναζητήθηκαν για τα προβλήματα που δημιουργούν οι παραπάνω τάσεις,ήταν ανεπαρκείς. Για παράδειγμα η παροχή κινήτρων για πρόωρη έξοδο από την αγορά εργασίας αν και βραχυπρόθεσμα είχε θετικά αποτέλεσμα στην ανταγωνιστικότητα των παραδοσιακών βιομηχανιών, μακροχρόνια οδήγησε σε αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων και τη συρρίκνωση της εργατικής δύναμης με συνέπεια την αύξηση του δείκτη εξάρτησης. Από την άλλη πλευρά, η αναζήτηση της ευελιξίας πολλές φορές λαμβάνει χώρα εκτός του επίσημου συστήματος όπου δεν εφαρμόζεται η εργατική νομοθεσία και η εισφοροδιαφυγή είναι σύνηθες φαινόμενο.94

Η κρίση της εργασίας και η αυξανόμενη ανεργία η οποία πλέον δεν μπορεί να καταπολεμηθεί μέσω της ανάπτυξης, οδηγεί στην ανάγκη για μια νέα στρατηγική και ένα νέο κοινωνικό συμβόλαιο όπου μειώνεται ο παραδοσιακός ρόλος της αγοράς και του κράτους και η ενέργεια τόσο των εργαζομένων, των οποίων οι ώρες εργασίας έχουν μειωθεί, όσο και των άνεργων θα χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά για την επανίδρυση τοπικών κοινοτήτων στα πλαίσια των οποίων θα μπορούσαν να προσφέρονται μια σειρά κοινωνικών υπηρεσιών όπως φροντίδα υγείας, παιδεία, έρευνα κλπ.95

7.3.ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Δύο είναι οι σημαντικότερες αλλαγές που συντελέστηκαν με τη πάροδο των χρόνων στη κοινωνική δομή των σύγχρονων ανεπτυγμένων κοινωνιών. Σε μακρο-επίπεδο η αλλαγή εντοπίζεται στη κοινωνική διαστρωμάτωση και τις μορφές της οργανωμένης συλλογικής δράσης ενώ σε μικρο-επίπεδο το κύριο χαρακτηριστικό ήταν οι αλλαγές στη μορφή της οικογένειας.

7.3.1.ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

Οι Δυτικές κοινωνίες μετά το 1960 βρίσκονται στο επίκεντρο μιας ακολουθίας γεγονότων που υποδηλώνουν την έκφραση της συλλογικής δράσης με τη μορφή νέων κοινωνικών κινημάτων τα οποία εκδηλώνονται τόσο στα καπιταλιστικά κράτη όσο και στις πρώην σοσιαλιστικές κοινωνίες. Το φοιτητικό κίνημα, το κίνημα για τα δικαιώματα του πολίτη, το οικολογικό κίνημα, το κίνημα για την παγκόσμια ειρήνη, το φεμινιστικό κίνημα κλπ,αποτελούν μερικά παραδείγματα που θέτουν σε αμφισβήτηση την προσπάθεια ερμηνείας της κοινωνικής πραγματικότητας με βάση την έννοια της "κοινωνικής τάξης". Επιχειρήται ένας επαναπροσδιορισμός τόσο του ιστορικού υποκειμένου όσο και του θεωρητικού ερμηνευτικού πλαισίου των

---

94. C.Esping-Andersen, "Welfare states without work: the impasse of labour shedding and familialism in continental european social policy", στο C.Esping-Andersen,(ed.), "Welfare states in transition. National adaptations in global economies", 1996, σ.66-87

95. J.Rifkin, "Το τέλος της εργασίας και το μέλλον της", 1996, σ.414-432

κοινωνικών σχέσεων. Δεν θεωρείται πλέον ως προσδιοριστικός παράγοντας απόκτησης κοινωνικής ταυτότητας η θέση στην παραγωγική διαδικασία αλλά η πολιτιστική διάσταση του τρόπου ζωής.96

Ετσι ο Gorz κάνει λόγο για το θάνατο του ιστορικού υποκειμένου, δηλαδή το θάνατο της εργατικής τάξης και την άρση του ρόλου της έτσι όπως είχε προσδιοριστεί από τη μαρξιστική θεωρία. Στη θέση του συλλογικού παραγωγικού εργάτη γεννιέται μια μη-τάξη μη-εργατών,ένα μεταβιομηχανικό νεοπρολεταριάτο των ατόμων χωρίς κοινωνική υπόσταση και τάξη, που προεικονίζουν μια μη-κοινωνία όπου οι τάξεις θα καταργηθούν. Αυτή η ομάδα αποτελείται από τα άτομα που βρέθηκαν έξω από την παραγωγική διαδικασία μέσω της κατάργησης της εργασίας στα πλαίσια της μεταβιομηχανικής κοινωνίας.97 Ο κοινωνικός χώρος βασίζεται πλέον στη δυαδική οργάνωση δύο σφαιρών: της σφαίρας της ετερονομίας όπου εξασφαλίζεται η σχεδιασμένη παραγωγή των αναγκαίων για τη λειτουργία της κοινωνίας αγαθών και της σφαίρας της αυτονομίας όπου τα άτομα παράγουν αυτόνομα, έξω από τα πλαίσια της αγοράς, αγαθά όχι αναγκαία αλλά που ανταποκρίνονται στις προσωπικές επιθυμίες καθενός.98

Ο Pakulski υποστηρίζει ότι στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες τα ταξινομικά σχήματα με βάση την κατηγορία της τάξης χάνουν τη σημασία τους και η πολιτική σπουδαιότητα των τάξεων γενικότερα φθίνει. Τα σύγχρονα κοινωνικά κινήματα αποτελούν σύμπτωμα αυτής της διαδικασίας απαξίωσης της ερμηνευτικής δυνατότητας των ταξικών σχημάτων, γιατί πρόκειται για μορφές κινητοποίησης που είναι περισσότερο ανομοιογενείς, θρυμματισμένες και αποκομμένες από τις κοινωνικο-οικονομικές βάσεις στις οποίες βασίζονται οι ταξικές ερμηνείες. Σχετίζονται περισσότερο με τον τρόπο ζωής και τις αξίες, αποτελούν έκφραση πολύμορφων δραστηριοτήτων διαμαρτυρίας και αντίστασης και οργανώνονται με άξονα αναφοράς το φύλο, την εθνότητα, τη θρησκεία, το χώρο και όχι τη θέση του ατόμου ως παραγωγού.99 Οι κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός καταμερισμός και οι κοινωνικές συγκρούσεις εξακολουθούν να υπάρχουν, έχουν όμως μετασχηματιστεί και το σύστημα διαστρωμάτωσης μετατοπίζεται προς μια πολιτισμική διάσταση, γεγονός που υποδηλώνει τον ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό μετασχηματισμό που λαμβάνει χώρα.100

---

96. A.Scott, "Political culture and social movements", στο J.Allen et al., (eds.), "Political and economic forms of modernity", 1992, σ.127-160

97. A.Gorz, "Αντίο προλεταριάτο", 1986, σ.99-109

98. A.Gorz, 1986, ό.π., σ.129-146

99. J.Pakulski, "Social movements and class: The decline of the Marxist paradigm", στο L.Maheu, (ed.), "Social movements and social classes. The future of collective action", 1995, σ.55-86

100. J.Pakulski, M.Waters, "The death of class", 1996, σ.153

Παρόμοια προσέγγιση υιοθετεί και ο Melucci ο οποίος επισημαίνει ότι τα σύγχρονα κινήματα αποτελούν πολυδιάστατες πραγματικότητες που επιδρούν σε διαφορετικά επίπεδα του κοινωνικού συστήματος, επιδειώκουν διαφορετικούς στόχους και ανήκουν σε διαφορετικές φάσεις ανάπτυξης ενός συστήματος ή ακόμα και σε διαφορετικά ιστορικά συστήματα. Τα κινήματα αυτά δεν έχουν μόνο πολιτική διάσταση αλλά και πολιτισμική και συμβολική. Στο επίκεντρο των συλλογικών συγκρούσεων δεν βρίσκεται η παραγωγή και κατανομή των υλικών αγαθών αλλά η προσπάθεια απόκτησης των πληροφοριακών πόρων και επηρρεασμού των συμβολικών κωδίκων επικοινωνίας. Απαραίτητη συνθήκη για την επιβίωση τέτοιων μορφών δράσης είναι η ύπαρξη δημόσιων χώρων ανεξάρτητων από τους επίσημους θεσμούς διακυβέρνησης όπως το κομματικό σύστημα και οι κρατικές δομές. Αυτοί οι χώροι έχουν τη μορφή ενός αρθρωμένου συστήματος λήψης αποφάσεων, διαπραγμάτευσης και εκπροσώπισης στα πλαίσια του οποίου οι καθημερινές πρακτικές μπορούν να εκφραστούν και να ακουστούν ανεξάρτητα από τους επίσημους πολιτικούς θεσμούς. Η έννοια της κοινωνικής τάξης συνδέεται με την καπιταλιστική βιομηχανική κοινωνία και δεν μπορεί να συλλάβει την ποιότητα των νέων κοινωνικών σχέσεων στη σύγχρονη κοινωνία των πληροφοριών.101

Αντίθετα με τους Pakulski και Melucci, ο Eder υποστηρίζει ότι η τάξη δεν έχει χάσει ακόμα την ερμηνευτική της ικανότητα και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο ανάλυσης των σύγχρονων κοινωνικών κινημάτων. Και αυτό γιατί τόσο τα νέα όσο και τα παλαιά κοινωνικά κινήματα επικεντρώνουν στην κατοχύρωση πολιτικών δικαιωμάτων. Τα νέα κοινωνικά κινήματα μάχονται για περισσότερη δικαιοσύνη, ελευθερία και δικαιώματα και ταυτόχρονα αντιπαραθέτουν κατηγορίες ατόμων μεταξύ τους, δημιουργώντας ένα πεδίο συγκρούσεων όπου τα κέρδη κάποιων αποτελούν χάσιμο για κάποιους άλλους. Συνεπώς τα νέα κοινωνικά κινήματα δεν αποτελούν κινήματα που απαιτούν καθολική ενσωμάτωση αλλά ενέχουν ανταγωνιστικές σχέσεις. Ωστόσο αυτές οι συγκρουσιακές σχέσεις διαφέρουν από την παραδοσιακή ταξική πάλη στα πλαίσια της βιομηχανικής κοινωνίας, αντανακλώντας τα δύο βασικά προβλήματα των μεταβιομηχανικών κοινωνιών: την ενσωμάτωση των πολιτισμικών διαφοροποιήσεων σε μια καθολική πολιτική και κοινωνική τάξη πραγμάτων στα πλαίσια μιας δημοκρατικά οργανωμένης κοινωνίας των πολιτών και τη βασική σύγκρουση μεταξύ οικονομίας και οικολογίας. Το επίκεντρο της νέας ταξικής πάλης είναι η διαμάχη για τον έλεγχο των μέσων διαμόρφωσης μιας ταυτότητας. Η διαμάχη αυτή έχει ταξικό χαρακτήρα γιατί πρώτον δεν υπάρχει άλλη λύση σε αυτόν τον ανταγωνισμό εκτός από τις δομικές αλλαγές στην κατανομή της εξουσίας και δεύτερον γιατί σχετίζεται με τις νέες μεσαίες τάξεις. Οι νέες μεσαίες τάξεις αποτελούν το πιο δυναμικό και ριζασπαστικό στοιχείο στην αναδιοργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας. Τα νέα κοινωνικά κινήματα οδηγούν στη δημιουργία μιας νέας ταξικής δομής αποδίδοντας στις μεσαίες τάξεις έναν κεντρικό

---

101. A.Melucci, "The new social movements revisited: reflections on a sociological misunderstanding", στο L.Maheu, (ed.), 1995, σ.107-119

ρόλο.102

Συνοψίζοντας τη προβληματική που αναπτύχθηκε παραπάνω, φαίνεται να διαγράφεται ένα καινούργιο πλαίσιο συλλογικής δράσης και διατύπωσης αιτημάτων από το κοινωνικό υποκείμενο. Αυτό σημαίνει επαναπροσδιορισμό του ρόλου του κράτους και των πολιτικών θεσμών103 καθώς και τη δημιουργία ή την αναμόρφωση των κοινωνικών δικαιωμάτων.104 Συνεπώς τίθεται το ζήτημα επανεξέτασης των κοινωνικών πολιτικών έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα νέα δεδομένα και στις νέες ανάγκες και στα νέα κοινωνικά αιτούμενα.

7.3.2.ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας και ιδιαίτερα η θεμελίωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στηρίχθηκε σε ένα συγκεκριμένο πρότυπο οργάνωσης της οικογενειακής ζωής: την πυρηνική οικογένεια, όπου ο άντρας ήταν αυτός που από την εργασία του εξασφάλιζε το εισόδημα της οικογένειας και η γυναίκα απασχολούνταν με τα του οίκου.105 Ο δεσμός του γάμου θεωρούνταν αδιάρηκτος και η μόνη αιτία άρσης ήταν ο θάνατος. Συνεπώς η γυναίκα δεν μπορούσε να εξασφαλίσει δικαιώματα κοινωνικής προστασίας αλλά και γενικότερα ούτε τη θέση του πολίτη μέσω του παραγωγικού της ρόλου, παρά μόνο μέσα από τη θέση της ως συζύγου στα πλαίσια της οικογένειας.106 Η περίπτωση διαζυγίου θεωρούνταν ως μια ανώμαλη κατάσταση και η γυναίκα έχανε το δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης. Οι εξελίξεις όμως που σημειώθηκαν τα τελευταία χρόνια είχαν ως συνέπεια το πρότυπο αυτό οικογενειακής ζωής να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και να εμφανίζονται απόψεις για την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων.

---

102. K.Eder, "The new politics of class. Social movements and cultural dynamics in advanced societies", 1993, κυρίως σ.158-184

103. C.Pickvance, "Social movements in the transition from state socialism: convergence or divergence", στο L.Maheu, 1995, ό.π., σ.123-150

104. M.Roche, "Rethinking citizenship and social movements: themes in contemporary sociology and neoconservative ideology", στο L.Maheu, 1995, ό.π., σ.186-219

105. Αυτό το πρότυπο οργάνωσης της οικογενειακής ζωής σε συνδυασμό με μια οικονομία βασισμένη στη βιομηχανική παραγωγή, αποτέλεσαν σύμφωνα με αρκετούς μελετητές, τις δύο θεμελιώδεις συνιστώσες του κράτους πρόνοιας κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60. Βλ. H.Adriaansens, "Citizenship, work and welfare", στο B.van Steenberg, (ed.), "The condition of citizenship", 1994, σ.66-75

106. U.Vogel, "Marriage and the boundaries of citizens", στο B.van Steenberg, (ed.), 1994, ό.π., σ.76-89

Ποιές όμως ήταν οι αλλαγές που σημειώθηκαν;107 Κατ'αρχήν παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση των μονογονεικών οικογενειών κυρίως λόγω της αύξησης των διαζυγίων,108 αλλά και λόγω της αύξησης του ποσοστού των γεννήσεων από ανύπαντρες γυναίκες, γεγονός που υποδηλώνει μια τάση αυξανόμενης κοινωνικής αποδοχής της ανύπαντρης μητέρας.109 Στον παρακάτω πίνακα που αναφέρεται στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης, φαίνεται καθαρά αυτή η τάση για τη περίοδο 1981-91.

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1981-1991

Χώρα	1981-82	1990-91
Βέλγιο	9,4	14,6
Δανία	18,1	20,4
Γερμανία	9,8	15,4
Ελλάδα	:	5,7
Ισπανία	5,4	6,0
Γαλλία	8,3	10,8
Ιρλανδία	7,2	10,7
Ιταλία	7,3	:
Λουξεμβούργο	9,1	12,3
Ολλανδία	7,9	12,2
Πορτογαλία	:	9,0
Ην.Βασίλειο	13,7	19,0
Ε.Ε. 12	:	:

ΠΗΓΗ : Commission Europeenne,"La situation demographique dans l'union europeenne",Raport 1994,DG V-COM(94) 595, σ.49

Εκτός από τις μονογονεικές οικογένειες αύξηση εμφανίστηκε και στις γεννήσεις παιδιών εκτός γάμου, γεγονός που αποδεικνύει μια αλλαγή στάσεων και αντιλήψεων γύρω από το γάμο. Η μείωση του ποσοστού των γάμων συνοδεύτηκε και από μια αύξηση των ζευγαριών που συζούν καθώς και της ηλικίας σύναψης των γάμων.110

---

107. Για μια σύντομη παρουσίαση στα ελληνικά, των τάσεων που αναλύονται παρακάτω, βλ. Λ.Μουσούρου, "Κοινωνικοδημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.693-701, Ζ.Σκύφτη, "Δημογραφικές εξελίξεις, διαρθρωτικές μεταβολές της οικογένειας και κοινωνική πολιτική", στο 3ο Συνέδριο..., 1993, ό.π., σ.754-762

108. ILO, "From pyramid to pillar. Population change and social security in Europe", 1989, σ.47, Commission Europeenne, "La situation demographique dans l'union europeenne", Raport 1994, σ.49

109. C.Jones et al., "The futures of the family", 1995, σ.10

110. ILO, "From pyramid to pillar. Population change and social security in Europe", 1989, σ.47

ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΕΝΝΗΘΕΝΤΩΝ ΖΩΝΤΩΝ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1970-92

Χώρα	1970	1980	1990	1992
Ε.Ε. 12	5,2	8,8	18,6	20,0
Βέλγιο	2,8	4,1	11,3	:
Δανία	11,0	33,2	46,4	46,5
Γερμανία	7,2	11,9	15,3	14,9
Ελλάδα	1,1	1,5	2,2	2,6
Ισπανία	1,4	3,9	9,6	:
Γαλλία	6,9	11,4	30,1	33,2
Ιρλανδία	2,7	5,0	14,6	18,0
Ιταλία	2,2	4,3	6,5	6,8
Λουξεμβούργο	4,0	6,0	12,9	12,7
Ολλανδία	2,1	4,1	11,4	12,4
Πορτογαλία	7,3	9,2	14,7	16,1
Ην.Βασίλειο	8,0	11,5	27,9	30,8

ΠΗΓΗ : Commission Europeenne 1994,ό.π.,σ.61

Επίσης αύξηση παρατηρήθηκε και στα νοικοκυριά που αποτελούνται από ένα άτομο.

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΜΕ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗS ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1971-91

Χώρες	1971	1981	1991
Βέλγιο	19	23	28
Δανία	23	30	34
Γερμανία	25	31	34
Ελλάδα	11	15	16
Ισπανία	7	10	13
Γαλλία	20	25	27
Ιρλανδία	14	17	20
Ιταλία	13	18	21
Λουξεμβούργο	16	21	25
Ολλανδία	17	23	30
Πορτογαλία	10	13	14
Ην.Βασίλειο	18	22	26

ΠΗΓΗ : Commission Europeenne 1994,ό.π.,σ.49

Οι εξελίξεις αυτές συνδυάστηκαν και με την αύξηση της ενεργούς συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας αλλά και με την διεύρυνση της πρόσβασής τους στην εκπαίδευση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση του γάμου και της γέννησης παιδιών.111

---

111. C.Jones et al., 1995, ό.π., σ.9-10

ΠΟΣΟΣΤΟ % ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1970-92

Χώρα	1970	1980	1990	1992
Ε.Ε. 12	26,6	30,0	42,4	44,0
Βέλγιο	24,9	30,8	36,0	38,9
Δανία	36,9	45,3	60,8	62,4
Γερμανία	30,3	32,0	44,9	47,9
Ελλάδα	:	21,1	34,9	34,2
Ισπανία	18,2	20,0	31,9	33,4
Γαλλία	29,4	33,8	46,0	47,3
Ιρλανδία	19,7	20,5	34,5	36,8
Ιταλία	21,9	25,7	34,5	34,5
Λουξεμβούργο	21,7	26,4	33,6	39,1
Ολλανδία	18,9	23,7	43,3	46,1
Πορτογαλία	:	34,6	46,8	49,5
Ην.Βασίλειο	31,2	36,4	51,7	52,1

ΠΗΓΗ : Commission Europeenne 1994,ό.π.,σ.56

Από τα παραπάνω προκύπτει μια πιο πολύπλοκη εικόνα των οικογενειακών δομών όπου λαμβάνουν χώρα μια πληθώρα συμπεριφορών όπως συγκατοίκηση και γεννήσεις παιδιών εκτός γάμου, διαζύγια κλπ. οι οποίες συνοδεύονται από την αλλαγή του ρόλου και της θέσης της γυναίκας, την χειραφέτησή της και την μαζική είσοδο στην αγορά εργασίας. Το μέγεθος της οικογένειας έχει μειωθεί και η σταθερότητά της ως δεσμού έχει ελαττωθεί. Μια από τις συνέπειες είναι και η μείωση της γεννητικότητας.112 Αυτές οι εξελίξεις οδηγούν στη διατύπωση αιτημάτων για αλλαγή των αρχών στις οποίες στηρίζεται το σύστημα κοινωνικής προστασίας. Ενα βασικό ερώτημα είναι το πώς θα επιτευχθεί η αυτονομία των γυναικών και η οικονομική τους ανεξαρτησία η οποία θα εξασφαλίσει την κατοχύρωση δικαιωμάτων κοινωνικής προστασίας ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση.113

Από την άλλη μεριά η ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ζούν μόνα τους και των μονογονεικών οικογενειών καθώς και των νοικοκυριών με δύο πηγές εισοδήματος, μεταβάλλει τη σχέση ανάγκης, κινδύνου και κάλυψης αφού η έλευση του κινδύνου για μεν τις πρώτες κατηγορίες σημαίνει μεγάλη πτώση του εισοδήματος και τα επιδόματα αναπλήρωσης δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών, για δε τη δεύτερη ομάδα το πρόβλημα είναι μικρότερο. Ετσι γεννιούνται δύο αντικρουόμενες τάσεις στο σύστημα κοινωνικής

---

112. C.Jones et al., 1995, ό.π., σ.7-13

113. R.Lister, "She has other duties - Women, citizenship and social security", στο S.Baldwin, J.Falkingham, (eds.), "Social security and social change. New challenges to the Beveridge model", 1994, σ.31-44 C.Callender, "Women and employment", στο C.Hallett, (ed.), "Women and social policy. An introduction", 1996, σ.31-51

ασφάλισης όπου η έλευση του κινδύνου δεν αποτελεί πλέον σαφή ένδειξη ανάγκης. Επίσης εμφανίζονται νέοι κοινωνικοί κίνδυνοι αφού για παράδειγμα τα επιδόματα για τα παιδιά δεν φτάνουν να καλύψουν το κόστος της ανατροφής τους και σε περίπτωση διαζυγίου σταματά κάθε προστασία. Αυτό έχει ιδιαίτερα δυσμενείς επιπτώσεις στις μονογονεικές οικογένειες.114

7.4.ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Οι δημογραφικές αλλαγές αν και είναι ένας παράγοντας "εξωτερικός" σε σχέση με το οικονομικό και πολιτικό σύστημα, ωστόσο έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστεί κανείς ότι η κατοχύρωση δικαιώματος κοινωνικών παροχών βασίζεται στην ηλικία, το φύλο, την απασχόληση και την οικογενειακή κατάσταση. Από την άλλη, οι δημογραφικές αλλαγές στο μέγεθος και τη σύνθεση του πληθυσμού, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στις παραγωγικές δραστηριότητες κάθε κοινωνίας. Η σπουδαιότητα των δημογραφικών τάσεων φαίνεται ακόμα περισσότερο και μέσα από μια άλλη διπλή επίπτωση του κράτους πρόνοιας: ότι οι στατιστικές κατηγορίες των ηλικιακών ομάδων μετατρέπονται σε προσδιοριστικούς παράγοντες κοινωνικών σχέσεων και στα πλαίσια αυτά λαμβάνει χώρα μια διαδικασία αναδιανομής μεταξύ των γενεών.115

Μια πρώτη διαπίστωση όσο αφορά τις δημογραφικές εξελίξεις, είναι η γενικότερη πτωτική τάση που εμφανίζει η γεννητικότητα στις ανεπτυγμένες χώρες με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η αναπλήρωση του πληθυσμού αφού σε κάθε γυναίκα αντιστοιχούν λιγότερο από 2,1 παιδιά. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ανάγλυφα αυτή τη κατάσταση στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης.

---

114. B.Cantillon, "Family, work and social security", στο S.Baldwin, J.Falkingham, (eds.), 1994, ό.π., σ.45-61, και J.Millar, "Lone parents and social security policy in the UK", στο ίδιο, 62-75

115. L.Leisering, "Demografic challenges in the welfare state", στο E.Oyen, (ed.), "Comparing welfare states and their futures", 1986, σ.96-113

ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΝΑ ΓΥΝΑΙΚΑ) ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1960-90

Χώρες	1960	1970	1980	1990
Ε.Ε. 12	2,61	2,40	1,82	1,54
Βέλγιο	2,56	2,25	1,68	1,62
Δανία	2,54	1,95	1,55	1,67
Γερμανία	2,37	2,03	1,56	1,45
Ελλάδα	2,28	2,39	2,21	1,42
Ισπανία	2,86	2,90	2,20	1,33
Γαλλία	2,73	2,47	1,95	1,78
Ιρλανδία	3,76	3,93	3,23	2,19
Ιταλία	2,41	2,42	1,64	1,30
Λουξεμβούργο	2,28	1,98	1,49	1,61
Ολλανδία	3,12	2,57	1,60	1,62
Πορτογαλία	3,10	2,83	2,18	1,54
Ην.Βασίλειο	2,72	2,43	1,90	1,84

ΠΗΓΗ : Commission Europeene, "La situation demografique dans l'Union europeene", Rapport 1994, DG V-COM(94) 595, σ.19

Σε συνδυασμό με την πτώση της γεννητικότητας εμφανίζεται και μια πτώση της θνησιμότητας και κατ'επέκταση αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

ΠΟΣΤΟΣΤΟ (%.) ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1970-92

Χώρες	1970	1992
Ε.Ε. 12	24,5	7,4
Βέλγιο	21,1	8,2
Δανία	14,2	6,6
Γερμανία	22,5	6,2
Ελλάδα	29,6	8,4
Ισπανία	28,1	7,2
Γαλλία	18,2	6,8
Ιρλανδία	19,5	6,7
Ιταλία	29,6	8,3
Λουξεμβούργο	24,9	8,5
Ολλανδία	12,7	6,3
Πορτογαλία	55,5	9,3
Ην.Βασίλειο	18,5	6,6

ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟ 1991

Χώρες	Αντ.	Γυν.
Ε.Ε. 12	72,9	79,5
Βέλγιο	72,8	79,5
Δανία	72,5	78,0
Γερμανία	72,1	78,7
Ελλάδα	74,6	79,8
Ισπανία	73,3	80,5
Γαλλία	72,9	81,1
Ιρλανδία	72,2	77,7
Ιταλία	73,6	80,3
Λουξεμβούργο	72,0	79,1
Ολλανδία	74,0	80,1
Πορτογαλία	70,7	77,5
Ην.Βασίλειο	73,2	78,6

ΠΗΓΗ : Commission Europeenne, ό.π., σ.17 και 36

Το αποτέλεσμα του συνδυασμού των παραπάνω παραγόντων ήταν η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών.

ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1950-2000

Χώρες	1950	1980	2000
Βέλγιο	11,04	14,37	14,70
Δανία	9,13	14,41	14,87
Γερμανία	9,35	15,51	17,12
Ελλάδα	6,76	13,14	14,97
Ισπανία	7,30	10,85	14,36
Γαλλία	11,38	13,96	15,28
Ιρλανδία	10,67	10,72	11,12
Ιταλία	8,02	13,45	15,31
Λουξεμβούργο	9,80	13,52	16,74
Ολλανδία	7,74	11,51	13,46
Πορτογαλία	6,99	10,17	13,54
Ην.Βασίλειο	10,73	14,87	14,48

ΠΗΓΗ : OECD, "Reforming public pensions", 1988, σ.33

Οι εξελίξεις αυτές δημιουργούν ορισμένα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με τη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, το κόστος λειτουργίας του, την παραγωγική δομή και την κοινωνική οργάνωση. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων σημαίνει από τη μια πλευρά μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και συνεπώς μείωση αυτών που φορολογούνται και πληρώνουν εισφορές και από την άλλη μεριά, οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης κοινωνικών υπηρεσιών, κυρίως υπηρεσιών υγείας και συνεπώς αύξηση του κόστους λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Η γήρανση επηρεάζει αρνητικά και τις παραγωγικές δυνατότητες της οικονομίας αφού τίθεται το ερώτημα της διατήρησης της οικονομικής απόδοσης με ένα εργατικό δυναμικό γερασμένο. Τέλος τίθεται το ζήτημα της επίπτωσης της γήρανσης στις οικογενειακές δομές, στη κατανομή των ρόλων μεταξύ των φύλων και την παροχή υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους στα πλαίσια της οικογένειας.116 Συνεπώς ίσως προκύψει η ανάγκη για τη σύναψη ενός νέου συμβολαίου μεταξύ των γενεών που να επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις μεταξύ εργαζόμενων και συνταξιούχων.117

Ωστόσο, παρά την έκταση του προβλήματος, για να τοποθετηθεί η όλη συζήτηση σε σωστή προοπτική, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι πιέσεις που θα ασκηθούν λόγω της γήρανσης θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό

---

116. Commission Europeenne, "La situation demographique dans l'Union europeenne", Raport 1994, DG V-COM(94)595, σ.36-46, International Labour Office, "From pyramid to pillar. Population change and social security in Europe", 1989

117. A.Walker, "Intergenerational relations and the provision of welfare", στο A.Walker, (ed.), "The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare", σ.10-36

από την γενικότερη οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας και την κατάσταση της αγοράς εργασίας. Συνθήκες οικονομικής ύφεσης με χαμηλούς ή και αρνητικούς ρυθμούς αύξησης του ΑΕΠ, υψηλά ποσοστά ανεργίας, ρυθμίσεις πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω των μειωμένων θέσεων εργασίας κλπ. επιτείνουν το πρόβλημα. Αντίθετα η αύξηση του ΑΕΠ και η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας που θα οδηγήσουν και στην άρση των συνθηκών πρόωρης συνταξιοδότησης, μπορούν να αντιστρέψουν τις αρνητικές επιπτώσεις της γήρανσης.118

7.5.Η ΝΕΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ : ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΦΗΓΗΣΕΩΝ

Για τον Giddens, οι παραπάνω αλλαγές εντάσσονται στα πλαίσια ενός τρίπτυχου που προσδιορίζεται από τις διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης (globalization), της έλευσης της μεταπαραδοσιακής κοινωνικής τάξης (post-traditional social order) και της κοινωνικής ανακλασιμότητας (social reflexivity). Η παγκοσμιοποίηση δεν αποτελεί μόνο ένα οικονομικό φαινόμενο,ούτε και ταυτίζεται με την ανάδυση ενός παγκόσμιου συστήματος, αλλά αναφέρεται στο μετασχηματισμό του χώρου και του χρόνου σε τρόπο που να ορίζεται ως δράση από απόσταση. Η επέκταση της παγκοσμιοποίησης έγινε τα τελευταία χρόνια με την ανάδυση των μέσων της άμεσης παγκόσμιας επικοινωνίας και των μέσων μαζικής μεταφοράς και δεν αναφέρεται μόνο στη δημιουργία συστημάτων μεγάλης κλίμακας αλλά και το μετασχηματισμό των τοπικών και προσωπικών πλαισίων της κοινωνικής εμπειρίας. Οι καθημερινές μας δραστηριότητες επηρεάζονται από γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στην άλλη άκρη του κόσμου και αντίστροφα, τοπικές συνήθειες του τρόπου ζωής έχουν συνέπειες σε παγκόσμιο επίπεδο.119

Η μεταπαραδοσιακή κοινωνική τάξη σημαίνει την αλλαγή της θέσης της παράδοσης. Οι παραδόσεις πλέον πρέπει να εξηγούν τον εαυτό τους, να γίνονται ανοικτές στις ερωτήσεις και το διάλογο και να δικαιολογούν την ύπαρξή τους. Ο μετασχηματισμός της παράδοσης σχετίζεται με το μετασχηματισμό του περιβάλλοντος και των γεγονότων. Η κατασκευασμένη αβεβαιότητα εισβάλλει απρόσκλητας σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων. Η αβεβαιότητα αυτή αφορά: α) την επίδραση της σύγχρονης κοινωνικής ανάπτυξης στο παγκόσμιο οικοσύστημα που είναι αποτέλεσμα της

---

118. Βλ. τις διαπιστώσεις της δεύτερης έκθεσης της Ευρωπαικής Επιτροπής για την κατάσταση της κοινωνικής προστασίας στις χώρες μέλη της Ευρωπαικής Ενωσης, Ευρωπαική Επιτροπή, "Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη 1995", 1996, σ.13

119. A.Giddens, "Beyond left and right. The future of radical politics", 1994, σ.4-5. Βλ. επίσης J.Chesneaux, "Οι δέκα όψεις της παγκοσμιοποίησης", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία. Η εποχή της παγκοσμιότητας", τεύχος 3, Φεβρουάριος, 1993, σ.10-13, όπου η παγκοσμιοποίηση προσδιορίζεται ως μια πολύπλοκη διαδικασία με την οποία εδραιώνεται μια κατάσταση στενής αλληλεξάρτησης ανάμεσα στις διάφορες περιφέρειες του κόσμου και τις ποικίλες όψεις της κοινωνικής πραγματικότητας.

άκρατης εκβιομηχάνισης, β) την ανάπτυξη της φτώχειας σε μεγάλη κλίμακα που σχετίζεται με το καπιταλιστικό σύστημα, γ) την διάχυση των όπλων μαζικής καταστροφής και τον κίνδυνο ενός μεγάλης κλίμακας πολέμου και δ) την καταπάτηση των δημοκρατικών δικαιωμάτων.120

Τέλος η κοινωνική ανακλασιμότητα σχετίζεται με τον μηχανισμό με βάση τον οποίο τα άτομα φιλτράρουν τις πληροφορίες που σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσής τους και ενεργούν σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη αυτονομία δράσης αφού εξαρθρώνει τη σχέση ελέγχου που ασκούν οι γραφειοκρατικοί μηχανισμοί. Η ανακλασιμότητα αναφέρεται στη χρησιμοποίηση των πληροφοριών για τις συνθήκες στις οποίες λαμβάνει χώρα μια δραστηριότητα ως μέσο επανακαθορισμού της ίδιας της δραστηριότητας.121

Η αβεβαιότητα που επισημάνθηκε παραπάνω σχετίζεται και με την προσπάθεια ερμηνείας της κοινωνικής πραγματικότητας. Η κοινωνία αν και κατακλίζεται από πληθώρα πληροφοριών, ωστόσο γίνεται λιγότερο ευανάγνωστη.Οι κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις, οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί και τα στατιστικά δεδομένα παύουν πλέον να αποτελούν επαρκή μέσα κατανόησης, ανάλυσης, περιγραφής και ερμηνείας ενός ρευστού και μεταβαλλόμενου κοινωνικού γίγνεσθαι.122

Για τον Mishra όλες αυτές οι αλλαγές σημασιοδοτούν την ανάδυση μιας νέας κατάστασης ή μιας νέας συνθήκης της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό είναι η εξάντληση των κοινωνικών ουτοπιών και η κατάρρευση των μεγάλων αφηγήσεων του μαρξισμού, της σοσιαλ-δημοκρατίας και του νεοσυντηρητισμού.123 Αυτή η μεταμοντέρνα κατάσταση χαρακτηρίζει τη μεταβιομηχανική κοινωνία της πληροφορικής όπου οι μεγάλες αφηγήσεις έχουν χάσει την αξιοπιστία τους και το κυρίαρχο στοιχείο είναι η ποικιλομορφία των πεποιθήσεων, των αξιών και των ενδιαφερόντων.124 Αναδύεται μια μεταμοντέρνα πολιτισμική αισθητική όπου εμπεριέχει την αναγνώριση και την αποδοχή μια ακραίας πολιτισμικής κατάτμησης, ετερογένειας και πολυμορφίας, ως αποτέλεσμα της πολλαπλότητας των τρόπων ζωής και της διαφοροποίησης των κοινωνικών δομών.125

---

120. Giddens, ό.π., σ.5-6,97-102

121. Giddens, ό.π., σ.86

122. J.P.Fitoussi, P.Rosanvallon, "Le nouvel age des inegalites", 1996, σ.24-27

123. R.Mishra, "Social policy in the postmodern world. The welfare state in Europe by comparison with North America", στο C.Jones (ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", 1993, σ.18-40

124. J.F.Lyotard," Η μεταμοντέρνα κατάσταση", 1988

125. B.Turner, "Postmodern culture/modern citizens", στο B.van

Ωστόσο, αυτή η διαφορετικότητα,η ποικιλομορφία και η αποκέντρωση που υπονοήται στην άποψη για τη μετάβαση σε μια μεταμοντέρνα κατάσταση, αν και ως ένα μεγάλο βαθμό περιγράφει τις αλλαγές που συντελούνται σήμερα, αποκρύπτει και κάποιες άλλες τάσεις που είναι αντίθετες με τις παραπάνω αλλαγές. Για παράδειγμα,η επικράτηση του αγοραίου φιλελευθερισμού ως οικονομικής αρχής που υποστηρίζει την παγκόσμια εξάπλωση της ιδιωτικοποίησης των κρατικών επιχειρήσεων, της απορρύθμισης των αγορών εργασίας ή της μειωμένης κρατικής παρέμβασης στο διεθνές εμπόριο, συνιστά μια τάση που πλησιάζει προς τις παραδοσιακές μεγάλες αφηγήσεις. Αυτή η τάση έχει μεγάλη σημασία για το ρόλο του κράτους στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής γιατί ευνοεί πολιτικές ιδιωτικοποίησης της προνοιακών υπηρεσιών που αυξάνουν τις ανισότητες στο επίπεδο διαβίωσης. Η έμφαση στη θεωρία περί μεταμοντερνισμού ενέχει τον κίνδυνο να συσκοτίσει αυτές τις εξελίξεις και να οδηγήσει σε αποπροσανατολισμό της κοινωνικής πολιτικής.126

Steenbergen, (ed.), 1994, ό.π., σ.153-168

126. P.Taylor-Gooby, "Postmodernism and social policy: A great leap backwards?", στο Journal of Social Policy, vol.23, part 3, July 1994, σ.385-404

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν τέσσερα εναλλακτικά σενάρια για τις μελλοντικές εξελίξεις στον χώρο της κοινωνικής πολιτικής. Το πιο ενδιαφέρον από αυτά και που ίσως υπό προυποθέσεις αποτελεί μια σοβαρή πρόταση,είναι η θεωρία του προνοιακού πλουραλισμού. Αν αυτή η θεωρία αναπτυχθεί μέσα σε ένα πλαίσιο που να εγγυάται την θέση του ατόμου ως πολίτη στη βάση της εξασφάλισης των κοινωνικών του δικαιωμάτων, τότε θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένα γόνιμο πεδίο προβληματισμού.

Οι θέσεις στις οποίες στηρίζονται οι απόψεις για τις οιωνεί αγορές και την ιδιωτικοποίηση, το πώς αυτές εφαρμόστηκαν και το τί συνέπειες είχαν, εξετάστηκαν εκτενέστερα στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο και γι'αυτό εδώ απλά σκιαγραφούνται ξανά οι κύριες αποδοχές τους.

1.ΠΡΟΝΟΙΑΚΟΣ ΠΛΟΥΡΑΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΙΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η κριτική που ασκήθηκε τόσο στο σύστημα διοίκησης όσο και στην απόδοση των θεσπισμένων κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών, οδήγησε στη διατύπωση της άποψης για την αναγκαιότητα αλλαγής των μορφών που έχει πάρει η παροχή της κοινωνικής προστασίας. Οι υποστηρικτές της πρότασης για τη διαμόρφωση ενός συστήματος "προνοιακού πλουραλισμού" (welfare pluralism) ή μιας "μικτής οικονομίας της πρόνοιας" (mixed economy of welfare) και τη μετάβαση από το κράτος πρόνοιας στην "κοινωνία πρόνοιας", δεν αμφισβητούν τόσο την ιδέα των συλλογικών παροχών αλλά την κυρίαρχη θέση που κατέχει το κράτος και επιχειρηματολογούν υπέρ ενός πλουραλιστικού, αποσυγκεντρωτικού και συμμετοχικού μοντέλου. Το ζητούμενο είναι η μείωση της κυριαρχίας του κράτους και η αύξηση του ρόλου του ανεπίσημου, του εθελοντικού ή ακόμα και του εμπορευματικού τομέα όσο αφορά τη παραγωγή και διανομή προνοιακών υπηρεσιών στα πλαίσια της τοπικής κοινότητας.1 Δεύτερο, η έμφαση μετατοπίζεται από μια εκ των υστέρων διορθωτική παρέμβαση, σε μια εκ των προτέρων προληπτική στρατηγική. Δηλαδή υιοθέτηση "γενεσιουργών πολιτικών" (generative politics) οι οποίες επιτρέπουν στα άτομα και τις ομάδες να κάνουν τα πράγματα να

---

1. R.Hadley, S.Hatch, "Social welfare and the failure of the state. Centralised social services and participatory alternatives", 1981, σ.3, N.Johnson, "The welfare state in transition. The theory and practice of welfare pluralism", 1987, σ.54, Ο.Στασινοπούλου, "Ατυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός", στο Εκλογή, 2/93, σ.109-122

συμβούν και όχι να περιμένουν να τους συμβούν.2

Βασικό συστατικό στοιχείο των πολιτικών προνοιακού πλουραλισμού αποτελεί η ανάπτυξη νέων κοινωνικών πρωτοβουλιών, δηλαδή προσπαθειών που ωθούν στην εφαρμογή νέων τρόπων παραγωγής και διανομής κοινωνικών υπηρεσιών, ως εναλλακτικών λύσεων έναντι της αποκλειστικότητας των παραδοσιακών μεθόδων του κράτους πρόνοιας. Οι μορφές που παίρνουν αυτές οι πρωτοβουλίες εξαρτώνται από το ιστορικό και κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο εμφανίζονται. Ενδεικτικοί τύποι τέτοιων μορφών μπορεί να είναι οι ομάδες αλληλοβοήθειας, οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι ομάδες παροχής εισοδήματος και απασχόλησης, οι αντιθετικές ή εναλλακτικές ομάδες και οι πρωτοβουλίες που στοχεύουν στο να διορθώσουν τις ανεπάρκειες των υφιστάμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, οι ομάδες αλληλοβοήθειας (mutual aid groups) αποτελούνται από άτομα με ένα κοινό πρόβλημα που αποφασίζουν να βοηθήσουν ο ένας τον άλλων όπως για παράδειγμα οι ανώνυμοι αλκοολικοί. Οι ομάδες αυτοβοήθειας (self-help groups) αναφέρονται σε ομάδες πολιτών που συγκεντρώνονται για να εγκαθιδρύσουν μια υπηρεσία ή να αρχίσουν ένα καινούργιο πρόγραμμα από μόνοι τους όπως για παράδειγμα γονείς που εξοπλίζουν ένα ποαιδικό σταθμό σε μια γειτονιά για τα παιδιά τους. Οι ομάδες παροχής εισοδήματος και απασχόλησης συνίστανται στην συνένωση άνεργων επαγγελματιών οι οποίοι σχηματίζουν ένα συνεταιρισμό για να παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες με αμοιβή όπως παροχή κατ'οίκων νοσηλείας σε ηλικιωμένους. Οι αντιθετικές ή εναλλακτικές ομάδες (counter or alternative groups) στοχεύουν στη δημιουργία μιας νέας υπηρεσίας που να βασίζεται σε ιδέες, αξίες και αρχές αντίθετες στις κυρίαρχες αξίες, πολιτικές και πρακτικές της κοινωνίας όπως η δημιουργία από τους μαύρους της Αμερικής υπηρεσιών αποκλειστικά στελεχωμένων από αυτούς. Τέλος μπορεί να υπάρχουν πρωτοβουλίες που στοχεύουν στο να διορθώσουν τις ανεπάρκειες των υφιστάμενων υπηρεσιών όπως η πρωτοβουλία δημιουργίας ενός εθελοντικού σχήματος επισκέψεων κατ'οίκων σε ηλικιωμένους που ζούν μόνοι.3

Οι παραπάνω πρωτοβουλίες του εθελοντικού τομέα, αν και έχουν το πλεονέκτημα της περισσότερο ενεργούς συμμετοχής των ατόμων, της καλύτερης ανταπόκρισης στις ατομικές ανάγκες και της μεγαλύτερης ευελιξίας, εμφανίζουν και σοβαρές αδυναμίες. Η κυριότερη είναι ότι οι πρωτοβουλίες αυτές δεν κατανέμονται ομοιόμορφα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές και είναι άνισα διασκορπισμένες.

---

2. United Nations, "Guiding principles for developmental social welfare policies and programmes in the near future", 1988, σ.12-14, A.Giddens, "Beyond left and right. The future of radical politics", 1994, σ.15,182-184

3. Eurosocial Reports, no 25, Vienna 1985, "European expert meeting on established social services versus new social initiatives. Conflict, change and cooperation", Frankfurt, October 29-November 3, 1984, σ.15-16, N.Johnson, 1987, ό.π., σ.95-123, R.Hadley, S.Hatch, 1981, ό.π., σ.93-98, N.Gilbert, "Capitalism and the welfare state. Dilemmas of social benevolence", 1983, σ.117-131

Από την άλλη δεν εξυπηρετούν ευρύτερους στόχους αλλά έχουν στενά περιορισμένη προοπτική τόσο χρονικά όσο και ως προς την έκταση των υπηρεσιών και την κάλυψη του πληθυσμού όπου εμφανίζονται έντονες διαφοροποιήσεις. Συνεπώς δεν μπορούν να αποτελέσουν τις βάσεις για την εφαρμογή μιας ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής. Επίσης είναι δύσκολο να επιτευχθεί κάποιος βαθμός συντονισμού μεταξύ των πρωτοβουλιών αυτών και η εξασφάλιση κάποιων ελάχιστων κριτηρίων ποιότητας αφού δεν λογοδοτούν σε κάποιο όργανο. Τέλος, η χρηματοδότηση του εθελοντικού τομέα εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τον κρατικό τομέα.4

Ο ανεπίσημος τομέας αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών από την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας και κυρίως των γυναικών που επωμίζονται το κύριο βάρος της φροντίδας. Οι επιπτώσεις εντοπίζονται από τη μια στη θέση της γυναίκας και από την άλλη στο γεγονός ότι η ανάληψη αυτή περιορίζει τις δυνατότητες απασχόλησης με αποτέλεσμα οι επιπλέον δαπάνες να πρέπει να αντιμετωπιστούν από λιγότερο εισόδημα. Επίσης το ότι αυξάνονται τα εξαρτημένα μέλη ενώ μειώνεται το μέγεθος της οικογένειας, αυξάνεται ο αριθμός των νοικοκυριών με ένα άτομο και αυξάνεται η συμμετοχή της γυναίκας στην αγορά εργασίας, δημιουργεί αμφιβολίες για την ικανότητα της οικογένειας να ανταποκριθεί σε αυτό το ρόλο της. Αμφιβολίες υπάρχουν και για το κατά πόσο οι φίλοι και οι γείτονες μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας αφού αυτό δεν συνιστά εσωτερικό στοιχείο της δημιουργίας φιλικών σχέσεων. Οι υπηρεσίες αυτές είναι τόσο περιορισμένες που δεν συνιστούν επαρκή βάση για την ανάπτυξη μιας πολιτικής φροντίδας στη κοινότητα.5

Το κύριο πρόβλημα που προκύπτει είναι η ασάφεια των ορίων μεταξύ των τεσσάρων τομέων και η απουσία πολλές φορές, σαφούς προσδιορισμού του περιεχομένου τους. Ωστόσο είναι εμφανές ότι κανένας από αυτούς τους τομείς δεν μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική απάντηση των προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ τους δεν μπορεί να είναι σχέση υποκατάστασης αλλά σχέση συνύπαρξης και συμπληρωματικότητας. Καθίσταται επομένως αναγκαία η ανάπτυξη μιας μικτής οικονομίας της πρόνοιας, πράγμα που σημαίνει την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ θεσμικών και εθελοντικών, επίσημων και ανεπίσημων μορφών κοινωνικής προστασίας. Η δημόσια πολιτική χρειάζεται να αλλάξει τρόπο άσκησης έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σε πιο πολύπλοκες πολιτικές επίτευξης στόχων και να κατέχει περισσότερο στρατηγικό ρόλο με μια πιο πλουραλιστική δομή οργάνων και μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη προσαρμογής στις αλλαγές. Στα

---

4. R.Hadley, S.Hatch, 1981, ό.π., σ.93-98, N.Gilbert 1983, ό.π., σ.132-133, N.Johnson, 1987, ό.π., σ.122

5. R.Hadley, S.Hatch, 1981, ό.π., σ.87-93, N.Gilbert 1983, ό.π., σ.91-116, N.Johnson, 1987, ό.π., σ.64-93, H.Qureshi,"Obligations and support within families", στο A.Walker, "The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare", 1996, σ.100-119

πλαίσια αυτά η κοινότητα μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο προσδιορίζοντας την ισορροπία των υπηρεσιών που χρειάζεται. Το κράτος θα έχει το ρόλο ενός στρατηγικού σχεδιαστή διαμόρφωσης των βασικών αξόνων πολιτικής και θα καθορίζει το πεδίο των προτεραιοτήτων και των προτύπων. Αυτοί οι άξονες θα υλοποιούνται και θα εφαρμόζονται μέσω αποσυγκεντρωτικών διαδικασιών στο επίπεδο της κοινότητας. Συνεπώς τα βασικά στοιχεία ενός πλουραλιστικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής αποτελούν ο πλουραλισμός στην παροχή, ο αποσυγκεντρωτισμός και η κοινοτική κατεύθυνση των υπηρεσιών, η συμμετοχή στην εκπροσώπηση και ο ρόλος του κράτους ως συντονιστή.6

Στο σκεπτικό αυτό βασίζονται διάφορες προτάσεις που έγιναν κατά τη δεκαετία του 1980. Ο Green υποστηρίζει τη διαμόρφωση ενός μοντέλου κοινοτικού σοσιαλισμού με αποκεντρωμένες δημοκρατικές δομές συμμετοχής που να βασίζονται στην τοπική κοινότητα.7 Σε αυτό συμφωνεί και Galper που προτείνει μια κοινωνική οργάνωση όπου όλες οι αποφάσεις θα λαμβάνονται στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο.8

Ο Rein και ο Reinwater διατυπώνουν τη θέση ότι το μέλλον του κράτους πρόνοιας πρέπει να στηριχθεί σε θεσμούς και ιδρύματα που δεν υπακούουν σε δυιστικές προσεγγίσεις και συνεπώς δεν θα έχουν ούτε δημόσιο ούτε ιδιωτικό χαρακτήρα. Η θέση αυτή είναι απόρροια της διαπίστωσης ότι υπάρχουν θεσμικές καταστάσεις που βρίσκονται στην γκρίζα περιοχή όπου τα συστατικά του συστήματος κοινωνικής προστασίας, το δημόσιο, το προσωπικό, το ιδιωτικό, το εθελοντικό, το άτυπο, το κερδοσκοπικό, το μη κερδοσκοπικό κλπ, αλληλο-επικαλύπτονται. Με αυτή την έννοια η κοινωνία της πρόνοιας δηλώνει μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη της τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ όλων των θεσμών που σχετίζονται με την κοινωνική προστασία.9

---

6. R.Hadley, S.Hatch, 1981, ό.π., σ.157-169, Eurosocial Reports, no 25, 1985, ό.π., σ.27-37, P.Wilding, "In defence of the welfare state", 1986, σ.146-147, N.Johnson, 1987, ό.π., σ.178-200, OECD, "The future of social protection", 1988, σ.30, U.Fink, "Νέες κατευθύνσεις στην κοινωνική πολιτική: αυτοβοήθεια, βοήθεια στη γειτονιά, ελεύθερη και τοπική πρωτοβουλία", στο Εκλογή, τεύχος 77, Απρίλιος-Ιούνιος 1988, σ.55-59, OECD, "New orientations for social policy", 1994, σ.14-15, Ο.Στασινοπούλου, "Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές", στο Π.Γετίμης, Δ.Γράβαρης (επιμ.), "Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική", 1993, σ.271-311

7. G.Green, "The new municipal socialism", στο M.Loney et al., (eds.), "The state or the market. Politics and welfare in contemporary Britain", 1991, σ.273-291

8. J.Galper, "The politics of social services", 1975, σ.149

9. M.Rein, "The social structure of institutions: neither public nor private", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), "Privatization and

Για τον Rosanvallon, εκτός από τη λύση της κρατικοποίησης και της ιδιωτικοποίησης υπάρχει και μια τρίτη λύση που συνδυάζει τρία στοιχεία: την κοινωνικοποίηση που σχετίζεται με την απογραφειοκρατικοποίηση, την αποκέντρωση μέσω της παραχώρησης αρμοδιοτήτων στην κοινότητα και την αυτονομία μέσω της μεταφοράς αρμοδιοτήτων σε μη κρατικές συλλογικότητες.10 Παρόμοια θέση υιοθετεί και ο Walker ο οποίος μεταξύ της ιδιωτικοποίησης και της κρατικοποίησης, προτείνει την παροχή καθολικών υπηρεσιών προς τη κοινότητα με βάση την ανάγκη και που θα στηρίζεται στη δημοκρατική συμμετοχή και έλεγχο με στόχο να αποφευκτεί ο πατερναλισμός και η εξάρτηση.11

Ο Himmelstrand προτείνει τη δημιουργία αποκεντρωμένων αυτοδιοαχειριζόμενων μονάδων εργασίας-ζωής που θα συνδέονται σε τοπικό επίπεδο με τη βιομηχανία και ο ρόλος του κράτους θα είναι η εγγύηση της παροχής των προνοιακών υπηρεσιών στα πλαίσια αυτών των μονάδων, για τις οποίες όλοι οι πολίτες θα είναι θεσμικά κατοχυρωμένοι δικαιούχοι.12

Ο νέος ρόλος που καλείται να παίξει το κράτος σκιαγραφείται μέσα από τον όρο διευθυνόμενος πλουραλισμός (managed pluralism) που χρησιμοποιεί ο Midgley. Το κράτος θα πρέπει να παίξει ένα καθοδηγητικό ρόλο εναρμόνισης των στρατηγικών διαφόρων κοινωνικών θεσμών συμπεριλαμβανομένου της αγοράς, της κοινότητας και του δημόσιου τομέα, με σκοπό την ευρύτερη κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία. Οι στρατηγικές αυτές δεν θα πρέπει να θεωρούνται πλέον ως ανταγωνιστικές (competiting) αλλά ως συμβατές (compatible). Το κράτος θα στοχεύει στη διαχείριση, το συντονισμό και την εφαρμογή των παραπάνω στρατηγικών, μεγιστοποιώντας τη συμμετοχή των κοινοτήτων,της αγοράς και των ατόμων. Ταυτόχρονα θα έχει και ένα ενεργό ρόλο με την άμεση συμμετοχή του σε μια σειρά δημόσιων πολιτικών και προγραμμάτων. Συνεπώς είναι αναγκαία η δημιουργία επίσημων τυπικών οργανώσεων που να εγγυώνται την υπευθυνότητα για την εφαρμογή και τη διαχείριση των διαφορετικών στρατηγικών προσεγγίσεων. Οι οργανώσεις αυτές μπορεί να υφίστανται σε διαφορετικά επίπεδα αλλά θα πρέπει να συντονίζονται σε εθνικό

---

the welfare state", 1989, σ.49-71, M.Rein, L.Rainwater, "From welfare state to welfare society", στο M.Rein et al., (eds.), "Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of policy regimes", 1987, σ.147-159

10. P.Rosanvallon, "La crise de l'etat-providence", 1981, σ.112

11. A.Walker, "The future of the British welfare state: Privatisation or socialisation?", στο A.Evers et.al., (eds.), "The changing face of welfare", 1987, σ.184-205

12. U.Himmelstrand, "The future of the welfare state. A question of holistic diagnosis and structural reforms", στο E.Oyen, (ed.), "Comparing welfare states and their futures", 1986, σ.33-46

επίπεδο.13

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο η υιοθέτηση ενός πλουραλιστικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής αποτελεί μια πραγματική και βιώσιμη λύση ικανή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα. Η απάντηση μπορεί να είναι θετική μόνο στο βαθμό που μια τέτοια προσπάθεια δεν υποκρύπτει τη πρόθεση απλά για περιορισμό του ρόλου του κράτους και ενδυνάμωσης των άλλων στοιχείων μεταβιβάζοντας απλώς τις ευθύνες στα άτομα. Ο Hill για παράδειγμα υποστηρίζει ότι η κοινωνική πολιτική πάντα εμπεριέχει ένα μίγμα κρατικής,αγοραίας, κοινοτικής και οικογενειακής παροχής υπηρεσιών. Με αυτή την έννοια η έμφαση που δόθηκε στον προνοιακό πλουραλισμό δεν είναι παρά μια προσπάθεια να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στον εμπορευματικό, άτυπο και εθελοντικό τομέα, σε βάρος του κράτους.14

Η επιφυλακτικότητα γίνεται ακόμα μεγαλύτερη αν αναλογιστεί κανείς τη συνάφεια που υπάρχει μεταξύ των θέσεων του προνοιακού πλουραλισμού και της ιδεολογίας της Νέας Δεξιάς, που αναπτύχθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Συνεπώς η οποιαδήποτε προσπάθεια μετάβαση από το κράτος πρόνοιας προς την κοινωνία πρόνοιας δεν θα πρέπει να αποτελέσει ένα μανδύα συγκάλυψης ιδεολογικών προταγμάτων επιβολής μιας τάσης ιδιωτικοποίησης αλλά θα πρέπει να λάβει χώρα στα πλαίσια ενός γόνιμου διαλόγου όπου θα συμμετέχουν όλοι οι κοινωνικοί ετέροι σε αναφορά πάντα με τις δεδομένες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνιστώσες και με στόχο την δημιουργία μιας αλληλέγγυας κοινωνίας των πολιτών.

2.ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΟΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ.ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ

Τα δημοσιονομικά προβλήματα που αντιμετώπισαν οι σύγχρονες ανεπτυγμένες βιομηχανικές κοινωνίες μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1970, οδήγησαν στην αμφισβήτηση από πολλούς για τη δυνατότητα τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα να χρηματοδοτήσουν μια συνεχή επέκταση των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και κυρίως των προγραμμάτων που στηρίζονται σε χρηματικές παροχές. Έτσι διατυπώθηκαν προτάσεις για την κατάργηση των καθολικών παροχών και τη μετάβαση σε μια περισσότερο επιλεκτική πολιτική η οποία θα επικεντρώνει σε όσους έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες και τις οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μέσω της αγοράς και της οικογένειας.15 Αυτό σημαίνει μετάβαση προς ένα υπολλειμματικό

---

13. J.Midgley, "Social development. The developmental pespective in social welfare", 1995, σ.139-176

14. M.Hill, "Social policy. A comparative analysis", 1996, σ.314-315

15. R.Rose, "Welfare: the public/private mix", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), "Privatization and the welfare state", 1989, σ.73-95, R.Goodin, "Reasons for welfare. The political theory of the welfare state", 1988, σ.19

μοντέλο κοινωνικής πολιτικής και έμφαση προς μεταβιβαστικές πληρωμές το ύψος των οποίων εξαρτάται από το εισόδημα και χορηγούνται με βάση τον έλεγχο των μέσων διαβίωσης του ατόμου.

Η υιοθέτηση όμως μιας τέτοιας πρότασης γεννά μια σειρά ζητημάτων που χρειάζονται εξέταση σε βάθος. Τα ζητήματα αυτά αφορούν τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής, τη δυνατότητα εξακρίβωσης του ποιοί πραγματικά έχουν ανάγκη, τη διαχείριση των παροχών, το στιγματισμό των δικαιούχων και τα κίνητρα για απασχόληση.

Ειδικότερα, η πρόταση για μεγαλύτερη επιλεκτικότητα παραγνωρίζει το γεγονός ότι η καταπολέμηση της φτώχειας δεν είναι ο μοναδικός στόχος των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Οι καθολικές παροχές συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας αίσθησης αλληλεγγύης, κοινότητας και αλληλεξάρτησης. Συνεπώς το μέγεθος της αποδοτικότητας και της επάρκειας των επιλεκτικών παροχών εξαρτάται από το εύρος των στόχων που επιδιώκονται. Ενα δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με το κατά πόσο είναι δυνατό να διαπιστωθεί ποιοί πραγματικά έχουν ανάγκη. Αὐτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι δικαιούχοι έχουν ατελή πληροφόρηση για το πρόγραμμα και δεν γνωρίζουν ότι δικαιούνται προστασίας ή στο ότι οι όροι παροχής των επιδομάτων δεν σχετίζονται επαρκώς με τους στόχους και συνεπώς δίνονται παροχές σε αυτούς που δεν δικαιούνται. Ο τρίτος περιορισμός αφορά τη διαχειριστική-διοικητική διάσταση των παροχών. Εδώ εμφανίζεται το πρόβλημα της ασύμετρης πληροφόρησης με την έννοια ότι ενώ το άτομο γνωρίζει τις ανάγκες του, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τη δημόσια υπηρεσία που διαχειρίζεται το πρόγραμμα. Ο υπολογισμός των παροχών με βάση το εισόδημα προηγούμενων περιόδων σημαίνει ότι η απονομή δεν γίνεται με βάση τις τρέχουσες ανάγκες. Για να αντιμετωπιστούν οι διαφορετικές και περίπλοκες περιστάσεις για παράδειγμα διαφορετικών οικογενειών, θα πρέπει και οι κανονισμοί να είναι περίπλοκοι. Αυτό όμως δημιουργεί προβλήματα στη διαχείριση των προγραμμάτων και αποθαρρύνει τους δικαιούχους να ζητήσουν την παροχή. Επίσης αυξάνει τόσο το άμεσο λειτουργικό κόστος, όσο και το έμμεσο κόστος χρόνου που ο δικαιούχος αφιερώνει στις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Τέταρτο σοβαρό πρόβλημα είναι ο στιγματισμός που υποκρίπτεται στη διαδικασία εξακρίβωσης της ανάγκης. Ο στιγματισμός αυτός αποτρέπει τα άτομα από το να ζητήσουν τη παροχή που δικαιούνται και έχει ένα αρνητικό διπλό αποτέλεσμα τόσο ψυχολογικής φθοράς του ατόμου όσο και αποτυχίας αντιμετώπισης του προβλήματος. Τέλος, ο περιορισμός του δικαιώματος μόνο στα άτομα που πληρούν ορισμένες προυποθέσεις όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση ή τη θέση στην αγορά εργασίας, μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων έτσι ώστε να καταστούν δικαιούχοι. Για παράδειγμα ένα σύστημα οικογενειακών επιδομάτων που πληρώνονται στους άνεργους ανύπαντρους γονείς μπορεί να τους εμποδίσει από το να ψάξουν για εργασία.16

---

16. P.Townsend, "Sociology and social policy", 1976, σ.121-127, ILO, "Into the twenty-first century: The development of social security", 1984, σ.23-24, R.Titmuss, "The philosophy of welfare", 1987, σ.128-140, A.Atkinson, "Poverty and social security", 1989,

Την ουσία του προβληματισμού τη θέτει ίσως καλύτερα από όλους ο Titmuss ο οποίος επισημαίνει ότι η πρόκληση που έχουμε να αντιμετωπίσουμε δεν είναι η επιλογή μεταξύ καθολικών και επιλεκτικών υπηρεσιών αλλά το ερώτημα ποιά συγκεκριμένη υποδομή καθολικών υπηρεσιών απαιτείται έτσι ώστε να παρέχεται ένα πλαίσιο αξιών και ευκαιριών μέσα στο οποίο να μπορούν να αναπτυχθούν γενικά αποδεκτές επιλεκτικές υπηρεσίες ως κοινωνικό δικαίωμα και με βάση τις ανάγκες συγκεκριμένων κατηγοριών, ομάδων και περιοχών και όχι μα βάση τον έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Θα πρέπει να αναπτύξουμε υπηρεσίες που δεν θα προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, δεν θα οδηγούν στην κοινωνική διαίρεση και δεν θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας κοινωνικής προστασίας δύο ταχυτήτων.17

3.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΓΟΡΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ. ΑΠΟ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Κύριο χαρακτηριστικό της συζήτησης για την κοινωνική πολιτική κατά τη δεκαετία του 1980 και του 1990 ήταν η περίοπτη θέση των ζητημάτων που αφορούσαν τη διαχείριση (management). Σημείο στο οποίο επικεντρώθηκε η διαμάχη ήταν η εισαγωγή των οιωνεί ή εσωτερικών αγορών (quasi or internal markets) στο δημόσιο τομέα, η παραχώρηση ενός βαθμού χρηματοδοτικής αυτονομίας σε μεγάλες μονάδες όπως σχολεία, νοσοκομεία κλπ., έτσι ώστε να μπορούν να αποκτούν εισόδημα από την πώληση των υπηρεσιών τους και η παράλληλη εισαγωγή στο δημόσιο τομέα, τεχνικών που σχετίζονταν με τον ιδιωτικό τομέα. Σταδιακά κυριάρχησε η πίστη ότι οι στόχοι των κοινωνικών υπηρεσιών μπορούν να προαχθούν με χαμηλότερο κόστος και μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αρκεί να εφαρμοστούν οι κατάλληλες τεχνικές διοίκησης και διαχείρησης. Έτσι η δημόσια διοίκηση (public administration) άρχισε πλέον να περιγράφεται ως δημόσια διαχείριση (public management).18

Το ουσιαστικό γνώρισμα των οιωνεί αγορών είναι η διάκριση μεταξύ χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών. Ενώ η χρηματοδότηση

σ.118-120,190-207, A.Atkinson, "On targeting social security: Theory and western experience with family benefits, 1993, A.Atkinson, "State pensions for today and tomorrow", 1994, σ.17-20, A.Atkinson, "Incomes and the welfare state. Essays on Britain and Europe", 1995, σ.223-261

17. R.Titmuss, 1987, ό.π., σ.139

18. J.Clarke, M.Langan, "Restructuring welfare: The British welfare regime in the 1980s", στο A.Cochrane, J.Clarke, (eds.), "Comparing welfare states: Britain in contemporary context", 1993, σ.49-76, C.Ham, M.Hill, "The policy process in the modern capitalist state", 1993, σ.3

παραμένει κρατική λειτουργία, η οργάνωση του συστήματος παροχής των υπηρεσιών αλλάζει. Το κράτος αντί για προμηθευτής των υπηρεσιών μετατρέπεται σε αγοραστή, ενώ η παροχή αφήνεται πλέον στη λειτουργία ανεξάρτητων δημόσιων, ιδιωτικών ή εθελοντικών προμηθευτών, οι οποίοι ανταγωνίζονται μεταξύ τους σε μια εσωτερική αγορά, προκειμένου να συνάψουν συμβόλαια με τον κύριο αγοραστή που είναι το κράτος. Επίσης αλλάζει η μέθοδος χρηματοδότησης και σε μερικές περιπτώσεις ένας κρατικός φορέας ενεργεί ως ο κύριος αγοραστής ή άλλοτε παρέχονται κουπόνια στους χρήστες ή τις περισσότερες φορές οι φορείς ενεργώντας για λογαριασμό τους, κατανέμουν τον προυπολογισμό τους επιλέγοντας μεταξύ των ανταγωνιστικών προμηθευτών.19

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο η εισαγωγή των οιωνεί αγορών μπορεί να αποτελέσει μια αξιόπιστη λύση για την αναμόρφωση του κράτους πρόνοιας. Στο δεύτερο κεφάλαιο είδαμε τα προβλήματα που υπάρχουν σε σχέση με τις προυποθέσεις που πρέπει να τηρούνται για να λειτουργήσουν οι αγορές ως μηχανισμοί παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και αγαθών και τα οποία οδηγούν σε αποτυχίες. Επίσης διαπιστώθηκε η ανεπάρκεια της αποδοτικότητας ως πρωταρχικού κριτηρίου επιλογής πολιτικών. Θα μπορούσαν να προστεθούν αρκετές επιπλέον επιφυλάξεις.

Για παράδειγμα, ο Rose διαπιστώνει ότι δεν είναι ξεκάθαρο το κατά πόσο η χρησιμοποίηση του μηχανισμού των τιμών ως μέσο κατανομής των πόρων στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των δημόσιων οργανισμών.20 Οι Dunsire κ.α., εξετάζουν το πώς η αλλαγή στο καθεστώς καθώς ένας οργανισμός μετακινήται από τον δημόσιο προς τον ιδιωτικό τομέα, επιδρά στην απόδοση του οργανισμού αυτού. Το συμπέρασμα είναι ότι η αλλαγή στο καθεστώς ιδιοκτησίας δεν επιφέρει απαραίτητα και αλλαγή στην απόδοση του οργανισμού.21

---

19. H.Glennester, J.Le Grand, "The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom", στο International Journal of Health Services, vol.25, no 2, 1995, σ.203-218, T.Cutler, B.Waine, "Managing the welfare state. The politics of public sector management", 1994, σ.48-54, C.Pierson, "The modern state", 1996, σ.101-104

20. R.Rose, "Charges as contested signals", στο D.McKevitt, A.Lawton, (eds.), "Public sector management. Theory, critique and practice", 1994, σ.87-106

21. A.Dunsire et al., "Organizational status and performance: summary of the findings", στο D.McKevitt, A.Lawton, (eds.), 1994, ό.π., σ.106-127. Για παρόμοιες απόψεις στην Ελληνική βιβλιογραφία βλ. Σ.Ζήκος, "Απορρύθμιση και ιδιωτικοποίηση", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Ορια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού", 1996, σ.260-269 και Θ.Ράπανος, "Αποτελεσματικότητα δημόσιων επιχειρήσεων: Τί δείχνει η διεθνής εμπειρία", στο 5ο Συνέδριο..., ό.π., σ.270-280. Αντίθετη άποψη εκφράζουν οι Μπήτρος, Σαλαμούρης, οι οποίοι αναφερόμενοι στην περίπτωση των δημόσιων επιχειρήσεων στην Ελλάδα, υποστηρίζουν ότι το

Στο δεύτερο τμήμα της μελέτης θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στα προβλήματα που εμφανίζει η λειτουργία των οιωνεί αγορών κυρίως σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό όμως που θα πρέπει να τονιστεί εδώ είναι ο κίνδυνος που ενυπάρχει στην υιοθέτηση προσεγγίσεων που δίνουν έμφαση στη διαχείρηση. Ο κίνδυνος πηγάζει από την παρουσίαση μιας απολιτικής διάστασης των επιλογών που υποτίθεται ότι βασίζονται σε αντικειμενικά οικονομικά κριτήρια. Αυτό γίνεται εμφανές στην αντικατάσταση εννοιών όπως "πολίτης", από έννοιες όπως "χρήστης", "καταναλωτής" ή "πελάτης". Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μετάβαση από ένα καθεστώς ενεργούς συμμετοχής των πολιτών στη βάση κοινωνικών δικαιωμάτων και αναγκών, σε ένα καθεστώς απλής εκπροσώπισης καταναλωτικών προτιμήσεων ανάλογα με την αγοραστική δύναμη.

4.ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΣΤΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Με την άνοδο των συντηρητικών κυβερνήσεων στην Αγγλία και τις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1980, η ιδιωτικοποίηση παρουσιάστηκε ως πανάκια στα οικονομικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι βιομηχανικές κοινωνίες. Μια από τις βασικότερες αιτίες προώθησης της πολιτικής της ιδιωτικοποίησης ήταν η προσπάθεια μείωσης του βάρους των δημόσιων δαπανών. Η δεύτερη αιτία ήταν η υπόθεση ότι θα μπορούσε να ανταποκριθεί καλύτερα στις διαφοροποιημένες ανάγκες του κάθε ατόμου στα πλαίσια της μεταβιομηχανικής κοινωνίας.22

Στην πολιτική της διάσταση, η ιδιωτικοποίηση σήμαινε τη μεταβίβαση δραστηριοτήτων και λειτουργιών από το κράτος προς τον ιδιωτικό τομέα, όπως για παράδειγμα μείωση των κρατικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων και των κρατικών δαπανών και πιο συγκεκριμένα τη μεταβίβαση από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα της παραγωγής των αγαθών και υπηρεσιών. Προς αυτή τη κατεύθυνση συνέβαλλαν τέσσερεις τύποι κρατικών μέτρων: α) η διακοπή των δημόσιων προγραμμάτων και ο περιορισμός των δημόσια παραγώμενων υπηρεσιών ως προς την ένταση, τη διαθεσιμότητα και τη ποιότητα, β) η μεταβίβαση των δημόσιων περιουσιακών στοιχείων στον ιδιωτικό τομέα με την πώληση δημόσιας γής, υποδομής και επιχειρήσεων, γ) η

ιδιοκτησιακό καθεστώς αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη της οικονομικής αποτελεσματικότητας και προτείνουν μια πολιτική ιδιωτικοποιήσεων. Βλ. Κ.Μπήτρος, Δ.Σαλαμούρης, "Ο ρόλος του ανταγωνισμού και της ιδιοκτησίας στην οικονομική αποτελεσματικότητα", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, 1996, ό.π., σ.241-259

22. C.Esping-Andersen, "After the golden age? Welfare state delemmas in a global economy", στο C.Esping-Andersen, (ed.), "Welfare states in transition. National adaptations in global economies", 1996, σ.26

χρηματοδότηση των ιδιωτικών υπηρεσιών αντί της άμεσης δημόσιας παραγωγής των υπηρεσιών αυτών και δ) η παραχώρηση ελευθερίας εισόδου των ιδιωτικών εταιριών σε δραστηριότητες που πριν θεωρούνταν κρατικό μονοπώλειο. Οι πολιτικές αυτές βασίζονταν σε τρεις θεωρητικές παραδοχές. Από οικονομική άποψη η έμφαση δίνονταν στην αποδοτική λειτουργία της αγοράς, από κοινωνιολογική οπτική υποστηρίζονταν η επιστροφή και η ενδυνάμωση της οικογένειας και της κοινότητας ενώ από πολιτική σκοπιά το ζητούμενο ήταν η μείωση της κυβερνητικής υπερφόρτωσης.23

Ειδικότερα όσο αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι υποστηρικτές της ιδιωτικοποίησης πρότειναν μια σειρά μέτρων σε σχέση με την παραγωγή των υπηρεσιών, την αγορά τους, τη φορολογία και τα κίνητρα που ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Αντί της κρατικής παραγωγής πρότειναν να δοθεί έμφαση στην ιδιωτικοποίηση και τον ανταγωνισμό. Αντί το κράτος να αγοράζει υπηρεσίες αντλώντας πόρους από τη φορολογία, τα ίδια τα άτομα να αγοράζουν τις υπηρεσίες που επιθυμούν από τους παραγωγούς χωρίς να υπόκεινται σε φόρους. Αντί της προοδευτικής άμεσης φορολογίας να εισαχθεί ο αρνητικός φόρος εισοδήματος και να μειωθούν τα επιδόματα ανεργίας έτσι ώστε να δημιουργηθούν κίνητρα για αναζήτηση εργασίας. Θεωρήθηκε ότι η επίτευξη των στόχων της κοινωνικής προστασίας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από τη διαμόρφωση ενός δικτύου ασφάλειας που να βασίζεται στην ιδιωτική φιλανθρωπική πρωτοβουλία και την οικογένεια.24

Οι εξελίξεις όμως φαίνεται να διαψεύδουν τις προσδοκίες των υποστηρικτών της ιδιωτικοποίησης και αυτό γιατί οι πολιτικές που εφάρμοσαν δεν περιόρισαν τον ρόλο του κράτους. Για παράδειγμα οι Smith και Lipsky εξετάζοντας τη λειτουργία των μη κερδοσκοπικών οργανισμών στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ κατά τη περίοδο διακυβέρνησης των Ρήγκαν και Μπους, διαπιστώνουν ότι οι οργανισμοί αυτοί έγιναν περισσότερο εξαρτώμενοι από το κράτος. Τη βασική πηγή χρηματοδότησής τους αποτέλεσε ο κρατικός προυπολογισμός, ενώ ο ανταγωνισμός για την εξασφάλιση των κρατικών συμβολαίων οδήγησε σε αλλαγές στη διοίκηση, τη στελέχωση, τις αρχές και τη λειτουργία τους. Οι πολιτικές σύναψης συμβολαίων απέτυχαν τόσο να μειώσουν το κόστος όσο και να εξασφαλίσουν την απαραίτητη ευελιξία στο σχεδιασμό και προγραμματισμό των κοινωνικών προγραμμάτων. Οι κυριώτεροι λόγοι για αυτή την αποτυχία ήταν τόσο ο περιορισμένος αριθμός των προμηθευτών και η δυσκολία εισόδου νέων προμηθευτών στην αγορά όσο και το γεγονός ότι καθώς οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί

---

23. P.Starr, "The meaning of privatization", στο S.Kamerman, A.Kahn, (eds.), 1989, ό.π., σ.15-48

24. Βλ. τα κείμενα των P.Minford, "The role of the social services: a view from the New Right", σ.70-82, N.Johnson, "The break-up of consensus: competitive politics in a declining economy", σ.214-230, N.Barry," Understanding the market", σ.231-241, S.Davies, "Towards the remoralization of society", σ.242-258, όλα στο M.Loney et al., (eds.), 1991, ό.π.

γίνονται πελάτες της κυβέρνησης, αρχίζουν να εξασκούν πίεση και επιρροή στη διαδικασία και την πολιτική σύναψης των συμβολαίων έτσι ώστε από πωλητές υπηρεσιών να μετατρέπονται σε ενεργούς παράγοντες της πολιτικής διαδικασίας.25

Πίσω από τις θέσεις περί ιδιωτικοποίησης βρίσκονταν τα επιχειρήματα της μεγαλύτερης αποδοτικότητας και της καλύτερης διαχείρισης. Στο τρίτο και στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύχθηκαν μια σειρά επιχειρημάτων που αντικρούουν αυτές τις απόψεις και δείχνουν τον κίνδυνο που ελοχεύει η υιοθέτηση των αρχών της ιδιωτικοποίησης για την κοινωνική πολιτική.

Ορίζοντας την κοινωνική πολιτική ως ένα καθολικό κοινωνικό φαινόμενο που θέτει σε κίνηση την ολότητα της κοινωνίας, άπτεται της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τάξης κάθε κοινωνικού σχηματισμού και αγκαλιάζει κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής, τότε θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μια κοινωνία της πρόνοιας όπου η κοινωνική προστασία ενσωματώνεται σε κάθε δραστηριότητα κάθε φορέα που ενεργοποιήται στα πλαίσια αυτής της κοινωνίας. Με αυτή την έννοια η διάκριση δημόσιου/ιδιωτικού τομέα χάνει τη σημασία της και το ζητούμενο πλέον είναι ο συντονισμός των επιμέρους δικτύων έτσι ώστε από τη μια να αποφεύγονται οι αλληλοεπικαλύψεις και από την άλλη να εξασφαλίζεται η καθολικότητα της προστασίας. Το ρόλο του συντονιστή μπορεί να τον παίξει ένας φορέας που να έχει τη νομιμοποιητική εξουσία άσκησης πολιτικής και αυτός δεν είναι άλλος από το κράτος. Συνεπώς ο ρόλος του κράτους δεν μειώνεται σε σπουδαιότητα και οι στόχοι του δεν αλλάζουν αλλά μεταβάλλεται η μορφή και το περιεχόμενο της παρέμβασής του.

5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κύρια τάση που εμφανίζουν τα τελευταία χρόνια οι Δυτικές βιομηχανικές χώρες είναι η μετάβαση από μια θεσμική αντίληψη του κράτους πρόνοιας όπου το κράτος κατέχει κεντρικό ρόλο, προς ένα καθεστώς όπου ο μη κρατικός τομέας και οι διάφορες εκφάνσεις του, εμπορευματικός, εθελοντικός, μη κερδοσκοπικός, φιλανθρωπικός, κερδίζουν όλο και περισσότερο έδαφος στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Συνεπώς θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τουλάχιστον μεσοπρόθεσμα,από τα τέσσερα σενάρια που σκιαγραφήθηκαν παραπάνω, ο προνοιακός πλουραλισμός φαίνεται ως η πιο πιθανή έκβαση. Και αυτό, σύμφωνα με τον Mishra, για τρεις λόγους. Ο πρώτος είναι ότι από τη μια μεριά,οι αλλαγές στο ιδεολογικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο που έλαβαν χώρα διεθνώς, ευνόησαν την αγοραία οικονομία, τον ατομισμό και τον ανταγωνισμό και συνέβαλλαν αλλά και θα συντείνουν κι άλλο και στο μέλλον, στη μείωση του εύρους των δραστηριοτήτων του κράτους. Από την άλλη όμως, το εθνικό κράτος θα παραμείνει η βάση διασφάλισης της κοινότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης όπου οι πολίτες θα συνεχίσουν να απαιτούν από αυτό την κατοχύρωση συνθηκών ασφάλειας και ισότητας. Τέλος,

---

25. S.R.Smith, M.Lipsky, "Nonprofits for hire. The welfare state in the age of contracting", 1993

τα κοινωνικά προγράμματα που αφορούν για παράδειγμα την εκπαίδευση, ή την προστασία του παιδιού, διαδραματίζουν σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές λειτουργίες, απαραίτητες για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.26

Ωστόσο,αν και ο προνοιακός πλουραλισμός συνιστά μια κατεύθυνση προς την οποία τείνει η σύγχρονη κοινωνική πολιτική, αυτό δεν σημαίνει και ότι δείχνει την ακριβή φύση του μίγματος δηλαδή τους ακριβείς ρόλους που καλείται να παίξει κάθε τομέας. Αυτό θα εξαρτηθεί από την κουλτούρα, την ιδεολογία και γενικότερα τους παράγοντες εκείνους που προσδιορίζουν την ιδιαιτερότητα κάθε κοινωνικού σχηματισμού. Με την έννοια αυτή, εμφανίζεται μια ροπή μάλλον προς την διαφορετικότητα και την ποικιλομορφία όπου το ζητούμενο είναι η εξασφάλιση μιας ισορροπίας μεταξύ, από τη μια μεριά, του μειωμένου ρόλου του κράτους, της αποκέντρωσης, του ανταγωνισμού και της αποδοτικότητας και από την άλλη, της διατήρησης ενός μέτρου συλλογικής ευθύνης για κάποιες βασικές υπηρεσίες. Αποτελεί μια προσπάθεια αναζήτησης και διαμόρφωσης ενός "εφικτού" πακέτου κοινωνικής προστασίας που να ανταποκρίνεται σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό, οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο.

---

26. R.Mishra, "The welfare of nations", στο R.Boyer, D.Drache, (eds.), "States against markets. The limits of globalization", 1996, σ.316-333

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Ενα από τα κεντρικότερα ζητήματα που ανακύπτουν όσο αφορά την Ευρωπαική Κοινότητα, ιδιαίτερα μετά τη συνθήκη του Μάαστριχτ, είναι το κατά πόσο είναι δυνατή η κοινωνική ολοκλήρωση και η διαμόρφωση ενός "ενιαίου ευρωπαικού κοινωνικού χώρου". Σε ποιό βαθμό μπορεί να θεωρηθεί εφικτός στόχος η εφαρμογή ενός ενιαίου υποδείγματος ευρωπαικής κοινωνικής πολιτικής ή ενός ευρωπαικού κράτους πρόνοιας;1 Η έννοια του πολίτη μπορεί να αποκτήσει νόημα στη βάση της κατοχύρωσης ενός πλαισίου κοινωνικών διακαιωμάτων; Αυτά είναι τα ερωτήματα που τίθενται και στα οποία το κεφάλαιο αυτό επιχειρεί να απαντήσει.

1.ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Στη παράγραφο αυτή παρουσιάζονται ορισμένες προσπάθειες κατηγοριοποίησης των μοντέλων κοινωνικής πολιτικής των χωρών-μελών της Κοινότητας και εξετάζεται κατά πόσο είναι δυνατή ή όχι η σύγκλιση των καθεστώτων αυτών.

Σε ένα πρώτο επίπεδο μπορεί να γίνει η διάκριση μεταξύ δύο τύπων κοινωνικής πολιτικής. Ο ένας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck με βάση την επαγγελματική αλληλεγγύη. Είναι προσανατολισμένος προς την αναπλήρωση του εισοδήματος σε περιπτώσεις που επέρχεται ένας κοινωνικός κίνδυνος (ατύχημα, ασθένεια, γήρας) και η χρηματοδότηση γίνεται μέσω υποχρεωτικών εισφορών. Οι παροχές δεν είναι ομοιόμορφες αλλά εξαρτώνται από παράγοντες όπως η διάρκεια ασφάλισης, το ύψος του μισθού κλπ. Εδώ εντάσσονται χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο. Ο άλλος υιοθετεί τις αρχές της κοινωνικής ασφάλειας του Beveridge στη βάση της καθολικότητας (προστασία όλου του πληθυσμού), της ομοιομορφίας (παροχή του ίδιου επιπέδου προστασίας σε όλους) και της ενότητας (ενιαίο σύστημα διαχείρισης). Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω της φορολογίας. Χώρες που έχουν υιοθετήσει αυτό το σύστημα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία και η Ιρλανδία. Μια τρίτη ομάδα χωρών έχει διαμορφώσει ένα μικτό σύστημα που ενσωματώνει στοιχεία και από τα δύο προηγούμενα μοντέλα. Τέτοιες χώρες είναι η Ιταλία και η Ολλανδία. Τέλος χώρες όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία και η

---

1. Η απουσία ενός ευρωπαικού κοινωνικού κράτους ως υπερεθνική δομή και λειτουργία θεωρείται ως δεδομένη αφού δεν πληρούνται τρεις βασικές προυποθέσεις: ενιαία κεντρική εξουσία, κεντρικός δημοσιονομικός μηχανισμός και ενιαία αγορά εργασίας. Βλ. Θ. Σακελλαρόπουλος, "Ευρωπαικό κοινωνικό κράτος ή εθνικές κοινωνικές πολιτικές; Ο ευρωπαικός κοινωνικός χώρος μετά το Μάαστριχτ", στο Π.Γετίμης, Δ.Γράβαρης, (επιμ.), "Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική", 1993, σ.445-467

Ελλάδα εντάσσονται στην ομάδα των χωρών με το λιγότερο ανεπτυγμένο κράτος πρόνοιας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Κοινότητας.2

Ο Leibfried διακρίνει τέσσερα καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής στα οποία κατατάσσει τις χώρες-μέλη: το σκανδιναυικό, το βισμαρκιανό, το αγγλοσαξωνικό και το νοτιοευρωπαικό. Το σκανδιναυικό "σύγχρονο μοντέλο" χαρακτηρίζει τα Σκανδιναυικά κράτη και βασίζεται στην εξασφάλιση του δικαιώματος της εργασίας για όλους. Σε αυτό το στοιχείο επικεντρώνεται η κοινωνική πολιτική στις χώρες αυτές και όχι σε στρατηγικές υποχρεωτικής μεταβίβασης εισοδήματος. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί τον πρωταρχικό εργοδότη και προστάτη του δικαιώματος εργασίας, σε μια κοινωνία της εργασίας. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Γερμανία και η Αυστρία που έχουν υιοθετήσει το "θεσμικό μοντέλο" του Βίσμαρκ, το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση έχει αντικαταστήσει το δικαίωμα στην εργασία. Το ζητούμενο δεν είναι η πλήρης απασχόληση αλλά η πλήρης οικονομική μεγέθυνση. Το κράτος πρόνοιας δεν λειτουργεί ως προστάτης της εργασίας αλλά ως αποζημιωτής. Το αγγλοσαξωνικό "υπολλειμματικό μοντέλο" εμφανίζεται στις αγγλόφωνες χώρες και στηρίζεται και αυτό στην αρχή της οικονομικής ανάπτυξης. Εδώ το κράτος πρόνοιας εκλαμβάνεται μάλλον ως ένας μηχανισμός ενδυνάμωσης της εργασίας στα πλαίσια της αγοράς. Η κοινωνική πολιτική στηρίζεται στην αρχή της επιλεκτικότητας και αποτελεί μια παρέμβαση τελευταίου σταδίου. Τέλος στις χώρες της Νότιας Ευρώπης - Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα, σε κάποιο βαθμό Ιταλία και λιγότερο Γαλλία - κυριαρχεί ένα "υποτυπώδες κράτος πρόνοιας",όπου δεν υπάρχει κατοχυρωμένο δικαίωμα στην πρόνοια - κυρίως Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα. Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται περισσότερο ως μια ημιθεσπισμένη υπόσχεση. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των χωρών είναι ότι δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποιο από τα προηγούμενα τρια μοντέλα αλλά εμφανίζουν να υιοθετούν ορισμένα στοιχεία από αυτά. Ετσι, ενώ φαίνεται να ταιριάζουν περισσότερο στο υπολλειμματικό μοντέλο, η ύπαρξη παραδοσιακών προνοιακών πολιτικών όπως ο ρόλος της εκκλησίας και της οικογένειας, τις διαφοροποιεί από αυτό. Επίσης ορισμένα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης λειτουργούν και ως μέσα εξασφάλισης ενός κατώτατου επιπέδου εισοδήματος, παρόλο που δεν έχουν σχεδιαστεί για αυτό το σκοπό. Από την άλλη μεριά, αν και οι χώρες αυτές στερούνται μιας παράδοσης πλήρους απασχόλησης όπως οι Σκανδιναυικές χώρες, ωστόσο έχουν κάνει σοβαρά βήματα προς αυτό το μοντέλο κυρίως μέσω των συνταγματικών τους διακυρήξεων.3

---

2. D.Lenoir, "L'Europe sociale", 1994, σ.18-23, Commission of the European Communities, "Social protection in Europe", 1994, σ.16-18, J.P.Dumont, "Les systemes de protection sociale en Europe", 1995, σ.4-6

3. S.Leibfried, "Towards a European welfare state? On integrading poverty regimes into the European Community", στο C.Jones, (ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", 1993, σ.139-142

Ανεξάρτητα από τα ταξινομικά συστήματα που μπορεί να υιοθετήσει κάποιος, το ουσιώδες είναι ότι τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής τόσο σε Ευρωπαικό επίπεδο όσο και σε διεθνές, εμφανίζουν σοβαρές διαφορές μεταξύ τους ως προς τις αρχές στις οποίες στηρίζονται, τους στόχους που θέτουν, την οργάνωση, την έκταση της παρεχομένης προστασίας και το εύρος της πρόσβασης στις υπηρεσίες, το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, τη μέθοδο χρηματοδότησης, το ρόλο του ιδιωτικού τομέα κλπ.4 Τίθεται επομένως το ζήτημα κατά πόσο μπορούμε να μιλάμε για τη δυνατότητα σύγκλισης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και ποιό περιεχόμενο θα μπορούσε να έχει αυτή η σύγκλιση.

Οι διάφορες προτάσεις που έχουν γίνει κινούνται στο πλαίσιο είτε της εναρμόνισης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας όλων των κρατών-μελών, είτε του απλού συντονισμού τους είτε τέλος της διαμόρφωσης ενός περιορισμένου πλαισίου ελάχιστων κοινών ρυθμίσεων.5 Η υιοθέτηση της άποψης της εναρμόνισης προυποθέτει την μείωση των αποκλίσεων και την προς τα πάνω εξομοίωση του επιπέδου κοινωνικής προστασίας σε όλες τις χώρες. Αντίθετα, η προσέγγιση του απλού συντονισμού δίνει έμφαση στη λειτουργία της αγοράς και την ελευθερία διακίνησης των ατόμων. Εκτός από την προσαρμογή των εθνικών νομοθεσιών έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ελεύθερη διακίνηση των εργαζομένων, δεν προυποθέτει καμμία άλλη τροποποίηση των εθνικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Μια ενδιάμεση πρόταση υποστηρίζει την διαμόρφωση ενός ελάχιστου επιπέδου κοινωνικών δικαιωμάτων που επικεντρώνονται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και εκπροσώπισης των εργαζομένων.6

Κοινή διαπίστωση των μελετητών αποτελεί το γεγονός ότι η κοινωνική διάσταση της Ευρωπαικής ενοποίησης δεν έχει αποκτήσει τη σημασία που θα έπρεπε και βρίσκεται στη σκιά της οικονομική ολοκλήρωσης.7 Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι το νομικό πλαίσιο

---

4. Commission of the European Communities 1994, ό.π., σ.15-16, S.Leibfried, 1993, ό.π., σ.142, M.Hirsch, "Les enjeux de la protection sociale", 1994, σ.141-143, J.P.Dumont, 1995, ό.π.

5. Παρόμοια προβληματική αναπτύχθηκε και στον Καναδά μετά την πρόταση για υπογραφή Συμφωνίας Ελεύθερου Εμπορίου μεταξύ της χώρας αυτής και των ΗΠΑ. Το πρόβλημα ήταν κατά πόσο η υπογραφή της συμφωνίας θα είχε επιπτώσεις στα κοινωνικά προγράμματα του Καναδά και θα οδηγούσε στην Αμερικανοποίησή τους μέσω μιας διαδικασίας εναρμόνισης η οποία ίσως να μην προέκυπτε τόσο από την οικονομική αναγκαιότητα όσο από τις πολιτικές και επιχειρηματικές επιταγές. Βλ. G.Drover, "Free trade and social policy", 1988

6. M.Hirsch, 1994, ό.π., σ.148, E.Meehan, "Citizenship and the European Community", 1993, σ.67, C.Busch, "Η Ευρώπη μετά το 1992. Οικονομικές, οικολογικές και κοινωνικές προοπτικές της ενιαίας εσωτερικής αγοράς", 1992, σ.292-297, Θ.Σακελλαρόπουλος, "Ευρωπαική κοινωνική πολιτική", 1993, σ.25-28

που διέπει τη λειτουργία του ευρωπαικού κοινωνικού χώρου είναι αδύνατο και ακόμα υπό διαμόρφωση.8

Ειδικότερα στις ιδρυτικές συνθήκες της Κοινότητας ως πρωταρχικός στόχος αναφέρεται η ενιαία αγορά και ο ρόλος της κοινωνικής πολιτικής είναι επιβοηθητικός αυτού του στόχου. Στη συνθήκη της Ρώμης αν και γίνονται αναφορές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής στα άρθρα 117-128, η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί δικαιοδοσία των κρατών-μελών ενώ ο ρόλος της Επιτροπής είναι επικουρικός. Η έννοια της επικουρικότητας τονίζεται και στη συνθήκη του Μάαστριχτ και υποδηλώνει την απουσία διάθεσης και πρόθεσης τροποποίησης των υφισταμένων εθνικών κοινωνικών πολιτικών. Σκοπός της συνθήκης του Μάαστριχτ ήταν η διαμόρφωση ενός πακέτου θεσμικών μεταρρυθμίσεων που απέρεαν από την αναγκαιότητα της ολοκλήρωσης της εσωτερικής αγοράς. Η κοινωνική πολιτική δεν καλύφθηκε καθόλου από τη συνθήκη αλλά αντίθετα υποβαθμίστηκε στη μορφή ενός πρωτοκόλου το οποίο μάλιστα δεν υπογράφηκε από τη Βρετανία. Η στάση της Βρετανίας υποδηλώνει την απουσία συναίνεσης μεταξύ των κοινοτικών εταίρων για τους στόχους της κοινοτικής κοινωνικής πολιτικής και την κυριαρχία των εθνικών διαφορών σε οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα υπόλοιπα έντεκα μέλη μπορούν να νομοθετούν χωρίς όμως η νομοθεσία να επιβάλλει την καθολική εφαρμογή της.9

Το συμπέρασμα που προκύπτει αβίαστα είναι ότι η διαμόρφωση ενός υπερεθνικού κράτους πρόνοιας είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί. Στην καλύτερη περίπτωση θα μπορούσαν να αναζητηθούν κάποια σπέρματα κοινωνικής πολιτικής στη λειτουργία προγραμμάτων που έχουν άλλους στόχους και στη λειτουργία κοινωνικών προγραμμάτων περιορισμένης όμως εμβέλειας.10 Αυτό άλλωστε διακυρήσεται και στο πράσινο βιβλίο όπου αναφέρεται ότι ο στόχος δεν είναι η εναρμόνιση των εθνικών συστημάτων αλλά η δημιουργία κοινών ελάχιστων προτύπων σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης και

---

7. M.Hirsch, 1994, ό.π., σ.141, D.Lenoir, 1994, ό.π., σ.116, S.Leibfried, 1993, ό.π., σ.143, J.P.Dumont, 1995, ό.π., σ.219-235, B.Cassen, "Το κοινωνικό ζήτημα μετά την Ενιαία Πράξη", στο αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία. Η εποχή της παγκοσμιότητας", τεύχος 3, 1993, σ.55-58, Ν.Κουτσιαράς, "Η κοινωνική πολιτική της Κοινότητας: μια οικονομική ερμηνεία, 1992, σ.1

8. Θ.Σακελλαρόπουλος, 1993, ό.π., σ.445-467

9. W.Streeck, "From market making to state building? Reflections on the political economy of European social policy", στο S.Leibfried, P.Pierson, (eds.), "European social policy. Between fragmentation and integration", 1995, σ.404

10. A.Cochrane, "Looking for a European welfare state", στο A.Cochrane, J.Clarke, (eds.), "Comparing welfare states: Britain in international context", 1993, σ.239-265

εργασίας.11

Η προτεραιότητα της οικονομικής έναντι της κοινωνικής ολοκλήρωσης διατυπώνεται με ξεκάθαρο τρόπο στη Λευκή Βίβλο. Το τρίπτυχο ανάπτυξη, ανταγωνιστικότητα και απασχόληση αποτελεί την πεμπτουσία της υιοθέτησης ενός "νέου αναπτυξιακού μοντέλου". Ενός μοντέλου όμως που στηρίζεται στις ευέλικτες μορφές εργασίας, το χαμηλό εργατικό κόστος, τη δημοσιονομική και νομισματική πειθερχία και δεν κάνει πουθενά αναφορά στην κοινωνική πολιτική και στην κοινωνική διάσταση της εσωτερικής ολοκλήρωσης.12

2.Η ΕΥΡΩΠΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ;

Σύμφωνα με το παραπάνω σκεπτικό και στα πλαίσια της Ευρωπαικής Κοινότητας, είναι δυνατό να μιλάμε για την καθιέρωση ενός κοινωνικού κοινοτικού προτύπου το οποίο να απορρέει από τη διαμόρφωση ενός πλαισίου κοινωνικών δικαιωμάτων ενταγμένων σε μια σαφώς προσδιορισμένη Κοινοτική διάσταση της έννοιας του πολίτη;13

Τί εννοούμε όμως με την έννοια του πολίτη; Σύμφωνα με τον κλασσικό οριοσμό του Marshal, τα δικαιώματα του πολίτη συνίστανται από τρία στοιχεία που το ένα συμπληρώνει το άλλο: τα αστικά, τα πολιτικά και τα κοινωνικά δικαιώματα. Τα αστικά δικαιώματα περιλαμβάνουν δικαιώματα που είναι αναγκαία για την ελευθερία του ατόμου όπως προσωπική ελευθερία, ελευθερία του λόγου και της σκέψης, ελευθερία ιδιοκτησίας και ισότητα έναντι του νόμου. Τα πολιτικά δικαιώματα αναφέρονται στο δικαίωμα συμμετοχής στην άσκηση της πολιτικής εξουσίας και στη διαδικασία του εκλέγειν και του εκλέγεσθαι. Τέλος τα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνουν το εύρος των δικαιωμάτων που εκτείνονται από το δικαίωμα κατοχύρωσης ενός ελάχιστου επιπέδου οικονομικής ευημερίας και ασφάλειας μέχρι το δικαίωμα συμμετοχής στη κοινωνική κληρονομιά και τη διαβίωση με βάση τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα.14 Είναι δυνατό να εφαρμοστεί αυτή η προσέγγιση

---

11. Επιτροπή των Ευρωπαικών Κοινοτήτων, "Ευρωπαική κοινωνική πολιτική. Επιλογές για την Ενωση. Πράσινο Βιβλίο", 1993, σ.44,61

12. Ευρωπαική Επιτροπή, "Ανάπτυξη, ανταγωνιστικότητα, απασχόληση. Οι προκλήσεις και η αντιμετώπισή τους για τη μετάβαση στον 21ο αιώνα. Λευκό Βιβλίο", 1994, σ.9-23

13. Οπως για παράδειγμα υποστηρίζει η Meehan, η οποία θεωρεί τη Κοινότητα ως το πεδίο όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί η έννοια του πολίτη λόγω της δυνατότητας που παρέχει στα άτομα να ενεργούν με βάση ορισμένες κοινές ταυτότητες και να σχηματίζουν κοινότητες συμφερόντων ως αγοραστές, άνεργοι, συνταξιούχοι, καλλιτέχνες κλπ. και με βάση τα οποία έχουν κατακτήσει ορισμένα δευτερογενή δικαιώματα πολιτικής συμμετοχής σε διεθνείς οργανώσεις. Βλ. E.Meehan, "Citizenship and the European Community", 1993, σ.155

14. T.H.Marshal, "Class, citizenship and social development", 1965, σ.71-134

σε Ευρωπαικό Κοινοτικό επίπεδο;

Στη Συνθήκη του Μάαστριχτ στο άρθρο 8, θεσπίζεται για πρώτη φορά η ιθαγένεια της Ενωσης όπου κάθε υπήκοος ενός κράτους μέλους θεωρείται πολίτης της Ενωσης με τα αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις που προβλέπονται από τη συνθήκη. Ομως η έννοια του πολίτη όπως προσδιορίζεται στο άρθρο 8 καθώς και στα επόμενα 8Α εως 8Ε, επικεντρώνεται αποκλειστικά στα αστικά και πολιτικά δικαιώματα με την προστασία της ελεύθερης κυκλοφορίας και διαμονής στην επικράτεια της κοινότητας (άρθ.8Α), του δικαιώματος εκλέγειν και εκλέγεσθαι (άρθ.8Β), της διπλωματικής και προξενικής προστασίας (άρθ.8Γ) και της αναφοράς στο Ευρωπαικό Κοινοβούλιο (άρθ.8Δ). Στο πλαίσιο αυτό δεν περιλαμβάνονται τα κοινωνικά δικαιώματα. Το ότι στο άρθρο 8 αναφέρεται ότι κάθε πολίτης της Κοινότητας απολαμβάνει τα δικαιώματα που απορρέουν από τη Συνθήκη, οδηγεί στην εξέταση των κοινωνικών διατάξεων της Συνθήκης και κυρίως των άρθρων 117 εως 122. Στο άρθρο 117 αναφέρεται στην ανάγκη τα κράτη-μέλη να προαγάγουν τη βελτίωση των όρων διαβίωσης και εργασίας του εργατικού δυναμικού. Η βελτίωση αυτή θα προκύψει από τη λειτουργία της κοινής αγοράς που θα ευνοήσει την εναρμόνιση των κοινωνικών συστημάτων και από τις διαδικασίες που προβλέπονται από τη συνθήκη.Στο σημείο αυτό, καθώς και στις διατάξεις των επόμενων άρθρων, φαίνεται καθαρά η απουσία μιας εκφρασμένης και αναγνωρισμένης νομοθετικής εξουσίας που να έχει το δικαίωμα νομοθέτησης. Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την άμεση Κοινοτική ανάμειξη σε νομοθετικό επίπεδο, στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.15

Η απουσία ενός κοινού πλαισίου αναφοράς είναι εμφανής και στο εσωτερικό των μηχανισμών και των οργάνων της ίδιας της κοινότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ψήφιση του κοινοτικού χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων. Στις συζητήσεις που προηγήθηκαν υπήρξε μια σύγκρουση τόσο μεταξύ Επιτροπής, Συμβουλίου και Κοινοβουλίου16 όσο και μεταξύ Ευρωπαικής Συνομοσπονδίας Εργαζομένων και Ενωσης Βιομηχανιών της Ευρωπαικής Κοινότητας.17

---

15. S.O'Leary, "The social dimension of community citizenship", στο A.Rosas, E.Antola, (eds.), "A citizens' Europe. In search of a new order", 1995, σ.165

16. Το Κοινοβούλιο επέκρινε την Επιτροπή και το Συμβούλιο για τον περιοριστικό χαρακτήρα του χάρτη ο οποίος αναφέρεται μόνο στους εργαζόμενους και όχι σε όλους τους πολίτες και την εμονή στις εθνικές πρακτικές, την αρχή της επικουρικότητας και τους νομικούς περιορισμούς που υφίστανται όσο αφορά τις ενέργειες στον κοινωνικό τομέα. Βλ. M.Buron, "Κοινοτικός χάρτης των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90, σ.14-20

17. Για τις απόψεις των εργοδοτών οι οποίοι επέμειναν στην άποψη ότι η Επιτροπή επεμβαίνει σε τομείς που δεν ανήκουν στο πεδίο της κοινοτικής δράσης, βλ. Z.Tyszkiewicz, "Η άποψη των εργοδοτών για τον κοινοτικό χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των

Τελικά ο Κοινωνικός Χάρτης υιοθετήθηκε μόνο με τη μορφή μιας μη δεσμευτικής επίσημης διακήρυξης του Συμβουλίου. Ο αρχικός του τίτλος που ήταν Θεμελιώδη Κοινωνικά Δικαιώματα, μετατράπηκε σε Θεμελιώδη Κοινωνικά Δικαιώματα των Εργαζομένων και όπου υπήρχε στο κείμενο η λέξη πολίτης, αντικαταστάθηκε από τη λέξη εργαζόμενος,18 ακριβώς για να αποφευχθεί το γεγονός να εμφανιστεί το όλο εγχείρημα ως μια προσπάθεια εκτεταμένης παρέμβασης της Επιτροπής στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Ανάλογη ήταν και η μοίρα του Προγράμματος Δράσης που πρότεινε την υιοθέτηση 47 μέτρων κοινωνικής πολιτικής για την εφαρμογή του Χάρτη. Η πορεία εφαρμογής τους ήταν πολύ αργή και μέχρι το 1995 είχαν υιοθετηθεί μόνο 28 από αυτά.19

Οι παραπάνω επισημάνσεις μας επιτρέπουν να κάνουμε λόγω για την ύπαρξη ενός κοινωνικού ελλείμματος, την δυσκολία σύγκλισης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας των χωρών-μελών της κοινότητας και την αδυναμία διαμόρφωσης ενός Ευρωπαικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής αφού οι λύσεις που αναζητούνται κινούνται κυρίως προς εθνικές, αποκεντρωτικές και ευέλικτες ρυθμίσεις.20 Ωστόσο έλλειμμα δεν παρατηρείται μόνο στην κοινωνική διάσταση των δικαιωμάτων του πολίτη αλλά και στην πολιτική και αστική τους διάσταση, μιλώντας έτσι και για έλλειμμα δημοκρατίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά εδώ είναι η χαμηλή ανάμειξη των πολιτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στα πλαίσια της Κοινότητας21 και η έλλειψη συμφωνίας ως προς το τί συνιστά το ουσιαστικό στοιχείο

εργαζομένων", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90, σ.24-26. Για τις απόψεις των εργαζομένων που τόνισαν την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός χάρτη κοινωνικών δικαιωμάτων αλλά ταυτόχρονα επέκριναν την Επιτροπή και το Συμβούλιο για το ότι δεν έλαβαν υπόψη τους τη θέληση του Κοινοβουλίου και τη γνώμη των κοινωνικών εταίρων που συνήλθαν στα πλαίσια της ΟΚΕ, βλ. J.Lapeyre, "Προς αναζήτηση της χαμένης κοινωνικής διάστασης", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90, σ.27-30 και F.Staedelin, "Κοινωνική πολιτική, κοινωνικός χάρτης, θεμελιώδη δικαιώματα", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90, σ.21-23

18. Για μια σύγκριση του αρχικού και του τελικού κειμένου βλ. Social Europe 1/90, σ.52-54,100-109

19. Streeck, 1995, ό.π., σ.403

20. Βλ. και Ν.Κοτζιάς, "Η κοινωνική λειτουργία του εθνικού κράτους και το κοινωνικό έλλειμμα της Ευρωπαικής Κοινότητας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.113-128, Θ.Σακελλαρόπουλος 1993, ό.π.

21. K.Neunreither, "Citizens and the exercise of power in the European Union: towards a new social contract?", στο A.Rosas, E.Antola, (eds.), "A citizens' Europe. In search of a new order", 1995, σ.1-18

της Ενωσης και ποιά πρέπει να είναι τα πολιτικά χαρακτηριστικά της, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα η δημοκρατία να αμφισβητείται από εναλλακτικές μορφές άσκησης πολιτικής εξουσίας όπως η γραφειοκρατία και η κυριαρχία της εθνικής διάστασης.22

Συνεπώς η έννοια του πολίτη στα πλαίσια της Κοινότητας και της Συνθήκης του Μάαστριχτ, εμφανίζεται ασαφής και χωρίς ουσιαστικό περιεχόμενο αφού δεν είναι ξεκάθαρο το ποιά δικαιώματα και υποχρεώσεις συνδέονται με αυτή. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη και συνεκτική αντίληψη για το τί συνιστά η έννοια του πολίτη στο κοινοτικό πλαίσιο.23

3.ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από την παραπάνω παρτουσίαση είναι ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί μια θρυμματισμένη και αποσπασματική δομή χωρίς συντονισμό. Πώς μπορεί να εμηνευτεί αυτό το γεγονός; Πού οφείλεται η συγκεκριμένη μορφή που πήρε η Κοινοτική κοινωνική πολιτική;

Η όλη προβληματική εντάσσεται στα πλαίσια διερεύνησης των θεσμικών δομών της Κοινότητας και του κατά πόσο ανταποκρίνεται στο υπόδειγμα ενός ομοσπονδιακού συστήματος διακυβέρνησης. Το ζήτημα είναι ότι η Κοινότητα δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε ως μια διακυβερνητική αλλά ούτε και ως μια υπερεθνική οντότητα. Αποτελεί μια νομική αλλά όχι και πολιτική ομοσπονδία. Δεν είναι κράτος αλλά έχει μερικά κρατικιστικά χαρακτηριστικά.24

Οι P.Pierson και S.Leibfried προσεγγίζουν την κοινωνική πολιτική της Ευρωπαικής Ενωσης ως τμήμα ενός συστήματος διακυβέρνησης πολλαπλών επιπέδων (multitiered system of governance). Τα τρία διακριτά χαρακτηριστικά ενός τέτοιου συστήματος είναι ο ρόλος των συστατικών μερών, ο μετασχηματισμός των οργανωμένων συμφερόντων και τα διλλήματα που σχετίζονται με θεσμούς συμμετοχής στη διαμόρφωση των πολιτικών.25 Αυτό σημαίνει ότι από τη μια εμφανίζεται ένα δίκτυο παραγόντων τόσο σε κεντρικό όσο και περιφερειακό-εθνικό επίπεδο που προσπαθούν να ασκήσουν τη μεγαλύτερη δυνατή επιρροή σε επίπεδο εξουσίας: πρωταρχικός ο ρόλος των κρατών-μελών στη διαμόρφωση πολιτικής και ύπαρξη

---

22. T.Tiilikainen, "The problem of democracy in the European Union", στο A.Rosas, E.Antola, (eds.), 1995, ό.π., σ.19-38

23. H.U.J. d'Oliveira, "Union citizenship: pie in the sky?", στο A.Rosas, E.Antola, (eds.), 1995, ό.π., σ.58-84

24. Meehan, 1993, ό.π., σ.x

25. P.Pierson, S.Leibfried, "Multitiered institutions and the making of social policy", στο S.Leibfried, P.Pierson, (eds.), "European social policy. Between fragmentation and integration", 1995, σ.1-40

μηχανισμών προστασίας κάθε μέλος από την εφαρμογή πολιτικών αντίθετων στα συμφέροντά του όπως π.χ. η αρχή της ομοφωνίας, με ταυτόχρονη όμως συνύπαρξη χαρακτηριστικών που δείχνουν σχετική αυτονομία των θεσμικών κοινοτικών οργάνων όπως για παράδειγμα το ότι το Συμβούλιο εξετάζει μόνο προτάσεις που έχουν υποβληθεί από την Επιτροπή. Η εμπλοκή παραγόντων από διαφορετικά επίπεδα πολλές φορές οδηγεί είτε στη διαμόρφωση συμφωνιών με βάση ένα ελάχιστο επίπεδο κοινά αποδεκτών θέσεων είτε σε διαδικασίες ενσωμάτωσης μέτρων θεσμικής προστασίας της θέσης του κάθε παράγοντα είτε τέλος σε πολύπλοκες και χρονοβόρες διαδικασίες συμφωνιών και διευθετήσεων. Από την άλλη μεριά τα οργανωμένα συμφέροντα και η επιδίωξη των στόων τους σε συνδυασμό με τη θεσμική κατάτμηση οδηγούν σε νεοπλουραλιστικές προσεγγίσεις διαμόρφωσης προσωρινών συμμαχιών που συστήνονται γύρω από συγκεκριμένες προτάσεις παρέμβασης σε συγκεκριμένους τομείς. Ακόμα η κατάτμηση της πολιτικής εξουσίας δημιουργεί διλλήματα στους διαμορφωτές πολιτικής σε σχέση με το σχεδιασμό των κατάλληλων θεσμών.26 Συνεπώς ο θρυμματισμός της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και η ισχυρή διαπραγματευτική θέση των κρατών-μελών εμποδίζουν το συντονισμό των πρωτοβουλιών εφαρμογής κοινωνικών προγραμμάτων.

Οι διαπιστώσεις αυτές επιβεβαιώνονται και από την δυσκολία δημιουργίας ενός διακρατικού ρυθμιστικού καθεστώτος που να ρυθμίζει τις εργασιακές σχέσεις και την αγορά εργασίας. Οι αντιθέσεις μεταξύ συμφερόντων και φιλοσοφιών, η περιορισμένη δύναμη της Επιτροπής σε αυτόν τον τομέα και τα διαφορετικά εθνικά συστήματα ρύθμισης διαμορφώνουν το πλαίσιο των αδυναμιών και των περιορισμών.27

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τα παραπάνω είναι ότι εμφανίζεται ένα κοινωνικό και δημοκρατικό έλλειμμα το οποίο οφείλεται σε μια σειρά θεσμικών/συνταγματικών δυσκολιών οι οποίες αντικατοπτρίζουν μια έντονη σύγκρουση συμφερόντων, ιδεολογιών και κοινωνικοπολιτικών παραδόσεων στα πλαίσια μιας πλουραλιστικής διαδικασίας όπου τα κράτη-μέλη, οι κοινωνικοί εταίροι και τα Κοινοτικά θεσμικά όργανα συναγωνίζονται για την άσκηση επιρροής.

---

26. P.Pierson, S.Leibfried, "The dynamics of social policy integration" στο S.Leibfried, P.Pierson, (eds.), 1995, ό.π., σ.432-465

27. M.Rhodes, "A regulatory conundrum: industrial relations and the social dimension", στο S.Leibfried, P.Pierson, 1995, ό.π., σ.78-122

ΤΜΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980

Στο πρώτο τμήμα της μελέτης παρουσιάστηκαν οι τάσεις και η προβληματική που αναπτύχθηκε διεθνώς κατά τη δεκαετία του 1980 για τη θέση και το ρόλο του κράτους πρόνοιας στις σύγχρονες κοινωνίες. Ενας από τους κυριώτερους τομείς του κοινωνικού κράτους στον οποίο σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις τη περίοδο αυτή και οι οποίες αντανακλούν σε πολύ μεγάλο βαθμό τις επιλογές που έγιναν στο χώρο της κοινωνικής προστασίας, ήταν ο τομέας της υγείας και των συστημάτων προστασίας της υγείας. Σκοπός αυτού του δεύτερου τμήματος είναι η περιγραφή και η ανάλυση των τάσεων που διαμορφώθηκαν και των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στα συστήματα υγείας κυρίως των χωρών της Δ.Ευρώπης που αποτελούν μέλη της Ευρωπαικής Ενωσης, χωρίς να απουσιάσουν αναφορές και για τις αντίστοιχες εξελίξεις τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες.

Ειδικότερα στο πρώτο μέρος θα εξεταστούν η δομή, η οργάνωση και η λειτουργία των συστημάτων υγείας και τα προβλήματα που αντιμετώπισαν στη δεκαετία του 1980 κυρίως σε σχέση με τα ζητήματα του κόστους, της ισότητας και της αποδοτικότητα. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα μέτρα που λήφθηκαν και οι προτάσεις οργανωτικής, διοικητικής και οικονομικής αναμόρφωσής τους. Τέλος θα εξεταστεί κατά πόσο είναι εφικτή η σύγκλιση των συστημάτων υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης.

Στο δεύτερο μέρος η ανάλυση θα επικεντρωθεί στις εξελίξεις που σημειώθηκαν στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και αυτό γιατί το Βρετανικό ΕΣΥ θεωρείται ένα από τα πιο πετυχημένα συστήματα υγείας που άντεξε στο χρόνο και το οποίο απολαμβάνει τη μεγαλύτερη αποδοχή των πολιτών. Συνεπώς από την εξέταση της πορείας του μπορούμε να αποκομίσουμε χρήσιμα συμπεράσματα πολιτικής για το νεοσύστατο Ελληνικό ΕΣΥ. Ενας επιπλέον λόγος εκτενέστερης αναφοράς στο Βρετανικό ΕΣΥ είναι ότι οι προτάσεις για την αναμόρφωση του Ελληνικού συστήματος υγείας αντλούν πολλά στοιχεία από τη προβληματική που αναπτύχθηκε στη Βρετανία και τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της χώρας αυτής.

Η οργάνωση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα αποτελεί αντικείμενο του τρίτου μέρους. Εδώ γίνεται μια ιστορική αναδρομή στους βασικότερους σταθμούς της πορείας του συστήματος υγείας της χώρας και στις προτάσεις που κατά καιρούς διατυπώθηκαν για την αναδιοργάνωσή του. Υπό το πρίσμα των σύγχρονων εξελίξεων, αναλύονται τα προβλήματα που εμφάνισε το ΕΣΥ που θεσπίστηκε το 1983, οι αλλαγές που έγιναν σε αυτό και τα νέα σχέδια για την αναμόρφωσή του.

Ο απότερος στόχος είναι η διαχρονική παρουσίαση των επιλογών και των αλλαγών που συντελέστηκαν στα σύγχρονα συστήματα υγείας με στόχο την υποβολή προτάσεων για την μελλοντική αναδιάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, η οποία να λαμβάνει υπόψη της τόσο τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού για φροντίδα υγείας, όσο και τις προτάσεις αλλά και λύσεις που προτάθηκαν και υιοθετήθηκαν στο εξωτερικό για την αντιμετώπιση παρόμοιων προβλημάτων που λίγο-πολύ αντιμετώπισαν οι περισσότερες χώρες και αφορούσαν θέματα όπως η χρηματοδότηση,η διανομή, η λειτουργία, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας.1

Η σύγκριση του Ελληνικού με το Βρετανικό σύστημα υγείας δεν έχει το νόημα της αντιπαράθεσης των δύο συστημάτων με την έννοια της χρησιμοποίησης του Αγγλικού μοντέλου ως πρότυπου και της προσαρμογής του Ελληνικού μοντέλου πάνω σ'αυτό το πρότυπο. Κάτι τέτοιο θα στερούνταν βαρύτητας αφού η διαμόρφωση των συστημάτων υγείας έγινε κάτω από διαφορετικές κοινωνικές, δημογραφικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες και ανταποκρίνονταν σε διαφορετικές ανάγκες.2 Αυτό άλλωστε είναι και το πρόβλημα της "μοναδικότητας" που αντιμετωπίζει κάθε συγκριτική μελέτη.3

Αυτό που μας ενδιαφέρει εδώ είναι η διέρυνση του πλαισίου κατανόησης των συγκεκριμένων προβλημάτων που ανακύπτουν στον τομέα της υγείας και η άντληση γνώσεων από την εμπειρία. Ετσι μπορούμε να ανακαλύψουμε διαφορετικές προσεγγίσεις, επιλογές αλλά και περιορισμούς που εμφανίζονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις και με αυτό τον τρόπο μαθαίνουμε.4 Επομένως ο απότερος στόχος μας είναι διπλός: πρώτον, η αναζήτηση ενός κατευθυντήριου οδηγού για τον σχεδιασμό καλύτερων πολιτικών στον τομέα υγείας και δεύτερον, η βαθύτερη κατανόηση του πώς τελικά λειτουργούν οι θεσμοί και οι πολιτικές καθώς έρχονται σε επαφή με τα συγκεκριμένα προβλήματα.

---

1. OECD, "The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries", 1992, σελ.13

2. OECD, "Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries", 1987, σελ.15

3. Για τα προβλήματα αυτά βλ. A.Heidenheimer et al., "Comparative public policy. The politics of social choise in America, Europe and Japan", 1990, σελ.11

4. A.Heidenheimer et al., 1990, ό.π., σελ.1-2

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια σύντομη παρουσίαση της οργάνωσης των συστημάτων υγείας κυρίως στις δυτικοευρωπαικές χώρες, των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα μετά τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και τα οποία επικεντρώνονται στο θέμα του κόστους και της χρηματοδότησης και των λύσεων που έχουν προταθεί για το ξεπέρασμα αυτών των προβλημάτων. Στα πλαίσια αυτά αποκτά ιδιαίτερη σημασία η έννοια της αποδοτικότητας έτσι όπως παρουσιάζεται μέσα από τις πολιτικές συγκράτησης του κόστους καθώς και η έννοια της ισότητας στην υγεία. Τελικά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι εξελίξεις που σημειώνονται σηματοδοτούν τη σύγκλιση των συστημάτων υγείας προς ένα ενιαίο μοντέλο οργάνωσης.

1.ΔΟΜΗ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια του "συστήματος" στον τομέα της υγείας αναφέρεται στην οργάνωση μιας σειράς συγκεκριμένων στοιχείων τα οποία επιτελούν ειδικευμένες λειτουργίες που αλληλοσυνδέονται και αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους -δημιουργώντας ένα οικοδόμημα το οποίο είναι κάτι παραπάνω από απλό άθροισμα των μερών του- και στοχεύουν στην επίτευξη κάποιου στόχου. Αυτό το σύστημα είναι ενταγμένο μέσα σε ένα περιβάλλον με το οποίο συνδέεται στενά και ανταλλάσει πληροφορίες με αυτό. Επίσης το σύστημα μπορεί να υποδιαιρείται σε υποσυστήματα διευκολύνοντας έτσι τη μελέτη των δομικών σχέσεων μεταξύ των μερών τα οποία συγκροτούν το ευρύτερο σύστημα.1

Επομένως όταν μιλάμε για "σύστημα υγείας" εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένοι οι πόροι που χρησιμοποιούνται στον τομέα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και την καλυτέρευση της υγείας του πληθυσμού. Οι πόροι περιλαμβάνουν τόσο το ανθρώπινο δυναμικό, όπως ιατρικό και παραιατρικό προσωπικό, όσο και το υλικό κεφάλαιο, δηλαδή φάρμακα, τεχνολογία, κτίρια κλπ.2

---

1. F.Hedinger, "The systems approach to health services: A framework", 1968, σελ.2-3, B.Kleczkowski, M.Roemer, A.Van Der Werff, "Les systemes de sante nationaux: reorientation sur la voie de la sante pour tous. Principles directeurs pour l'elaboration de politiques", 1984, σελ.14

2. B.Kleczkowski, M.Roemer, A.Van Der Werff 1984, ό.π., σελ.16

Ο τρόπος συνδυασμού και συντονισμού των παραπάνω πόρων αποτελεί τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος. Το κύριο χαρακτηριστικό ενός τέτοιου συστήματος είναι η ροπή προς την "πολυπλοκότητα" η οποία απορρέει τόσο από τις εσωτερικές σχέσεις των στοιχείων του όσο και από τις σχέσεις του με το εξωτερικό περιβάλλον. Η τάση αυτή άλλωστε που εμφανίζεται στα συστήματα υγείας όλων των χωρών, εντάθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Ετσι τα συστήματα υγείας αποτελούν: έναν θεσμό που ανέλαβε λειτουργίες που πρίν επιτελούσε η οικογένεια, ένα σύνολο πολύπλοκων οργανισμών με ξεχωριστές αρμοδιότητες, μια πηγή εισοδήματος και απασχόλησης, ένα κανάλι διαχείρισης και κατανομής πόρων, ένα επίκεντρο τεχνολογικής καινοτομίας, ένα τομέα με σημαντικές επιπτώσεις σε μακροοικονομικό επίπεδο, ένα πεδίο ιδεολογικών κοινωνικών και πολιτικών αντιπαραθέσεων κλπ.3

Το επίκεντρο ενός τέτοιου συστήματος είναι ο ασθενής. Αυτό σημαίνει ότι η σημασία και η σπουδαιότητα του συστήματος δεν μπορεί να κατανοηθεί χωρίς την αναγνώριση ότι οι ασθενείς αποτελούν το σκοπό των υπηρεσιών υγείας και είναι ο μοναδικός λόγος ύπαρξης του συστήματος υγείας.4

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως σύστημα υγείας περιγράφουμε την σύνθεση όλων των στοιχείων που σκοπεύουν στην συνδυασμένη επίδραση στην υγεία ενός πληθυσμού και σε όλους τους χώρους όπου κινήται ο άνθρωπος όπως σπίτι, δημόσιοι χώροι κλπ. και αφορά το φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον του. Ενα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που απαιτούνται για την αντιμετώπιση όλων των αναγκών υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Η οργάνωση του συστήματος γίνεται σε περιφερειακό (επίπεδο κοινότητας ή πρωτοβάθμιο), ενδιάμεσο και κεντρικό επίπεδο και η μεταβίβαση των στοιχείων του συστήματος γίνεται με βάση την διοικητική δομή της κάθε χώρας.5

Ο Roemer προσδιορίζει πέντε συστατικά μέρη με βάση τα οποία μπορούν να περιγραφούν τα συστήματα υγείας. Αυτά είναι:6 α) Οι χρησιμοποιούμενοι πόροι που περιλαμβάνουν το ιατρικό, νοσοκομειακό και λοιπό προσωπικό, τις εγκαταστάσεις όπως τα νοσοκομεία, τα φάρμακα, το τεχνολογικό εξοπλισμό και τη γνώση. β) Η οργάνωση των προγραμμάτων που αναφέρεται στην κρατική ευθύνη οργάνωσης του συστήματος υγείας, στα προγράμματα κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης καθώς και στις εθελοντικές οργανώσεις. γ) Η

---

3. J.Frenk, "Dimensions of health system reform", στο Health Policy, vol.27, no 1, January 1994, σελ.23-24

4. F.Hediger, 1968, ό.π., σελ.3

5. ΠΟΥ, "Λεξιλόγιο της σειράς Υγεία για Ολους", 1989, σελ.13

6. M.Roemer, "National Health Systems of the world. The issues", 1993. Ιδια προσέγγιση υιοθετούν και οι B.Kleczkowski, M.Roemer, A.Van Der Werff, 1984, ό.π., σελ.13-33

οικονομική υποστήριξη και ιδιαίτερα η μέθοδος και οι πηγές χρηματοδότησης, όπως και οι μέθοδοι συγκράτησης του κόστους. δ) Το σύστημα διαχείρησης και προγραμματισμού που περιλαμβάνει την διεύθυνση, την λήψη των αποφάσεων, τη νομοθεσία και τους κανονισμούς λειτουργίας. ε) Η διανομή των υπηρεσιών που μπορεί να αναφέρεται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία και την επανένταξη.

Σε πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ χρησιμοποιούνται κυρίως τρία κριτήρια περιγραφής των συστημάτων φροντίδας υγείας: η πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων, η μορφή αποζημίωσης των προμηθευτών και οι κρατικές ρυθμίσεις.7 Επίσης σημαντικοί παράγοντες διαμόρφωσης των συστημάτων θεωρούνται: οι καταναλωτές/ασθενείς, οι προμηθευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας π.χ. γενικοί γιατροί, οι προμηθευτές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, οι ασφαλιστές/ τρίτοι πληρωτές και η κυβέρνηση ως ρυθμιστής του συστήματος. Η διαντίδραση μεταξύ των παραπάνω παραγόντων καθορίζει την παροχή των υπηρεσιών, την παραπομπή από το πρωτοβάθμιο στο δευτεροβάθμιο επίπεδο, την πληρωμή των υπηρεσιών, την πληρωμή των ασφαλιστικών δικαιωμάτων κλπ.

Ειδικότερα όσο αφορά τις μεθόδους χρηματοδότησης το ενδιαφέρον σε σχέση με την πολιτική υγείας επικεντρώνεται στην εξέταση τριών σημαντικών σημείων: α) ποιές ομάδες του πληθυσμού πληρώνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και τι αξία υπηρεσιών λαμβάνουν, β) ποιός ελέγχει τις δαπάνες και πώς ασκεί αυτόν τον έλεγχο, γ) ποια η μέθοδος πληρωμής των προμηθευτών.8

Υπάρχουν δύο πηγές χρηματοδότησης, η υποχρεωτική και η εθελοντική και τέσσερεις μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών: απευθείας από τους καταναλωτές χωρίς ασφάλιση, από τους καταναλωτές με απόδοση μετέπειτα των χρημάτων τους από την ασφάλιση, έμμεσα από τρίτους πληρωτές μέσω συμβολαίων και από τρίτους πληρωτές μέσω προυπολογισμών και μισθών εντός ενός ολοκληρωμένου οργανισμού.9

Σύμφωνα με μια άλλη διάκριση οι πόροι χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μπορεί να προέρχονται από: α) το δημόσιο, δηλαδή όλα τα κυβερνητικά επίπεδα όπως υπουργείο υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων, ταμεία κοινωνικής ασφάλισης κλπ, β) τους εργοδότες, γ) τους εθελοντικούς οργανισμούς, δ) την τοπική κοινότητα, ε) την βοήθεια από το εξωτερικό, στ) τα νοικοκυριά και ζ) άλλες πηγές.10

---

7. OECD, 1992, ό.π., σελ.19

8. B.A.Smith, A.Leiserson, "Poverty, development and health policy" 1978, σελ.74

9. OECD, 1992, ό.π., σελ.19

10. WHO, "Financing of health services", Report of a WHO study group, Technical Report series 625, 1978, σελ.36, B.Kleczkowski, M.Roemer, A.Van Der Werff, 1984, ό.π., σελ.27

Δηλαδή οι πόροι μπορεί ανάλογα με την προέλευσή τους να προέρχονται από i) τον δημόσιο τομέα που περιλαμβάνει το υπουργείο υγείας, άλλα υπουργεία καθώς και άλλες δημόσιες υπηρεσίες, ii) τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει την άμεση πληρωμή από τους χρήστες, τις παροχές των εργοδοτών, τις φιλανθρωπικές δωρεές κλπ. iii) την ασφάλιση υγείας που μπορεί να είναι η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση και η ασφάλιση που παρέχεται από τους εργοδότες και iv) την εξωτερική βοήθεια από την Παγκόσμια Τράπεζα, την ΠΟΥ κλπ.11 Ετσι το βασικό πρόβλημα που προκύπτει είναι η δυνατότητα συντονισμού και ίσης κατανομής των πόρων μεταξύ των διαφόρων προγραμμάτων υγείας.

Σε σχέση με τις μεθόδους αποζημίωσης των γιατρών διακρίνουμε την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, την αμοιβή με βάση τους εγγεγραμμένους στον κατάλογο του γιατρού και με βάση έναν μισθό. Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται κατά περίπτωση, κατά ημέρα ή με προοπτικό σφαιρικό προυπολογισμό.12

Η μέθοδος αποζημίωσης τόσο των γιατρών όσο και των νοσοκομείων αποκτά ιδιαίτερη σημασία στα πλαίσια των πολιτικών συγκράτησης του κόστους, αλλά και όσο αφορά την ποιότητα και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα υποστηρίζεται ότι η αμοιβή των γιατρών κατά πράξη σε συνδυασμό με την εισαγώμενη ζήτηση από το ιατρικό σώμα και την πλευρά της προσφοράς έχουν αρνητική επίδραση στην συγκράτηση του κόστους ενώ αντίθετα η αμοιβή με βάση τους εγγεγραμμένους στο κατάλογο ή με βάση ένα μισθό έχει θετικότερα αποτελέσματα. Ανάλογα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει η επιβολή ενός ανώτατου ορίου στον προυπολογισμό των νοσοκομείων, δηλαδή η εφαρμογή της προοπτικής χρηματοδότησης.13

Η κρατική παρέμβαση μπορεί να σκοπεύει είτε στην προώθηση των αγορών και της αυτορύθμισης του συστήματος μέσω της ενίσχυσης της δυνατότητας επιλογής των καταναλωτών και της αυτονομίας και του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών και των προμηθευτών, είτε στον μεγαλύτερο έλεγχο του τομέα υγείας μέσω κεντρικού σχεδιασμού, καθορισμού των τιμών, της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών, καθορισμού των μισθών, προσδιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης κλπ. με σκοπό την αποδοτικότερη κατανομή των πόρων.14

---

11. E.Mach, B.A.Smith, "Planification des ressources financieres du secteur de la sante", 1984, σελ.21, WHO, "Evaluation of recent changes in the financing of health services", 1993, σ. 11-13

12. OECD, 1992, ό.π., σελ.20., B.Abel-Smith, "An introduction to health. Policy, planning and financing", 1994, σ.191-200, WHO, 1993, ό.π., σ.37-39

13. WHO, "Economic research into health service growth", Report on a WHO Workshop, 24-27/9/1979, 1981, σελ.14-16, OECD, 1987, ό.π., σελ.26-30

14. OECD, 1987, ό.π., σελ.28, WHO, 1981, ό.π., σελ.9-11

Επομένως το κράτος μπορεί να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας μέσω τριών σημαντικών μηχανισμών: της ρύθμισης του συστήματος, της χρηματοδότησης και της άμεσης παροχής υπηρεσιών.15

Οσο αφορά τις υπηρεσίες υγείας, αυτές μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες: τις υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται προς το άτομο και σκοπεύουν στη βελτίωση της υγείας του και τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία και βελτιώνουν συλλογικά την υγεία όλου του πληθυσμού.16

Συνοψίζοντας τη παραπάνω συζήτηση βλέπουμε ότι τα συστήματα υγείας έχουν μια συγκεκριμένη αρχιτεκτονική που περιλαμβάνει τα συστατικά στοιχεία και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους καθώς και μια σειρά λειτουργιών οι οποίες συνδέονται με την κάλυψη των αναγκών για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης για τη διευκόλυνση της ανάλυσης και σύμφωνα με την συστημική θεωρία,ένα σύστημα υγείας μπορεί να διακριθεί σε τρία άλλα υποσυστήματα τα οποία είναι: α) το σύστημα διεύθυνσης και συντονισμού, β) το σύστημα χρηματοδότησης και γ) το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών.

Μεταξύ των στοιχείων που αναφέρθηκαν παραπάνω μπορούν να γίνουν μια σειρά συνδυασμών. Ωστόσο θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για τρία κυρίως μοντέλα συστημάτων υγείας τα οποία έχουν επικρατήσει με διάφορες παραλλαγές:17

α) Τα μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης που χρηματοδοτούνται κυρίως από τα κοινωνικοασφαλιστικά ταμεία μέσω εισφορών οι οποίες υπολογίζονται με βάση το εισόδημα. Τα ταμεία διευθύνονται από τους κοινωνικούς ετέρους ενώ η λειτουργία τους επιβλέπεται και ρυθμίζεται από την κυβέρνηση. Οι εισφορές μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων ταμείων, υποδηλώνοντας διαφορές στους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοεπαγγελματικές ομάδες. Τα ταμεία είναι οργανωμένα στη βάση κορπορατιστικών, κλαδικών, θρησκευτικών ή γεωγραφικών κριτηρίων. Οι υπηρεσίες παρέχονται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών, όπως π.χ.του Βελγίου, της Γαλλίας, της Γερμανίας, του Λουξεμβούργου.

β) Τα εθνικά συστήματα χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία, παρέχουν καθολική κάλυψη και μπορεί να είναι δύο τύπων. Στον πρώτο, το κράτος ασφαλίζει και παρέχει υπηρεσίες υγείας μέσω του ίδιου οργανισμού τον οποίο χρηματοδοτεί μέσω του κρατικού προυπολογισμού. Ωστόσο η ευθύνη παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών είναι παραχωρημένη στα κατώτερα κυβερνητικά επίπεδα.

---

15. J.Frenk, 1994, ό.π., σελ.25

16. E.Mach, B.A.Smith, 1984, ό.π., σελ.17-19

17. WHO, 1981, ό.π., σελ.11, OECD, 1987, ό.π., σελ.24, B.Abel-Smith et al., "Choises in Health policy. An agenda for the European Union", 1995, σ.24, OECD, "New directions in health care policy", 1995, σ.22-23

Παράδειγμα αποτελούν τα συστήματα της Ιταλίας, της Βρετανίας, της Δανίας, της Ελλάδας κλπ. Με βάση το δεύτερο τύπο, όπως για παράδειγμα στον Καναδά, το κράτος λειτουργεί ως ο μοναδικός ασφαλιστής που αντλεί τους πόρους μέσω του φορολογικού συστήματος αλλά πληρώνει ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών.

γ) Την ιδιωτική ασφάλιση που χρηματοδοτήται από τους ιδιώτες και τους εργοδότες και παρέχονται υπηρεσίες από ιδιωτικούς προμηθευτές όπως στις ΗΠΑ και την Ελβετία. Οι εισφορές υπολογίζονται με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει κάθε άτομο ανάλογα με τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Στις περισσότερες χώρες η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά των δημόσιων σχημάτων. Υπάρχει τέλος και το σύστημα της Ολλανδίας το οποίο εμφανίζει την ιδιαιτερότητα ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών γίνεται από ένα μίγμα κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης ενώ οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι κυρίως ιδιώτες.

Το βασικό ερώτημα που προκύπτει από την παραπάνω παρουσίαση είναι το γιατί υπάρχουν αυτές οι διαφοροποιήσεις ως προς την οργάνωση και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφόρων χωρών. Για την εξήγηση αυτών των διαφοροποιήσεων υιοθετούνται μια σειρά θεωριών οι βασικότερες από τις οποίες είναι οι θεωρίες της λαικής επιλογής (popular choise), οι πλουραλιστικές θεωρίες των ομάδων επιρροής (power group pluralism), οι θεωρίες της σύγκλισης και οι θεωρίες των ταξικών σχέσεων. Οι θεωρίες αυτές εμφανίζουν μια σειρά θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών με αποτέλεσμα να μην επαρκούν από μόνες τους για την πλήρη εξήγηση του φαινομένου.18

Πιο συγκεκριμένα, οι θεωρίες της λαικής επιλογής δίνουν έμφαση στις αξίες του πληθυσμού και τις επιλογές του έτσι όπως αυτές εκφράζονται τόσο στην αγορά μέσω των επιλογών του καταναλωτή όσο και στην πολιτική μέσω των θεσμών της πολιτικής δημοκρατίας. Ομως οι αξίες αυτές δεν είναι αυτονόητο ότι γεννούν αυτόματα πολιτική και οικονομική δύναμη και δεν εκφράζουν απόλυτα τις λαικές επιθυμίες, αφού διαμορφώνονται σε ένα πολιτικά ελεγχόμενο περιβάλλον που αντανακλά τις κυρίαρχες αξίες των ισχυρών ομάδων. Επιπλέον η λαική απαίτηση δεν είναι ο μόνος προσδιοριστικός παράγοντας της κυβερνητικής πολιτικής αφού διαπλέκονται πλήθος πολιτικών και οικονομικών συμφερόντων.19

---

18. Εκτενή παρουσίαση των παραπάνω θεωριών και κριτική τους στο V.Navarro, "Why some countries have national health insurance, others have national health services and the United States has neither", στο International Journal of Health Services, vol.19, no 3, 1989, σελ. 383-404 και στο E.Immergut, "Health politics. Interests and institutions in Western Europe", 1992, σελ.10-18

19. Στην προβληματική αυτή εντάσσεται η προσέγγιση του L.Jacobs ο οποίος εξετάζοντας την περίπτωση της θεσμοθέτησης του NHS στην Αγγλία το 1946 και του Medicare στις ΗΠΑ το 1965, κάνει λόγο για την επίδραση της "δημόσιας γνώμης" και του τρόπου ενσωμάτωσής της σε θεσμικές εκφράσεις, στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας από τις κυβερνήσεις. Βλ. L.Jacobs, "The health of nations. Public

Οι θεωρίες των ομάδων επιρροής επικεντρώνονται στο βαθμό της δύναμης και της επίδρασης που μπορούν να ασκήσουν διάφορες κοινωνικές ομάδες συμφερόντων στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας.20 Αυτές οι θεωρίες όμως παραγνωρίζουν το γεγονός ότι οι ομάδες συμφερόντων αποτελούν τμήματα ευρύτερων κοινωνικών κατηγοριών όπως οι κοινωνικές τάξεις.21

Οι θεωρίες της σύγκλισης τονίζουν την διαδικασία σύγκλισης των ανεπτυγμένων μεταβιομηχανικών κοινωνιών προς εννιαία πρότυπα χρηματοδότησης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας λόγω της κοινής σε αυτές τις χώρες, επίδρασης που ασκούν στην κοινωνική και οικονομική δομή οι παράγοντες της γήρανσης, της τεχνολογικής προόδου και της ανάπτυξης. Η βασική έννοια εδώ είναι η έννοια της "ορίμανσης" και του "κορεσμού".22 Τίθεται όμως το πρόβλημα του πότε το σύστημα έχει ορισμάσει και ποιός το έχει διαπιστώσει αυτό. Φαίνεται ότι την απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα την προσδιορίζουν πολιτικοί και όχι βιολογικοί παράγοντες.

---

opinion and the making of American and British health policy", 1993

20. Βλ. για παράδειγμα την ανάλυση του R.Klein, "The politics of the NHS", 1989,σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών ομάδων όπως οι γιατροί, οι διοικητικοί υπάλληλοι, οι δημόσιοι λειτουργοί, οι επαγγελματίες υγείας κλπ., στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην Βρετανία. Αυτή η επίδραση όμως φαίνεται να προσδιορίζεται από το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα. Βλ. την προσέγγιση της E.Immergut, "Health politics. Interests and institutions in Western Europe", 1992, η οποία διαπιστώνει με αφορμή το παράδειγμα της Γαλλίας, της Σουηδίας και της Ελβετίας, ότι οι θεσμικοί κανόνες που διέπουν το πολιτικό παιχνίδι προσδιορίζουν την ικανότητα των διαφόρων κοινωνικών ομάδων να ασκήσουν επιρροή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

21. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ο ρόλος του ιδεολογικού παράγοντα στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Ο V.Navarro δείχνει για παράδειγμα ότι τα επιχειρήματα κατά της δημιουργίας ενός εθνικού προγράμματος υγείας στις ΗΠΑ είναι περισσότερο ιδεολογικά παρά επιστημονικά. Βλ.V.Navarro, "The arguments against a national health programme: Science or ideology?", στο International Journal of Health Serces, vol.18, no 2, 1988, σελ.179-189

22. Αυτή την προσέγγιση για παράδειγμα υιοθετούν διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΟΟΣΑ και η ΠΟΥ στις εκθέσεις που δημοσιεύουν κατά καιρούς για τα συστήματα υγείας.

Τέλος οι θεωρίες των ταξικών σχέσεων θεωρούν ως παράγοντα-κλειδί την ταξική πάλη και την οργανωμένη συνδικαλιστική και πολιτική εκπροσώπιση της εργατικής τάξης και προσδιορίζουν το ρόλο της πολιτικής υγείας ως μέσου αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης για την εξυπηρέτηση των σκοπών του κεφαλαίου.23

Για να μπορέσουμε να εξηγήσουμε τις διαφοροποιήσεις στην πολιτική υγείας μεταξύ των διαφορετικών χωρών και να κατανοήσουμε τα υποδείγματα παροχής, οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, θα πρέπει να υιοθετήσουμε μάλλον μια πολυπαραγοντική προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη της το πολιτιστικό, ιδεολογικό, κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό, δημογραφικό και επιδημιολογικό πλαίσιο της κάθε χώρας. Για παράδειγμα, το μέγεθος, η γεωγραφική κατανομή και η σύνθεση του πληθυσμού επιδρά στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αλλά και στη δυνατότητα των υπηρεσιών αυτών να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε αυτή τη ζήτηση. Η μετάβαση από ένα επιδημιολογικό πρότυπο που κυριαρχούν οι μεταδοτικές ασθένειες προς ένα πρότυπο όπου τον κύριο λόγο έχουν οι χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις και οι καρδιοπάθειες σημαίνει την αναγκαιότητα αλλαγής της παραδοσιακής κλινικής παρέμβασης προς πιο προληπτικές και με έμφαση στην εκπαίδευση προσεγγίσεις της φροντίδας υγείας. Η πολιτισμική παράδοση προσδιορίζει τόσο τον τρόπο ζωής και τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν στην ασθένεια αλλά και τις αξίες που ένα έθνος ασπάζεται και οι οποίες προσδιορίζουν τις επιλογές της πολιτικής υγείας. Η κοινωνική διαστρωμάτωση επιδρά στην έκταση της πρόσβασης που διαφορετικές κοινωνικές ομάδες έχουν προς τις υπηρεσίες υγείας και το εύρος των κοινωνικών ανισοτήτων διαμορφώνει το πλαίσιο της λήψης των αναγκαίων μέτρων άρσης αυτών των ανισοτήτων σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης η οργανωτική δομή άσκησης της πολιτικής εξουσίας όπως το κομματικό σύστημα, ο τρόπος λήψης των πολιτικών αποφάσεων, ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης, η δύναμη των επαγγελματικών ενώσεων, ο διοικητικός μηχανισμός κλπ., διαμορφώνουν το πλαίσιο σχεδιασμού, προγραμματισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης των πολιτικών υγείας. Τέλος, το οικονομικό περιβάλλον επιδρά τόσο στο επίπεδο υγείας όσο και στη διαθεσιμότητα των πόρων που μπορούν να απορροφηθούν από τον τομέα υγείας.24

---

23. V.Navarro, "Class struggle, the state and medicine: an historical and contemporary analysis of the medical sector in Great Britain", 1978, L.Doyal, "The political economy of health", 1979

24. Για μια πληρέστερη ανάπτυξη του παραπάνω σκεπτικού βλ. το συλλογικό τόμο A.Wall, (ed.), "Health care systems in liberal democracies", 1996 και ιδιαίτερα την εισαγωγή και τα συμπεράσματα της A.Wall, ό.π., σ.1-11 και 183-199 αντίστοιχα.

2.ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στόχος όλων των συστημάτων υγείας είναι η επίτευξη της επάρκειας και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών, η προστασία του εισοδήματος και η μκρο- και μακρο- οικονομική αποδοτικότητα.25 Η επάρκεια και η ισότητα αναφέρεται τόσο στη δυνατότητα όλων των πολιτών να έχουν πρόσβαση σε ένα ελάχιστο επίπεδο φροντίδας υγείας με βάση την ανάγκη και όχι το εισόδημα, όσο και στην παροχή ενός βαθμού προστασίας έναντι των οικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας. Η μικροοικονομική αποδοτικότητα αφορά την μεγιστοποίηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των πολιτών, με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Ο μακροοικονομικός έλεγχος του κόστους υποδηλώνει την εξεύρεση του κατάλληλου μεριδίου του ΑΕΠ που μπορεί να απορροφά ο υγειονομικός τομέας.26

Η επίτευξη αυτών των στόχων υπονομεύτηκε από την εμφάνιση μιας σειράς προβλημάτων που άσκησαν αρνητική επίδραση στα συστήματα υγείας κυρίως κατά τη δεκαετία του 1980. Οι δυσκολίες αυτές αφορούσαν:27 α) Τη συνεχιζόμενη αύξηση των δαπανών υγείας με ταυτόχρονη εμφάνιση πιέσεων για παραπέρα αύξηση των δαπανών. β) Την υπέρμετρη φροντίδα και την υπεριατρικοποίηση. γ) Την ταυτόχρονη εμφάνιση ανεπαρκούς και απρόσωπης φροντίδας και την έλλειψη υπευθυνότητας από τους προμηθευτές. δ) Την αύξηση του χρόνου αναμονής. ε) Την ανεξήγητη ποικιλομορφία στο κόστος ανά μονάδα μεταξύ και εντός των διαφόρων χωρών. στ) Την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των προμηθευτών. ζ) Την παρουσία ανισοτήτων στην υγεία,στην πρόσβαση και στην αποζημίωση των υπηρεσιών καθώς και στην προστασία του εισοδήματος. η) Την χαμηλή και αναποτελεσματική απόδοση των συστημάτων.

---

25. OECD, 1992, ό.π., σελ.14 και Commission of European Community, "Social protection in Europe", 1994, σελ.97

26. OECD, "New directions in health care policy", 1995, σ.7

27. OECD, 1992, ό.π., σελ.16

Ετσι δημιουργήθηκε η αίσθηση ότι οι ανάγκες υγείας δεν ικανοποιούνται επαρκώς.28 Οι δυσκολίες αυτές οφείλονταν στις δημογραφικές29 και τεχνολογικές αλλαγές30 οι οποίες επιδρούν στον βαθμό χρησιμοποίησης και έντασης των υπηρεσιών υγείας, στην αλλαγή του νοσολογικού φάσματος και την αύξηση των χρόνια πασχόντων, στην αύξηση των προσδοκιών του πληθυσμού, στην αύξηση των απαιτούμενων επαγγελματικών ικανοτήτων των εργαζόμενων στον τομέα υγείας που οδηγεί στην αύξηση του εργατικού κόστους αλλά και σε ατέλειες στο σχεδιασμό των υποσυστημάτων χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών.31

---

28. WHO, 1978, ό.π., σελ.15

29. Η επίδραση του δημογραφικού παράγοντα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην αύξηση των κοινωνικών δαπανών. Ωστόσο μελέτες δείχνουν ότι στον τομέα των δαπανών για την υγεία, παρόλο που η γήρανση του πληθυσμού σίγουρα συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών, ωστόσο η πραγματική επίδραση αυτού του παράγοντα δεν αποτελεί από μόνη της τόσο μεγάλο χρηματοδοτικό πρόβλημα. Αναλυτικότερα βλ. ILO, "From pyramid to pillar. Population change and social security in Europe", 1989, σελ.140. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και μελέτη του ΟΟΣΑ σύμφωνα με την οποία η αύξηση των δαπανών για την υγεία μεταξύ 1960-1981 οφείλεται πολύ λιγότερο στη γήρανση και περισσότερο στην επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού και στην βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Αντίθετα η επίδραση του δημογραφικού παράγοντα είναι πολύ μεγαλύτερη κυρίως όσο αφορά τις δαπάνες για κοινωνική ασφάλιση. Βλ. OCDE, 1985, ό.π., σελ.31

30. Μελετητές υποστηρίζουν ότι η βιοιατρική τεχολογία μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών αφού επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότερη θεραπεία και στην αύξηση της παραγωγικότητας των γιατρών. Βλ. G.Delande, "Development technique et maitrise des depenses de sante", στο Journal d'Economie Medicale, Mai-Juin 1991, no 3, 9e annee, σελ.145-151 Ομως το πρόβλημα δεν έχει να κάνει με την τεχνολογία αυτή καθ'αυτή αλλά με την αλλόγιστη χρήση της χωρίς να έχει προηγηθεί η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των τεχνολογικών καινοτομιών. Για την προβληματική που αναπτύσσεται στην Ελλάδα γύρω από αυτό το θέμα βλ. τον συλλογικό τόμο Γ.Κυριόπουλος, Τ.Λέβετ, Δ.Νιάκας, (επιμ.), "Η διαχείριση της βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", 1994

31. OECD, 1987, ό.π., σελ.87, A.Heidenheimer et al., 1990, ό.π., σελ.84, WHO, 1978, ό.π., σ.15, WHO, 1981, σ.2-3.

Επομένως πρέπει να τονιστούν οι δημογραφικές, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις που συντελέστηκαν κυρίως κατά τη δεκαετία του 1970 και οι οποίες οδήγησαν στην αναγκαιότητα αναπροσανατολισμού της πολιτικής υγείας.32 Ως συνέπεια πολλές χώρες στη δεκαετία του 1980 προχώρησαν στην αναμόρφωση των υγειονομικών τους συστημάτων: Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Ισπανία, Αγγλία κλπ.33

Τα μέτρα που πάρθηκαν αποσκοπούσαν κυρίως στην συγκράτηση του κόστους από την πλευρά της προσφοράς κυρίως με την υιοθέτηση των σφαιρικών προυπολογισμών και στην υιοθέτηση κινήτρων και ρυθμίσεων για τους προμηθευτές και τους ασφαλιστές με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας των πόρων.34

Ακόμα άρχισε να κάνει την εμφάνιση της η άποψη ότι δεν μπορεί να παρέχεται από τα συστήματα υγείας οποιαδήποτε υπηρεσία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως χρήσιμη για την βελτίωση της υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν να αρχίζει να δίνεται περισσότερη έμφαση στις αιτίες αρρώστιας-υγείας οι οποίες μπορούν να αναχθούν σε προβλήματα ατομικής συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ κλπ.35 Αυτή η προσέγγιση όμως δεν εξετάζει τις κοινωνικές συνθήκες που προκαλούν αυτή τη συμπεριφορά ή προκαλούν ασθένειες για τις οποίες δεν φταίει η ατομική συμπεριφορά αλλά ο τρόπος ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες όπως το υπερβολικό άγχος ή η μόλυνση του περιβάλλοντος.

Μια εναλλακτική άποψη της παραπάνω προσέγγισης η οποία στηρίζεται στην συγκράτηση των δαπανών υγείας με μη χρηματοδοτικά μέτρα, είναι η άποψη του περιορισμού της παροχής μη αμαγκαίων υπηρεσιών υγείας. Αυτό προυποθέτει την έμφαση στην πρόληψη και την διενέργεια ερευνών για να προσδιοριστούν οι υπηρεσίες που ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες του πληθυσμού.36

---

32. Εκτενή παρουσίαση αυτών των εξελίξεων βλ. στο OMS, "Sixieme rapport sur la situation sanitaire dans le monde", 1980, σ.8-39, όπου η περίοδος 1974-77 χαρακτηρίζεται ως μια περίοδος μεταβατική κατά την οποία συντελέστηκαν μεγάλες κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που επέδρασαν γενικότερα στη φιλοσοφία και τους στόχους των υγειονομικών συστημάτων.

33. Αναλυτικότερα για τις μεταρυθμίσεις στις χώρες αυτές βλ. OECD, 1992, ό.π.

34. OECD, 1992, ό.π., σ.8 και Commission of EC, 1994, ό.π., σ.98-100

35. WHO, 1978, ό.π., σ.15

36. R.Blais, "Maitriser les depenses de sante en offrant des services plus appropries: quelques propositions", στο Journal d'economie medicale, Juillet-Aout 1990, No 4, 8e annee

Επιπλέον τα παραπάνω προβλήματα επιτείνονται από τη δυσκολία διαμόρφωσης πολιτικής στον τομέα υγείας που πηγάζει από:37 α) Τη δυσκολία μέτρησης των αποτελεσμάτων και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. β) Τη δυσκολία προσδιορισμού και μέτρησης της "πρόσβασης" και της "ισότητας στην πρόσβαση" στις υπηρεσίες υγείας. γ) Την έλλειψη γνώσεων για την καταλληλότητα της ιατρικής φροντίδας. δ) Την απουσία μελετών συμπεριφοράς των συστημάτων οργάνωσης της αποζημίωσης και της διανομής των υπηρεσιών. ε) Το γεγονός ότι το σύστημα φροντίδας υγείας δεν μπορεί να απομονωθεί από το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί. στ) Την αδυναμία προσδιορισμού και παρακολούθησης της "ποιότητας".

Αποτέλεσμα των παραπάνω προβλημάτων ήταν η διαπίστωση ότι η έμφαση των ερευνών κόστους-αποτελεσματικότητας πρέπει να στραφεί από την μέτρηση των ενδιάμεσων αποτελεσμάτων που επικεντρώνονταν στην διαδικασία των εισροών, προς την διαμόρφωση των κατάλληλων μεθόδων μέτρησης των τελικών αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών καθώς και στη διαμόρφωση των κατάλληλων συστημάτων παρακολούθησης της απόδοσης.38

Συνοψίζοντας, βλέπουμε ότι αρχίζει να αμφισβητήται η δυνατότητα του συστήματος υγείας να εκπληρώσει την αποστολή του με βάση κάποιες θεμελιώδεις αρχές και κριτήρια αξιολόγησης τα οποία αναφέρονται: α) στην αποτελεσματικότητα (μεγιστοποίηση του σκοπού) και στην αποδοτικότητα (άριστη κατανομή των πόρων και ελαχιστοποίηση του κόστους) του συστήματος και β) στην επίτευξη της ισότητας (ίσες ευκαιρίες χρήσης του συστήματος υγείας) και της παροχής υπηρεσιών ποιότητας. Με τα δύο αυτά ζητήματα, δηλαδή της αποδοτικότητας και της ισότητας θα ασχοληθούμε στις επόμενες δύο ενότητες.

---

37. OECD, 1987, ό.π., σ.93

38. A.Williams, "Priorities and research strategy in health economics for the 1990s", στο Health Economics, vol.2, no 4, December 1993, σ.295-302

3.ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ

Τα δημοσιονομικά προβλήματα που εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1980 και οι πιέσεις στους προυπολογισμούς οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων για την αξία των χρημάτων που ξοδεύονται.39 Ηταν φανερό ότι η ραγδαία αύξηση των δαπανών για την υγεία δεν είχε ως αποτέλεσμα και την ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.40 Θεωρήθηκε ότι η αναζήτηση των αιτιών για την αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να επικεντρωθεί όχι μόνο σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού41 αλλά επίσης και σε σχέση με την οργάνωση και την παροχή της φροντίδας υγείας αυτής καθαυτής.42

---

39. Ειδικότερα το ενδιαφέρον για το αυξανόμενο κόστος συνδέονταν κυρίως με το αυξανόμενο ποσοστό του ατομικού εισοδήματος που αφιερώνονταν στους φόρους και στις ασφαλιστικές εισφορές. Η αύξηση των κοινωνικών δαπανών και το αυξανόμενο ποσοστό του εθνικού προιόντος που αφιερώνονταν σε αυτή την αύξηση έπαψαν να είναι αποδεκτά όταν άρχισε να μειώνεται ο ρυθμός αύξησης του εθνικού προιόντος. Η επιδίωξη ήταν η ελάφρυνση της επιβάρυνσης λόγω φορολογίας και ασφαλιστικών εισφορών με σκοπό να καταστεί δυνατή η εφαρμογή πολιτικών παγώματος των μισθών. Βλ. WHO, "The role of health economics in national health planning and policy making", Report on a Working Group, 1977, σ.8-9

40. WHO, 1981, ό.π., σ.2

41. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί η άποψη μελετητών που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και αναγκών για παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι δαπάνες υγείας προσδιορίζονται περισσότερο από ιστορικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς πολιτιστικούς και οικονομικούς παράγοντες.Βλ. B.A.Smith, "An international study of health expenditure and its relevance for health planning", 1967, σελ.96

42. WHO, 1981, ό.π., σ.4

Ετσι δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση της αποδοτικότητας43 και η συζήτηση επικεντρώθηκε όσο αφορά τον τομέα υγείας κυρίως στην συγκράτηση του κόστους, ενώ το ζήτημα της πρόσβασης στις υπηρεσίες πέρασε σε δεύτερη μοίρα αφού θεωρήθηκε ότι λίγο ή πολύ έχει γενικά επιτευχθεί η πλήρης κάλυψη όλου του πληθυσμού στις περισσότερες χώρες.44

Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους μπορεί να επικεντρώνονται στην πλευρά της ζήτησης, στην πλευρά της προσφοράς ή στον τρόπο χρηματοδότησης και χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:45 α) Πολιτικές συγκράτησης των τιμών στον τομέα υγείας όπως είναι το σύστημα των προοπτικών πληρωμών (π.χ.οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες DRG) και των σφαιρικών προυπολογισμών. β) Πολιτικές μείωσης της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών όπως η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος και ο έλεγχος του σχεδιασμού και της διανομής των υπηρεσιών (π.χ.οργανισμοί διατήρησης της υγείας HMO, οργανισμοί επιλεγμένων προμηθευτών PPO). γ) Πολιτικές μείωσης του εύρους των προγραμμάτων όπως ο αποκλεισμός από την κάλυψη των εύπορων στρωμάτων. δ) Πολιτικές βελτίωσης της χρηματοδότησης π.χ. μείωση των δαπανών με έλεγχο των προυπολογισμών και αύξηση των εσόδων μέσω αύξησης ή επιβολής νέων φόρων και ασφάλιστρων. Ετσι εφαρμόζονται μια σειρά μέτρων όπως ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών, η προοπτική πληρωμή των προμηθευτών, ο έλεγχος της εισόδου στα διάφορα επαγγέλματα υγείας, η αμοιβή των γιατρών με μισθό ή κατά κεφαλή και όχι κατά υπηρεσία κλπ.

---

43. Η έννοια της αποδοτικότητας μπορεί να εκληφθεί είτε ως τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) η οποία αναφέρεται στη σχέση εισροών-εκροών με στόχο την ελαχιστοποίηση του κόστους παραγωγής συγκεκριμένων αποτελεσμάτων είτε ως επιμεριστική αποδοτικότητα (allocative efficiency) η οποία συνδέεται με την κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών στόχων με τρόπο που να μεγιστοποιήται το κοινωνικό όφελος. Δηλαδή η επιμεριστική αποδοτικότητα αναφέρεται στην επιλογή των στόχων και στο βαθμό υλοποίησής τους ενώ η τεχνική αποδοτικότητα σχετίζεται με το πώς θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Βλ. M.F.Drummond, "Principles of economic appraisal in health care", 1980, J.Cairns, C.Donaldson, "Introduction to economics in the new NHS", στο Health Policy, vol.25, September 1993, σελ.2-3

44. OECD, 1987, ό.π., σ.94,96

45. OECD, 1987, ό.π., σ.94-98, A.Culyer, "Cost containment in Europe" στο OECD, "Health care systems in transition. The search for efficiency, 1990, σ.29-40, Παρέμβαση του U.Reinhardt, στο OECD, 1990, ό.π., σ.105-111, J.P.Dumont, "Le relatif succes des politiques de maitrise des depenses de sante dans le pays industrieles", στο Οικονομία και υγεία. Πρακτικά του Α'Πανελλήνιου συνέδριου οικονομικών της υγείας, 1989, σ.245-248, WHO, 1982, ό.π., B.Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σ.39-47

Πιο συγκεκριμένα όσο αφορά τις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης διαπιστώνεται μια σύγκλιση στην υιοθέτηση πολιτικών ελέγχου του κόστους στον τομέα της υγείας, ωστόσο οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι διαφέρουν μεταξύ των χωρών μελών ανάλογα με την οργάνωση και την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, με κύριο χαρακτηριστικό ότι ο έλεγχος του κόστους είναι πιο πετυχημένος όπου η κυβέρνηση ή οι ασφαλιστικοί οργανισμοί διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας και πληρώνουν τους επαγγελματίες υγείας με βάση το μισθό. Αναλυτικότερα τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί από τις χώρες της ΕΕ είναι η εφαρμογή ανώτατων ορίων στους προυπολογισμούς για δαπάνες υγείας, ποσοτικών ελέγχων του ανθρώπινου δυναμικού και κυρίως της εισαγωγής φοιτητών στις ιατρικές σχολές, εναλλακτικών μεθόδων νοσηλείας, συμμετοχής των χρηστών στο κόστος ορισμένων υπηρεσιών όπως φάρμακα, οδοντιατρικές και οφθαλμολογικές υπηρεσίες κλπ. με σκοπό τη μείωση της ζήτησης, ελέγχου της συμπεριφοράς των γιατρών μέσω του τρόπου πληρωμής τους με στόχο τον έλεγχο κυρίως της εισαγώμενης ζήτησης από το ιατρικό σώμα, ελέγχου της εισαγωγής της τεχνολογίας και των τιμών των φαρμάκων και εισαγωγής εσωτερικών αγορών σε εθνικά συστήματα υγείας.46

Η πιο σύγχρονη τάση που εμφανίζεται στην προσπάθεια συγκράτησης του κόστους στον τομέα της υγείας και η οποία πηγάζει από το Αμερικάνικο παράδειγμα,είναι ο "διευθυνόμενος ανταγωνισμός". Ειδικότερα η έννοια του ανταγωνισμού περιλαμβάνει τρία βασικά στοιχεία που είναι: α) Η δυνατότητα επιλογής από μέρους του καταναλωτή ενός πακέτου παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή ενός ολοκληρωμένου συστήματος χρηματοδότησης και διανομής υπηρεσιών υγείας. β) Ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών τόσο ως προς την τιμή όσο και ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών. γ) Η επιλογή με βάση την επίγνωση και τη συναίσθηση του κόστους που θα προκύψει.

Επειδή όμως σε μια ελεύθερη αγορά λόγω των ατελειών που εμφανίζονται σε σχέση με το εμπόρευμα υγεία, τα παραπάνω στοιχεία δεν οδηγούν από μόνα τους σε στρατηγικές που να επιτυγχάνουν ταυτόχρονα ισότητα και αποδοτικότητα, είναι αναγκαία η ύπαρξη καλά σχεδιασμένων κανόνων και μεθόδων συλλογικής διαχείρησης της ζήτησης. Ετσι εμφανίζεται η αναγκαιότητα εφαρμογής του διευθυνόμενου ανταγωνισμού.47

---

46. B.Abel-Smith, "Cost-containment in health care. The experience of 12 European countries 1977-83, Commission of European Commynity, Document 1984, B.Abel-Smith, Mossialos, "Cost-containment and health care reform: a study of the European Union", στο Health Policy, 1994 όπου χαρακτηριστικά αναφέρεται η απουσία λήψης ουσιαστικών μέτρων από την Ελλάδα για τον έλεγχο του κόστους στον υγειονομικό τομέα. B.Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σ.39-47, J.P.Dumont, "Les systemes de protection sociale", 1995, σ.36-46

47. Για μια αναλυτικότερη παρουσίαση του παραπάνω σκεπτικού βλ. A.Enthoven, "Theory and practice of managed competition in health care finance", 1988, σ.67-74

Στην βάση αυτής της τάσης βρίσκεται ο διαχωρισμός της πλευράς της ζήτησης από την πλευρά της προσφοράς με στόχο η ζήτηση να μην επηρεάζεται από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και να μπορεί έτσι να παρουσιάζει τις πραγματικές επιθυμίες των καταναλωτών και να θέτει πρότυπα και μέτρα απόδοσης των υπηρεσιών. Για να λειτουργήσει σωστά το παραπάνω σχήμα, χρειάζεται επίσης η καλή πληροφόρηση της πλευράς της ζήτησης ως προς το κόστος και τα οφέλη των υπηρεσιών που παρέχουν οι προμηθευτές.48

Ειδικότερα όσο αφορά τα δημόσια συστήματα υγείας επιχειρήται η εφαρμογή στοιχείων αγοράς και η δημιουργία συστήματος "οιονεί αγοράς". Σύμφωνα με αυτό το σύστημα γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών όπου ο δημόσιος τομέας παίζει το ρόλο μόνο του αγοραστή ενώ οι υπηρεσίες παρέχονται από φορείς δημόσιους, ελεγχόμενους από το δημόσιο, ιδιωτικούς ή εθελοντικούς που ανταγωνίζονται για την σύναψη συμβολαίων με τους αγοραστές και την εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής χρηματοδότησης. Η προσδοκία είναι ότι έτσι θα επιτευχθεί μεγαλύτερη αποδοτικότητα, αύξηση της δυνατότητας επιλογής του καταναλωτή και ποικιλία ως προς τους προμηθευτές.49

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι γίνεται μια προσπάθεια εξεύρεσης μιας ενδιάμεσης λύσης μεταξύ των δύο ακραίων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας -της αγοραίας και της δημόσιας παροχής- η οποία να ενσωματώνει τα θετικά και να απορρίπτει τα αρνητικά στοιχεία των δύο αυτών μοντέλων.50

---

48. Σύντομη παρουσίαση αυτού του μοντέλου βλ. A.Enthoven, "What can Europeans learn from Americans", στο OECD, 1990, ό.π., σ.67

49. Αναλυτικότερα για τις οιωνεί αγορές βλ. T.Cutler, B.Waine, "Managing the welfare state", 1994, σ.48-74. Οι συγγραφείς εκφράζουν τις αμφιβολίες τους σχετικά με την επίτευξη των στόχων των οιωνεί αγορών όσο αφορά την εισαγωγή τους στην Βρετανία, αφού υπάρχουν ενδείξεις ότι αυξάνουν το διοικητικό κόστος, η ελευθερία επιλογής των καταναλωτών δεν είναι τόσο μεγάλη αφού τίθενται χρηματοδοτικοί περιορισμοί ενώ στόχοι όπως ισότητα, πρόσβαση κλπ. δεν συμβιβάζονται με τα αποτελέσματα της αγοράς.

50. Γίνεται δηλαδή μια προσπάθεια να ξεπεραστεί η διαμάχη και η αντίθεση "κράτος εναντίον αγοράς" μέσω μηχανισμών που να λαμβάνουν υπόψη τους λιγότερο a priori αφορισμούς και να στηρίζονται περισσότερο σε συγκεκριμένες εφαρμογές οι οποίες να υποδεικνύουν τους κατάλληλους κάθε φορά παράγοντες για τη λήψη των αποφάσεων και την καλύτερη κατανομή των πόρων.
Για την ανάγκη εφαρμογής μιας τέτοιας διαδικασίας βλ. το κείμενο του J.Culyer, "Is medical care different", στο H.Cooper, A.Culyer, (ed), "Health economics", 1973, σ.49-74

Ειδικότερα ενώ το μοντέλο της αγοράς μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα και στη κατοχύρωση της ελευθερίας της επιλογής του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, από την άλλη εμφανίζει προβλήματα που συνδέονται με την αβεβαιότητα της ανάγκης και της ζήτησης αφού δεν μπορεί να προβλεφθεί η έλευση της ασθένειας και το κόστος της, με την ελλειπή και ασύμετρη πληροφόρηση του καταναλωτή η οποία οδηγεί σε μονοπώλειο και εξωτερικές οικονομίες και επομένως άρση της κυριαρχίας του καταναλωτή και εμφάνιση της σχέσης αντιπροσώπευσης (agency relationship) όπου ο γιατρός λειτουργεί ως αντιπρόσωπος του ασθενή στη λήψη αποφάσεων συνεπώς ενέχει τον κίνδυνο της προκλητής ζήτησης και τέλος με την επίτευξη της ισότητας.51

Το κράτος προσπαθεί να αντιμετωπίσει αυτά τα προβλήματα μέσω της ρύθμισης του συστήματος η οποία απαντά στο πρόβλημα της ελλειπούς πληροφόρησης του καταναλωτή, μέσω της παροχής υπηρεσιών η οποία καταπολεμά το πρόβλημα της δημιουργίας μονοπωλείων και μέσω των επιδοτήσεων οι οποίες συνδέονται με το πρόβλημα της αβεβαιότητας της ανάγκης, των εξωτερικών οικονομιών και της ανισότητας. Ομως η κρατική παροχή υπηρεσιών ακριβώς λόγω της έλλειψης του ανταγωνισμού αντιβαίνει το κριτήριο της αποτελεσματικότητας, η ρύθμιση συχνά οδηγεί στην εξυπηρέτηση των συμφερόντων των γιατρών ενώ οι επιδοτήσεις οδηγούν σε υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών.52

Ομως ενώ φαίνεται να υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία σχετικά με την ανάγκη υιοθέτησης του διευθυνόμενου ανταγωνισμού, εμφανίζεται έντονη διαφωνία για το ποια στοιχεία θα πρέπει να περιλαμβάνει το σωστό μίγμα κεντρικής ρύθμισης και στοιχείων ελεύθερης αγοράς.53

---

51. Βλ. για παράδειγμα K.Arrow, "The welfare economics of medical care", στο H.Cooper, A.Culyer, (ed.), 1973, ό.π., σ.13-48, G.Mooney, "Economics, medicine and health care", 1992, σ.21-33, A.McGuire et al., "The economics of health care", 1988, σ.31-53 όπου τονίζονται τα παραπάνω χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών υγείας τα οποία τη διαφοροποιούν από τα άλλα οικονομικά αγαθά και που έχουν ως αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η άριστη κατανομή των πόρων μέσω της αγοράς και έτσι δικαιολογήται η κρατική παρέμβαση.

52. Αναλυτικότερα για αυτά τα προβλήματα βλ. J.Le Grand, R.Robinson, "The economics of social problems. The market versus the state", 1985, σ.31-53 και OECD, 1992, ό.π., σ.14-16

53. R.Battistella, "Health services reforms: political and managerial aims. An international perspective", στο International Journal of Health Planning and Management, vol.8, no 4, October-December 1993, σ.265-274

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα προυποθέτει την διαμόρφωση πλαισίων κοινωνικής συναίνεσης σχετικά με τις αρχές που πρέπει να διέπουν την κατανομή και διανομή των υγειονομικών πόρων. Οι αρχές αυτές μπορεί να είναι η κατανομή των πόρων σύμφωνα με την αγοραστική δύναμη (ελεύθερη αγορά), σύμφωνα με την αρχή της φτώχειας όπου δίνεται έμφαση σε αυτούς που έχουν ανάγκη (δημόσια βοήθεια, φιλανθρωπία), σύμφωνα με τις κοινωνικές προτεραιότητες (κοινωνική ασφάλιση) ή σύμφωνα με τα δικαιώματα του πολίτη (καθολική κάλυψη).

Με βάση αυτές τις αρχές μπορούν να προσδιοριστούν οι επιλογές πολιτικών για τη βελτίωση της σύνθεσης του προαναφερθέντος μίγματος και οι οποίες συνδέονται με την διανομή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι οι δυνατοί συνδυασμοί είναι η αμιγώς δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών, η ιδιωτική χρηματοδότηση δημόσιας διανομής υπηρεσιών και η δημόσια χρηματοδότηση ιδιωτικών υπηρεσιών.54

Στα πλαίσια της παραπάνω συζήτησης θα πρέπει να ληφθεί υπ'όψη και το πρόβλημα της ποιοτικής διάστασης των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα να προσδιοριστεί η σχέση πολιτικών συγκράτησης του κόστους και ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Το πρόβλημα εντοπίζεται στο κατά πόσο η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους επιδρά αρνητικά στην ποιότητα της φροντίδας υγείας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς η φύση αυτής της σχέσης λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα της έννοιας της ποιότητας η οποία μπορεί να αναφέρεται:55 α) στην ιατρική αποτελεσματικότητα και επάρκεια, β) στον ιατρικό κίνδυνο, γ) στην απεριόριστη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες, δ) στην άνεση και την ανακούφιση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, δηλαδή στην αποφυγή μακροχρόνιας αναμονής ή μη αναγκαίου πόνου και ε) στην αξία των χρημάτων.

Μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι πολιτικές συγκράτησης κόστους και ποιότητα υπηρεσιών δεν είναι απαραίτητα δύο αντικρουόμενοι στόχοι αφού η εξασφάλιση της ποιότητας μπορεί να σημαίνει περιορισμό των μη αναγκαίων διαδικασιών, την επιλογή πιο κατάλληλης τεχνολογίας κλπ., επιλογές οι οποίες οδηγούν σε αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων και άρα συγκράτηση του κόστους.56

---

54. J.Frenk, "The public/private mix and human resources for health", στο Health Policy and Planning, vol.8, no 4, December 1993, σ.315-326

55. WHO, "Control of health care costs in social security systems", Report on a Workshop, Vienna 25-28/5/1981, 1982, σ.21

56. WHO, 1982, ό.π.,σ.27

Ειδικότερα όσο αφορά την εφαρμογή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού, υποστηρίζεται ότι μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών αφού μπορεί να οδηγήσει στην εφαρμογή βελτιωμένων μεθόδων θεραπείας που να επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα με λιγότερους πόρους, ενώ στο επίπεδο του ευρύτερου συστήματος υγείας μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας που να παρακολουθούν τα αποτελέσματα και να παίρνουν διορθωτικά μέτρα όταν επιτυγχάνονται αποτελέσματα που δεν είναι επιθυμητά. Επίσης η εισαγωγή νέας τεχνολογίας κάτω από προσεκτικό και αυστηρό έλεγχο και αξιολόγηση μπορεί να αποφέρει μεγάλη εξοικονόμηση πόρων.57

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι στη συζήτηση που διεξάγεται σήμερα διεθνώς σε σχέση με τις πολιτικές συγκράτησης του κόστους στον υγειονομικό τομέα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε δύο σημεία: στον διαχωρισμό της προσφοράς και της ζήτησης με την εισαγωγή του διευθυνόμενο ανταγωνισμό και των οιωνεί αγορών και στην εφαρμογή της προοπτικής χρηματοδότησης.58 Επιχειρήται δηλαδή η δημιουργία ενός μοντέλου "κοινωνικής αγοράς" (social market) που να προσαρμόζει τις ευεργετικές αρχές τις αγοράς στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας, χωρίς να θυσιάζονται ταυτόχρονα οι βασικές αρετές αυτών των υπηρεσιών.59 Προσπάθεια εφαρμογής αυτών των στοιχείων υπάρχουν στις αναδιοργανώσεις των συστημάτων υγείας που έγιναν στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 σε χώρες όπως η Ολλανδία,60 η Σουηδία και η Αγγλία η οποία θα μας απασχολήσει εκτενέστερα παρακάτω, αλλά και στην προβληματική που αναπτύχθηκε σε χώρες όπως η Γερμανία,61 η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ισπανία62 αλλά και η Ελλάδα.

---

57. A.Enthoven, 1988, ό.π., σ.28

58. Η εισαγωγή της προοπτικής χρηματοδότησης ξεκίνησε από τις ΗΠΑ στα πλαίσια του Medicare και στηρίχθηκε στις διαγνωστικά ομοιγενείς ομάδες (DRGs). Βλ. V.Fuchs, "The future of health policy", 1993, σ.170

59. Για την έννοια της "κοινωνικής αγοράς" στον τομέα της υγείας βλ. H.Davis, "Managing public services in the 1990s", στο International Journal of Health Planning and Management, vol.8, no 4, October-December 1993, σ.253-264

60. Βλ. τις προτάσεις της Επιτροπής μελέτης του Ολλανδικού συστήματος υγείας Report by the Government Committee, "Choises in health care", 1992

61. Βλ. Advisory council for the concerted action in health care, "Health care and health insurance 2000. Individual-responsibility, subsidiarity and solidarity in a changing environment", Expert opinion report 1994

62. B.Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σ.49-53

Γενικά σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι η αποτελεσματικότητα των πολιτικών συγκράτησης του κόστους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη δομή και τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Φαίνεται ότι τα συστήματα που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στην εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων συγκράτησης του κόστους ενώ τα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Αγγλίας βρίσκονται σε πλεονεκτηκότερη θέση αφού σε αυτά τα συστήματα δίνεται η δυνατότητα ενός σφαιρικότερου ελέγχου των πόρων και των υπηρεσιών μέσω του κεντρικού προγραμματισμού.63

Ωστόσο ακόμα πιο πρόσφατες μελέτες αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των οικονομικών κινήτρων και ελέγχων στο σύστημα χρηματοδότησης του τομέα υγείας όπως ο σφαιρικός προυπολογισμός στα νοσοκομεία, η προοπτική πληρωμή των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων DRG's, η κατά κεφαλή αμοιβή των γιατρών ή η συμμετοχή του χρήστη στις δαπάνες, με σκοπό να μειωθεί η μη απαραίτητη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να ελεγχθεί το κόστος και να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Αντίθετα προτείνουν ότι πρέπει να εφαρμοστεί μια νέα στρατηγική η οποία να ελέγχει και να ρυθμίζει την κλινική πρακτική της ιατρικής. Ετσι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην συμπεριφορά του ιατρικού σώματος και τη διαγνωστική πρακτική των γιατρών με την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών άσκησης της ιατρικής, οι οποίες να συνδυάζουν την άρση της ιατρικής αβεβαιότητας στη διάγνωση, την αναγκαία ευελιξία η οποία δεν αποκλείει την καινοτομία στην κλινική πρακτική και ταυτόχρονα τον αναγκαίο βαθμό κλινικής αυτονομίας των γιατρών.64

Επίσης με αφορμή τις αλλαγές που έγιναν το 1989 στο Αγγλικό σύστημα υγείας αμφισβητήται η αποτελεσματικότητα του διαχωρισμού αγοραστών-προμηθευτών και πιο συγκεκριμένα η διαδικασία περιορισμού του πακέτου των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα ελάχιστο επίπεδο. Στην πράξη ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών δεν ήταν ο αναμενόμενος εκτός από την περιοχή του Λονδίνου και των μεγάλων αστικών κέντρων. Επίσης οι αγοραστές δεν στάθηκαν ικανοί να προσδιορίσουν σαφώς τα πακέτα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. .

---

63. WHO, 1977, ό.π., σ.26-27, WHO, 1982, ό.π., σ.12, H.S.Jeong, A.Gunji, "The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care: imlications for the health policies of developing and developed countries", στο Health Policy, vol.27, no 2, February 1994, σ.113-140

64. M.Borowitz, T.Sheldon, "Controlling health care: from economic incentives to micro-clinical regulation", στο Health Economics, vol.2, no 3,October 1993, σ.201-204

Αιτίες για αυτό ήταν πρώτον η έλλειψη επαρκών και αξιόπιστων πληροφοριών σχετικά με το αποτέλεσμα και το κόστος και δεύτερον το ότι τελικά δεν ισχύει η υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς είναι ομοιογενείς. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο εξορθολογισμός των υπηρεσιών υγείας μέσω του "αποκλεισμού" είναι μια δυνατή λύση αλλά όχι απαραίτητα η καλύτερη. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα όπως η μείωση της ζήτησης μέσω της εφαρμογής "χρονικών κοστών" όπως π.χ. λίστες αναμονής, η μείωση της ζήτησης πόρων μέσω μείωσης των εξετάσεων ή των χορηγούμενων φαρμάκων ή μέσω της μείωσης του χρόνου νοσηλείας. Επομένως το ζήτημα δεν είναι το πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών ή η εφαρμογή του συγκεκριμένου προυπολογισμού, αλλά ο τρόπος διαχείρισης του συστήματος. Αρα για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της αυξανόμενης ζήτησης και των περιορισμένων πόρων η καλύτερη λύση δεν είναι η εφαρμογή περιορισμών αλλά η εισαγωγή κινήτρων για την καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων από όσους εργάζονται στο σύστημα υγείας.65

Παρόμοιες αμφιβολίες εκφράζονται και για τις ΗΠΑ όπου αμφισβητείται κατά πόσο ο ανταγωνισμός μείωσε το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας μιας και διαπιστώνεται ότι ο ρυθμός αυτός ήταν μεγαλύτερος μετά το 1980 και κυμάνθηκε από 3,9 τη δεκαετία 1970-80, σε 4,4 τη περίοδο 1980-83, 3,6 μεταξύ 1983-86 και 4,8 στο διάστημα 1986-90. Αυτή η εξέλιξη οφείλεται στο γεγονός ότι δεν επηρεάστηκε τόσο πολύ η πλευρά της προσφοράς και πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των γιατρών, η κατανομή τους σε ειδικότητες, η εκπαίδευσή τους, τα κίνητρα που τους δίνονται και τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους. Αντίθετα αυτό που επηρεάστηκε ήταν η κατανομή της φροντίδας. Μεταξύ 1981-86 οι ημέρες νοσηλείας σε 1000 κατοίκους καθώς και η πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, μειώθηκαν με πιο γρήγορο ρυθμό για τους φτωχούς σε σχέση με τους εύπορους, για τους μαύρους σε σχέση με τους λευκούς και για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και σε ποσοστά66

Υπό το πρίσμα των πολιτικών αλλαγών στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και την ανάγκη αναδιοργάνωσης του υγειονομικού τομέα στις χώρες αυτές, ο προβληματισμός που αναπτύσσεται στα δυτικοευρωπαικά κράτη σχετικά με τις εξελίξεις στα συστήματα υγείας, φαίνεται ότι αποτελεί ένα πλαίσιο αναφοράς για τη διαμόρφωση προτάσεων και την αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας των πρώην σοσιαλιστικών χωρών και τα οποία σχετίζονται με την χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, την ελλειπή χρηματοδότηση του συστήματος, την μη αποδοτική διαχείρηση των πόρων, το χαμηλό επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και την μη ικανοποίηση του ιατρικού σώματος.67

---

65. R.Klein, "Can we restrict the health care menu?", στο Health Policy, vol.27, no 2, February 1994, σ.103-112

66. V.Fuchs, 1993, ό.π., σ.172-183

67. Βλ. για παράδειγμα τις προτάσεις των G.Zarkovic, A.Mielck, J.John M.Beckman σχετικά με την εισαγωγή του ανταγωνισμού μεταξύ

Το παραπάνω πλαίσιο αναφοράς φαίνεται ότι αποτελεί βασικό κατευθυντήριο άξονα και για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Χαρακτηριστική είναι η ετήσια Εκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας για την υγεία,η οποία προτείνει μια πολιτική στηριγμένη σε τρία σημεία:68 α) Τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που να επιτρέπει στα νοικοκυριά να βελτιώσουν την υγεία τους μέσω καλύτερων αποφάσεων και επιλογών. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλλουν πολιτικές βελτίωσης του εισοδήματος και επενδύσεων στην εκπαίδευση. β) Τη βελτίωση των κρατικών επενδύσεων για την υγεία μέσω της καταπολέμισης των ατελειών της αγοράς και της αποδοτικής χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Πολιτικές για αυτό το σκοπό είναι η μείωση των δαπανών για υπηρεσίες όπου το όφελος είναι μικρό σε σχέση με τα χρήματα που ξοδεύονται, η παροχή ενός πακέτου βασικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας για την καταπολέμιση των εξωτερικών αντιοικονομιών, η παροχή ενός βασικού πακέτου κλινικών υπηρεσιών και η βελτίωση της διοίκησης των κρατικών υπηρεσιών υγείας μέσω της διοικητικής και οικονομικής αποκέντρωσης. γ) Την προώθηση του ανταγωνισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το βασικό πακέτο. Αυτό μπορεί να γίνει με την ενθάρρυνση της κοινωνικής ή ιδιωτικής ασφάλισης, τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών κλπ.

Αυτό που προκύπτει αβίαστα από την παραπάνω συζήτηση είναι ότι οποιαδήποτε προσπάθεια αναγωγής των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα υγειονομικά συστήματα σήμερα, σε μια και μοναδική αιτία, είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Και αυτό γιατί δεν θα έχει λάβει υπόψη της την αλληλοεπίδραση των κοινωνικών, οικονομικών ή ακόμα και βιολογικών μεταβλητών που διαμορφώνουν το πλαίσιο λειτουργίας του υγειονομικού τομέα. Αυτό για παράδειγμα δείχνει ο V.Fuchs ο οποίος εξετάζοντας την περίπτωση των ΗΠΑ διαπιστώνει ότι η αύξηση του μεριδίου του υγειονομικού τομέα ως ποσοστό του ΑΕΠ δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά και μόνο στην αύξηση των τιμών που επικρατούν στον υγειονομικό τομέα λόγω της

δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, στο "Reform of the health care systems in former socialist countries", 1994, σ.15. Επίσης βλ. T.Ensor, "Health system reform in former socialist countries of Europe", στο The International Health Planning and Management, vol.8, no 3, Jul.-Sept.1993 όπου λόγω των οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων μετάβασης που αντιμετωπίζουν αυτές οι χώρες, αμφισβητείται η αποτελεσματικότητα τόσο ως προς την κάλυψη του πληθυσμού όσο και ως προς τις δαπάνες και τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, μέτρων που αντιγράφονται από τα συστήματα υγείας των Δυτικοευρωπαικών χώρων όπως ο διαχωρισμός των προμηθευτών και των αγοραστών υπηρεσιών υγείας ή η άμεση μετάβαση προς ένα σύστημα βασισμένο στο μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης.

68. World Bank, World Development Report 1993, "Investing in Health", σ.6

αύξησης των τιμών των εισρεόντων πόρων ή της μείωσης της παραγωγικότητας ούτε μόνο στη δημογραφική γήρανση ή στην εισαγωγή νέας τεχνολογίας ή στην αύξηση των τρίτων πληρωτών, αλλά χρειάζεται μια πολυπαραγοντική προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψη της εκτός των παραπάνω και τις κοινωνικές αλλαγές με τη μείωση της παροχής βοήθειας στα πλαίσια του οίκου λόγω της αύξησης της συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας, αλλά και τις επιδημιολογικές εξελίξεις όπως η εμφάνιση του AIDS.69

4.ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ενας από τους βασικούς στόχους που έχουν τεθεί από την Π.Ο.Υ. είναι η επίτευξη της ισότητας στην υγεία μεταξύ των φύλων, μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων και μεταξύ των διαφόρων χωρών. Πρωταρχικό μέλημα έγινε η μείωση των ανισοτήτων τουλάχιστον κατά 25% ως το 2000 μέσω της καλυτέρευσης της υγείας των μειονεκτούντων εθνών και ομάδων.70

Ομως ο προσδιορισμός της έννοιας της ισότητας συναντά σημαντικές δυσκολίες οι οποίες έγιναν ιδιαίτερα αισθητές και απασχόλησαν τους ερευνητές ιδιαίτερα μετά το 1980 όπου άρχισε να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην προσπάθεια ανίχνευσης και ερμηνείας των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και τη φροντίδα υγείας.

Ο Pereira αναφέρει τουλάχιστον οκτώ προσεγγίσεις που έχουν επιχειρηθεί για τον προσδιορισμό της ισοτιμίας στην υγεία, ενώ ο ίδιος προτείνει ακόμα μια.Αυτές οι προσεγγίσεις είναι:71 α) Η προσέγγιση του εξισωτισμού (egality), δηλαδή της παροχής ίσων ευκαιριών για οφέλη, της ίσης διανομής των πόρων στα άτομα, της ίσης χρησιμοποίησης των υπηρεσιών κλπ. β) Η προσέγγιση της κατανομής σύμφωνα με το δικαίωμα παροχής (entitlement), έτσι όπως αυτό έχει καθοριστεί π.χ. με βάση το εισόδημα ή μέσω της αγοράς. γ) Η προσέγγιση του ευπρεπούς ελάχιστου ορίου (decent minimum), δηλαδή η δημιουργία ενός δικτύου ασφαλείας κάτω από το οποίο δεν πρέπει να πέφτουν τα άτομα. δ) Η ωφελιμιστική προσέγγιση (utilitarianism), σύμφωνα με την οποία επιχειρήται η επίτευξη του μεγαλύτερου καλού για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. ε) Η προσέγγιση της καλυτέρευσης της θέσης των λιγότερο εύπορων ατόμων (Rawlsian maximin). στ) Η προσέγγιση του επιμερισμού που δεν προκαλεί ζήλια (envy-free allocations), σύμφωνα με το οποίο το σχετικό πλεονέκτημα ενός ατόμου υπολογίζεται από το κατά πόσο θα είχε προτιμήσει το προϊόν που απόλαυσε αυτός να το απολάμβανε κάποιος άλλος. ζ) Η προσέγγιση της ισότητας ως επιλογή, από τη στιγμή που το αποτέλεσμα της αρρώστιας ή της υγείας προκύπτει από παράγοντες που ελέγχονται από το άτομο. η) Η προσέγγιση της

---

69. V.Fuchs, "The future of health policy", 1993, σ.67-82

70. Π.Ο.Υ., "Υγεία για Ολους ως το 2000", Στόχος 1

71. J.Pereira, "What does equity in health mean", στο Journal of Social Policy, vol.22, part 1, January 1993, σ.19-48

μεγιστοποίησης της υγείας σύμφωνα με την οποία μια διανομή είναι εξισωτική μόνο όταν υπηρετεί τη μεγιστοποίηση της υγείας της κοινότητας (maximisation of health). θ) Τέλος ο ίδιος προτείνει την προσέγγιση των "ικανοτήτων" (the capabilities approach), η οποία δίνει έμφαση στις ικανότητες των ατόμων να συγκεκριμενοποιήσουν τους στόχους της ισότητας, να καθορίσουν τον τρόπο επίτευξης των στόχων και να ελέγξουν την όλη διαδικασία.

Ο Enthoven υποστηρίζει ότι η έννοια της ισότητας πρέπει να στηρίζεται σε μια σειρά αρχών που είναι:72 α) Η εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου περίθαλψης σε όλους τους πολίτες. β) Η ηθική υποχρέωση των εύπορων να βοηθούν τους φτωχούς. γ) Η ισότητα των ευκαιριών στην ιατρική φροντίδα όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη μείωση του εύρους των ανισοτήτων με την υποστήριξη αυτών που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη. δ) Η εφαρμογή της κοινωνικής ασφάλισης που σημαίνει κατοχύρωση της καθολικής πρόσβασης σε ένα ελάχιστο επίπεδο προστασίας μέσω της αρχής οι υγιείς να μοιράζονται το κόστος της φροντίδας των ασθενών. ε) Η συλλογική δράση στον τομέα της υγείας με σκοπό τη διόρθωση των ατελειών της αγοράς. Το σημείο που πρέπει να προσεχθεί στην προσέγγιση του Enthoven είναι η απόρριψη εκ μέρους του τόσο της πλήρους ισότητας όσο και της πλήρους αυτονομίας. Υποστηρίζει ότι η επιδίωξη της πλήρους ισότητας γίνεται σε βάρος της αποδοτικότητας. Γι'αυτό και δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου προστασίας. Επίσης απορρίπτει την πλήρη αυτονομία και την έμφαση στην ατομική επιλογή αφού η αγορά εμφανίζει αρκετές ατέλειες στον χώρο της υγείας λόγω της ιδιαιτερότητας του εμπορεύματος υγεία.73 Σύμφωνα με την Whitehead η έννοια της ισότητας στην υγεία μπορεί να προσδιοριστεί με βάση τρείς άξονες:74 α) Ιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες, το οποίο σημαίνει ίσα δικαιώματα για όλους, δίκαιη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών και κατανομή των πόρων σε υπηρεσίες που εξυπηρετούν τη πλειοψηφία του πληθυσμού. β) Ιση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες, γεγονός που αποσκοπεί στην άρση των περιορισμών της χρήσης των υπηρεσιών λόγω κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. γ) Ιση ποιότητα φροντίδας υγείας που βασίζεται στην ύπαρξη της ανάγκης και προυποθέτει την ανάληψη παρόμοιων δεσμεύσεων από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Απότερος στόχος είναι η άρση των ανισοτήτων στην υγεία δηλαδή η μείωση των διαφορών στο επίπεδο υγείας οι οποίες είναι περιττές, αποφευκτέες, αθέμιτες και άδικες.75

---

72. A.Enthoven, 1988, ό.π., σ.2-8

73. A.Enthoven, 1988, ό.π., σ.8-10

74. M.Whitehead, "Εννοιες και αρχές της ισότητας στην υγεία", 1990, σελ.11-14

75. M.Whitehead, 1990, ό.π., σ.9

Η παραπάνω προσέγγιση της Whitehead γίνεται αποδεκτή και από την ΠΟΥ αλλά υπάρχουν και μελετητές που διαφωνούν. Έτσι ο J. Le Grand υποστηρίζει ότι η υιοθέτηση των αρχών "ίση περίθαλψη για ίση ανάγκη", "ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας" και "ισότητα στο επίπεδο υγείας", δεν σημαίνει ότι οδηγούν απαραίτητα και σε δίκαιη κατανομή.76 Το βασικό διαφοροποιητικό σημείο είναι η "επιλογή των ατόμων". Σύμφωνα με την άποψη του μια διανομή είναι δίκαιη αν είναι αποτέλεσμα της επιλογής των ατόμων, κάτω όμως από ίσες προυποθέσεις και περιορισμούς. Δηλαδή διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας που πηγάζουν από τις ελεύθερες επιλογές καλά πληροφορημένων ατόμων, στα οποία δίνονται οι ίδιες δυνατότητες επιλογής σε σχέση με την υγεία, δεν είναι άδικες.77

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια αναπτύσσεται η θεωρία του "ανθρώπινου κεφαλαίου" σύμφωνα με την οποία το αποτέλεσμα της υγείας είναι προιόν δύο συνιστωσών: των επιλογών των ατόμων και των συνθηκών κάτω από τις οποίες γίνονται αυτές οι επιλογές. Η υγεία μπορεί να ιδωθεί ως ένα "απόθεμα κεφαλαίου", ανάλογο με αυτό π.χ. της εκπαίδευσης. Το απόθεμα αυτό μὲ την πάροδο του χρόνου μειώνεται λόγω της γήρανσης, όμως τα άτομα μπορούν να επέμβουν στη διαδικασία αυτή με τις επιλογές τους. Έτσι οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται με το διαφορετικό απόθεμα αρχικού κεφαλαίου μεταξύ πλούσιων και φτωχών λόγω των συνθηκών διαβίωσης ή με την διαφορετική επένδυση στην υγεία λόγω του υψηλού κόστους που συνεπάγεται αυτή η επένδυση. Επίσης επειδή οι φτωχότεροι κατέχουν λιγότερους πόρους, υποχρεώνονται να καταναλώσουν το απόθεμα υγείας τους γρηγορότερα από ότι οι εύποροι.78

Σε άλλη μελέτη γίνεται αποδεκτή η διπλή αρχή: χρηματοδότηση σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής (ισοτιμία στη χρηματοδότηση) και διανομή των υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες (ισοτιμία στη διανομή).79 Η αρχή που διέπει την ισοτιμία στη χρηματοδότηση αναφέρεται στο κατά πόσο η κατανομή των εισοδημάτων και κατ'επέκταση η κατανομή του βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι δίκαιη. Στα πλαίσια αυτά εξετάζεται η προοδευτικότητα των κύριων πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που είναι η φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και οι απ'ευθείας πληρωμές από τους ιδιώτες.80

---

76. J.Le Grand, "Three essays on equity", 1987, σ.6-13

77. J.Le Grand, 1987, ό.π., σ.21

78. Για την αναλυτικότερη παρουσίαση της παραπάνω προσέγγισης βλ. J.Le Grand, "Inequalities in health: the human capital approach", 1985, κυρίως σ.18-21

79. Για μια ανάλυση των παραμέτρων της διπλής αυτής αρχής βλ. A.Wagstaff and E.Van Doorslaer, "Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions", στη συλλογική μελέτη "Equity in the finance and delivery of health care", 1993, σ.7-19

80. E.Van Doorslaer and A.Wagstaff, "Equity in the finance of

Οι υγειονομικές ανισότητες ως προς τη διανομή μετριούνται με βάση τους δείκτες υγείας οι οποίοι αξιολογούν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι βασικότεροι τέτοιοι δείκτες είναι οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.81

Ετσι έχει βρεθεί από μελέτες ότι:82 α) τα χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης σχετίζονται με τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, β) εμφανίζονται διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ αγροτικών και αστικών πληθυσμών και μεταξύ διαφορετικών περιφερειών εντός της ίδιας χώρας, γ) οι κατώτερες τάξεις σχετίζονται με την εμφάνιση σοβαρότερων ασθενειών, χρόνιων παθήσεων και αναπηριών. Οι παράγοντες που φαίνεται να έχουν κάποια επίδραση στο προσδόκιμο επιβίωσης και τη θνησιμότητα και κατ'επέκταση στην εμφάνιση ανισοτήτων στην υγεία είναι κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και οργανωτικοί του συστήματος φροντίδας υγείας. Ετσι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ζωής, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η κατοικία, οι συνθήκες εργασίας και η εκπαίδευση αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.83

---

health care:methods and findings", στο ίδιο, σ.20-45

81. Αυτοί οι δύο δείκτες μαζί με το προσδόκιμο επιβίωσης είναι οι πιο παραδοσιακοί δείκτες μέτρησης της υγείας οι οποίοι αντιπροσωπεύουν και την κυριαρχία του ιατροκεντρικού μοντέλου. Ωστόσο έχουν αρχίσει να εμφανίζονται και νέοι δείκτες οι οποίοι αναφέρονται και στην ευημερία του ατόμου, όπως είναι οι κλίμακες ανικανότητας, οι υγειονομικές απεικονίσεις, οι υγειονομικοί πίνακες, η χρησιμότητα και τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής. C.J.L.Murray, "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years", στο C.J.L.Murray, A.D.Lopez, (eds.), "Global comparative assessments in the health sector", 1994, σ.3-19, C.J.L.Murray, A.D.Lopez, "Quantifying disability: data, methods and results", στο C.J.L.Murray, A.D.Lopez, (eds.), 1994, ό.π., σ.55-95, G.Mooney, 1992, ό.π., σ.34-51 και ΟΜΣ, "Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progres realises dans la voie de la sante pour tous d'ici l'an 2000", 1981 όπου αναφέρονται οι εξής κατηγορίες δεικτών: δείκτες πολιτικής υγείας, κοινωνικοί και οικονομικοί δείκτες σε σχέση με την υγεία, δείκτες κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας και τέλος δείκτες του επιπέδου υγείας.

82. M.Whithead, 1990, ό.π., σ.2-3

83. Βλ. τα κείμενα των J.P.Mackenbach, P.J.Van de Maas, R.Illsley στο L.J.Gunning-Schepers et al., "Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations", 1989. Ειδικότερα για τις κοινωνικές μεταβλητές μέτρησης των ανισοτήτων όπως συνθήκες εργασίας, ανεργία, εισόδημα, εκπαίδευση, κατοικία, τρόπος ζωής βλ. M.Blaxter, "A comparison of measures of inequality in morbidity", σ.217-224, στο J.Fox, (ed.), "Health inequalities in European Countries", 1989

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι για τις ανισότητες στην υγεία μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων ευθύνονται πέντε κατηγορίες παραγόντων:84 α) βιολογικοί παράγοντες, β) το φυσικό περιβάλλον κατοικίας και εργασίας, γ) το κοινωνικό περιβάλλον όπως το περιβάλλον ανατροφής των παιδιών ή η κατάσταση ανεργίας, δ) ο τρόπος ζωής και ε) η οργάνωση του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η στρατηγική για την προώθηση της ισότητας στην υγεία θα μπορούσε να επικεντρωθεί σε τρεις στόχους:85 α) την καταπολέμιση των αιτιών που οδηγούν σε ανισότητες στην υγεία, β) την μείωση των βλαβών που προκαλούν οι παράγοντες κινδύνου και γ) την αύξηση της ποιότητας και του όγκου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την αύξηση της ανάγκης για παροχή φροντίδας υγείας που προκύπτει από την ύπαρξη ανισοτήτων. Για την επίτευξη όμως αυτών των στόχων είναι αναγκαία η ύπαρξη πληροφοριών για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, ο εντοπισμός των κατάλληλων σημείων παρέμβασης, η διαμόρφωση των κατάλληλων οργανωτικών και διοικητικών μηχανισμών, η εξασφάλιση των οικονομικών πόρων και η εφαρμογή διαδικασιών ελέγχου και αξιολόγησης των πολιτικών.86

Με βάση στοιχεία μελέτης του ΟΟΣΑ87 φαίνεται ότι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ πάνω από το 95% του πληθυσμού έχει οικονομική πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα ενώ έχει αυξηθεί και η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τους φτωχούς, η οποία ακολούθησε την εισαγωγή δημόσιων προγραμμάτων. Ωστόσο παραμένουν οι διαφορές στους σχετικούς δείκτες χρήσης των υπηρεσιών μεταξύ φτωχών και πλούσιων, υπάρχουν ακόμα σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας και προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζονται ανησυχίες για την υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών από σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες.88

---

84. Βλ. κείμενο του Gunning-Schepers, "The unequal distribution of health", στο "Socio-economic.....", ό.π.

85. G.Dahlgren, M.Whitehead, "Πολιτικές και στρατηγικές προώθησης της ισότητας στην υγεία", 1992, σ.7

86. G.Dahgren, M.Whitehead, 1992, ό.π., σ.8-16

87. OECD, 1987, ό.π., σ.94

88. Παρόμοιες διαπιστώσεις και ανησυχίες εκφράζονται και σε μεταγενέστερη μελέτη του ΟΟΣΑ όπου αναφέρεται ότι παρόλες τις μεταρυθμίσεις των υγειονομικών συστημάτων μετά τη δεκαετία του 1980 παραμένουν τα προβλήματα ανισοτήτων στην υγεία και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Βλ. OECD, 1992, ό.π., σ.139

Σε πρόσφατη έρευνα για την ισότητα στη διανομή και την χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας σε δέκα χώρες βρέθηκε ότι η νοσηρότητα κατανέμεται άνισα μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων σε κάθε χώρα, ενώ σε διακρατικό επίπεδο οι χώρες που ξοδεύουν τα μεγαλύτερα κατά κεφαλή ποσά στη φροντίδα υγείας τείνουν να έχουν σχετικά μικρότερο βαθμό ανισοτήτων στη νοσηρότητα.89

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί η προβληματική που διέπει τη σχέση ανισότητας πλούτου και ανισότητας στην υγεία.Γενικά εμφανίζονται δύο απόψεις. Η μία υποστηρίζει την άποψη ότι οι ανισότητες στον πλούτο δεν προσδιορίζουν αυτόματα τις ανισότητες στην υγεία αφού άμεσες παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας μπορούν να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία χωρίς να αλλάξει η κατανομή του πλούτου όπως π.χ. μερικές πολιτικές φροντίδας που αναφέρονται στη μητρότητα και το παιδί. Η δεύτερη άποψη αντίθετα υποστηρίζει ότι μείωση των ανισοτήτων στην υγεία δεν μπορεί να γίνει χωρίς ταυτόχρονη επέμβαση στην κατανομή του πλούτου. Ετσι δίνεται έμφαση στην κατανομή του πλούτου, στην οικονομική ανάπτυξη ή στο σχεδιασμό κοινωνικών πολιτικών με εφικτούς στόχους.90

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια πρέπει να διερευνηθεί και η σχέση ανισοτήτων στην υγεία, τρόπου ζωής και εισοδήματος. Κατ'αρχήν είναι ουτοπικό να προσπαθήσει κάποιος να χαράξει μια διαχωριστική γραμμή μεταξύ συμπεριφοράς και υλικών συνθηκών αφού οι υλικές συνθήκες ενμέρη είναι υπεύθυνες για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Από την άλλη μεριά μελέτες δείχνουν ότι ο τρόπος ζωής και η ατομική συμπεριφορά δεν ευθύνονται αποκλειστικά για τις ανισότητες στην υγεία αφού οι διαφορές στην θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικών τάξεων δεν οφείλονται μόνο σε ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Εξάλλου οι παράγοντες κινδύνου στους οποίους εκτίθεται το άτομο λόγω της συμπεριφοράς του εξηγούν λιγότερο από το μισό των διαφοροποιήσεων στην θνησιμότητα. Επομένως η κύρια μεταβλητή είναι το εισόδημα αφού υπάρχει ισχυρή συσχέτηση μεταξύ κατανομής του εισοδήματος και προσδόκιμου επιβίωσης. Ετσι οι υλικές συνθήκες είναι σημαντικότερες ως παράγοντας εξήγησης των ανισοτήτων στην υγεία, από ότι ο τρόπος ζωής.91

---

89. "Equity in finance and delivery of health care", 1993, ό.π., σ.83

90. O.Ramis-Juan, K.Sokou, "Social health inequalities in South European countries: is it a different problem?", σ.301, στο J.Fox, (ed.), "Health inequalities in European Countries", 1989

91. B.Abel-Smith, "The crisis in social policy and the role of public health", National School of Public Health, Athens 1/3/1995, B.Abel-Smith, "An introduction to health. Policy, planning and financing", 1994, σ.27-29

Ωστόσο και αυτή η άποψη δεν μπορεί να υποστηριχθεί με απόλυτη ακρίβεια. Και αυτό γιατί τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ κοινωνικών και υλικών συνθηκών, δεικτών υγείας και ασθένειας και συμπεριφοράς και τρόπου ζωής δεν συμφωνούν μεταξύ τους. Αυτό έχει να κάνει τόσο με τον τρόπο συλλογής και το είδος των δεδομένων όσο και με το πλαίσιο στο οποίο διενεργείται η έρευνα.92 Ετσι, η απάντηση σε ορισμένα κρίσιμα ερωτήματα που εμφανίζονται, θα προσδιορίσει και την κατεύθυνση των αποτελεσμάτων. Μερικά από αυτά τα ερωτήματα είναι τα ακόλουθα: Ποιά είναι η σχέση φτώχειας και υγείας και πώς αυτή η σχέση μεταβάλλεται ανάλογα με τους διάφορους δείκτες υγείας που χρησιμοποιούμε όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα και η ανικανότητα; Η σχέση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με τις ασθένειες ή στα διάφορα στάδια του κύκλου ζωής; Η φτώχεια προσδιορίζει την υγεία ή η υγεία τη φτώχεια και μέσω ποιών μηχανισμών γίνεται αυτό; Ποιά μέσα και ποιές πολιτικές είναι οι πιο κατάλληλες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τους φτωχούς;93

Από την παρουσίαση των διαφόρων προσεγγίσεων της έννοιας της ισότητας στην φροντίδα υγείας έγινε εμφανής η δυσκολία σαφούς προσδιορισμού του περιεχομένου της. Ετσι η ισότητα μπορεί να αναφέρεται στην πρόσβαση, την χρησιμοποίηση, την ποιότητα, την διανομή, την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ή στο επίπεδο υγείας. Μπορεί να αφορά διαφορετικές χώρες, διαφορετικές περιοχές της ίδιας χώρας, διαφορετικές εθνικές, επαγγελματικές ή άλλες κοινωνικές ομάδες με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης και εισοδήματος ή τέλος διαφορές μεταξύ των φύλων.94 Το πρόβλημα επιτείνεται από το γεγονός ότι οι παραπάνω ορισμοί είναι συχνά ασύμβατοι μεταξύ τους. Για παράδειγμα η εξίσωση των δαπανών δεν συμβιβάζεται με την αρχή της διανομής σύμφωνα με τις ανάγκες εκτός και αν τα άτομα έχουν ίση ανάγκη. Επίσης δεν συμβιβάζεται με την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση εκτός και αν η πρόσβαση προσμετράται σε όρους χρησιμοποίησης ή οι τιμές είναι ίσες και τα άτομα έχουν τις ίδιες προτιμήσεις.95

---

92. Βλ. για παράδειγμα τη σύγκριση των αποτελεσμάτων ερευνών που έχουν γίνει πάνω σε αυτό το θέμα σε Βρετανία, Ολλανδία και Δανία στο, S.Kooiker, T.Christiansen, "Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour", στο Sociology ofhealth & illness, vol.17, no 4, September 1995, σ.495-524

93. V.Fuchs, "The future of health policy", 1993, σ.51-64

94. B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.19

95. Αναλυτικότερα για την ασυμβατότητα των εννοιών της ισότητας στην φροντίδα υγείας βλ. A.Culyer, A.Wagstaff, "Equity and equality in health and health care", στο Journal of Health Economics, no 4, December 1993, σ.431-457

4.1.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ενα άλλο σημαντικό σημείο που πρέπει να εξεταστεί μιας και η παρούσα μελέτη αναφέρεται στα συστήματα υγείας, είναι ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανισότητες υγείας. Οι απόψεις για τη σχέση υπηρεσιών υγείας και υγείας γενικότερα κινούνται πάνω σε δύο διαφορετικούς άξονες. Ο ένας άξονας υπογραμμίζει το γεγονός ότι η καλυτέρευση στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας στη Δ.Ευρώπη προήλθε όχι τόσο από την πρόοδο της ιατρικής, όσο από την καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης πράγμα που δείχνει ότι οι υπηρεσίες υγείας έχουν λίγη επίδραση στην υγεία του πληθυσμού.96

Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας στις περισσότερες Ευρωπαικές χώρες συντελέστηκε κατά τον 18ο και 19ο αι., πριν δηλαδή από τις σύγχρονες ανακαλύψεις στην ιατρική. Η εξέλιξη αυτή οφείλονταν στην αύξηση της παραγωγής τροφίμων, στη βελτίωση των δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης, στην αλλαγή των προτύπων συμπεριφοράς κλπ.97 Ετσι σύμφωνα με τον Χάρτη της Οττάβα για την προαγωγή της υγείας, το πρόγραμμα υγείας κάθε χώρας πρέπει να παρέχει δωρεάν εκπαίδευση σε όλους, τις καλύτερες δυνατές συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, υπηρεσίες υγείας και κέντρα ιατρικής έρευνας και εκπαίδευσης.98 Ο άλλος άξονας αντίθετα υποστηρίζει τη σημασία των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση της υγείας των ατόμων.99

Ακόμα πιο πρόσφατες απόψεις τονίζουν τη σχέση ανάπτυξης και υγείας και υποστηρίζουν ότι η βελτίωση του επιπέδου της υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να επιτευχθεί όχι μόνο διαμορφώνοντας μια πολιτική υγείας η οποία να αναφέρεται σε ενδογενείς βιολογικούς παράγοντες, εξωγενείς φυσικοχημικούς παράγοντες, κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, τρόπους συμπεριφοράς και τη φροντίδα

---

96. Από τους βασικότερους εκπροσώπους αυτής της άποψης είναι ο I.Illich στο βιβλίο του "Ιατρική Νέμεση", Ελληνική μετάφραση 1986

97. B.A.Smith, A.Leiserson, "Poverty, development and health policy", 1978, σ.23-24

98. M.Terris, "Determinants of health: A progressive political platform", στο Journal of Public Health Policy, vol.15, no 1, 1994, σ.7

99. Σύντομη παρουσίαση της παραπάνω συζήτησης βλ. στο R.Fuchs, "The output of the health industry", στο Cooper, Culyer, (ed.), "Health economics", 1973, σελ.147-154, ο οποίος και συμπεραίνει ότι δεν μπορούν να βγούν γενικά συμπεράσματα για τη σχέση υπηρεσιών υγείας και υγείας και να δοθεί η πρωτοκαθεδρία σε κάποια από τις δύο προσεγγίσεις που παρουσιάστηκαν, αλλά μάλλον φαίνεται ότι θα ήταν πιο εποικοδομητική μια πολυπαραγοντική προσέγγιση.

υγείας, αλλά λαμβάνοντας υπόψη και τομείς όπως οι ανθρώπινοι πόροι, οι πηγές ενέργειας, η βιομηχανία, το αστεακό περιβάλλον, το οικοσύστημα και η διατροφή. Έτσι γίνεται λόγος για την ανάπτυξη ενός συστήματος υποστηρικτικού (sustainable) της πολιτικής υγείας.100

Ειδικότερα όσο αφορά τις ανισότητες στην υγεία φαίνεται ότι είναι δύσκολο να εξακριβωθεί μια αιτιακή σχέση μεταξύ ισότητας στην υγεία και ισότητας στην φροντίδα υγείας αφού και τα δύο μπορεί να είναι αποτέλεσμα άλλων παραγόντων οι οποίοι αναφέρθηκαν και πιο πάνω, όπως η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.101 Επίσης αμφισβητείται το κατά πόσο η ισότητα στην ιατρική φροντίδα οδηγεί και σε ισότητα στην υγεία.102 Έτσι υποστηρίζεται η άποψη ότι η καλύτερη πολιτική επίτευξης της ισότητας όσο αφορά την υγεία, είναι η καταπολέμιση της ίδιας της φτώχειας και των παραγόντων που την προκαλούν.103

Στις χώρες της Ευρώπης υπάρχουν ανισότητες και διαφορές ως προς τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ αστικών-αγροτικών περιοχών γεγονός που θέτει το πρόβλημα της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών υγείας, μεταξύ κοινωνικών ομάδων όπου οι ξένοι εργάτες και οι μειονότητες έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μεταξύ κοινωνικών τάξεων όπου οι χαμηλότερες τάξεις χρησιμοποιούν λιγότερο της υπηρεσίες υγείας και τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Έτσι φαίνεται ότι αυτοί που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών λαμβάνουν και τη μικρότερη φροντίδα.104

Από τη σκοπιά των συστημάτων υγείας η δομή της οργάνωσής τους παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη διαμόρφωση της έννοιας της ισοτιμίας όσο και στη βαρύτητα που θα της δοθεί. Έτσι σχηματικά, σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας κυριαρχούν οι εξισωτικές απόψεις σύμφωνα με τις οποίες η πρόσβαση στην υγεία είναι δικαίωμα κάθε πολίτη και δεν πρέπει να επηρεάζεται από το εισόδημα ενώ ισχύει και η αρχή των ίσων ευκαιριών πρόσβασης για άτομα με ίσες ανάγκες. Αντίθετα σε ένα φιλελεύθερο αγοραίο σύστημα υγείας η πρόσβαση στην υγεία θεωρείται ως μέρος του συστήματος ανταμοιβής

---

100. K.Schaapveld, E.Bergsma, P.Jongejan, "Sustainable development and health", 1992

101. S.Macintyre, "The role of health services in relation to inequalities in health in Europe", σ.317-323, στο J.Fox, (ed.), 1989, ό.π.

102. M.Terris, 1994, ό.π., σ.5-6

103. B.A.Smith, A.Leiserson, 1978, ό.π., σελ.20

104. OMS, "Sixieme rapport..."1980, ό.π., σ.40-54, S.Macintyre, 1989, ό.π., σ.323-329. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται με τον όρο "νόμος της αντίστροφης φροντίδας (inverse care law). Βλ. G.Dahlgren, M.Whitehead, 1992, ό.π., σ.38

της κοινωνίας και η ικανότητα πληρωμής είναι ο προσδιοριστικός παράγοντας αυτής της πρόσβασης.105

Αυτή η παρουσίαση φυσικά έχει περισσότερο τη μορφή ενός ιδεότυπου παρά της ισχύουσας πραγματικότητας αφού τα περισσότερα συστήματα δεν λειτουργούν αμοιγώς με βάση τις αρχές του ενός ή του άλλου μοντέλου. Αυτό παραπέμπει στην ανάγκη επικέντρωσης και εξέτασης της δομής του κάθε συγκεκριμένου συστήματος υγείας για να μπορέσουμε να βγάλουμε συμπεράσματα και όχι στην a priori μηχανιστική αποδοχή του παραπάνω σχήματος το οποίο μόνο ως ενδεικτικό τάσεων μπορεί να λειτουργήσει.

Γενικότερα το κατά πόσο θα δοθεί έμφαση στο πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία εξαρτάται από:106 α) το πολιτικό καθεστώς, β) την ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ των ομάδων του πλυθησμού, γ) τις απόψεις για την υγεία ως δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό, δ) την μορφή και την οργάνωση του συστήματος φροντίδας υγείας, ε) το οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο που διεξάγεται η συζήτηση και στ) τη σχετική θέση και δύναμη των μειονεκτούντων από άποψη υγείας ομάδων.

5.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ,ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και τα οποία σχετίζονται με την ισότητα της διανομής και την επάρκεια της κάλυψης σε σχέση με τις ανάγκες, με τη δραστικότητα των παρεμβάσεων και των οφέλων που προκύπτουν σε σχέση με την κατανομή των πόρων, με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών και με την παραδοσιακή προσέγγιση του ιατρικού μοντέλου σε αντίθεση με το συμπεριφορικό και κοινωνικοπολιτικό μοντέλο, καθώς και η διαπίστωση ότι το επίπεδο υγείας διαμορφώνεται και από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, οδήγησε στην αναγκαιότητα της εφαρμογής ενός αποτελεσματικού σχεδιασμού για την υγεία ο οποίος να συντονίζει τους διάφορους τομείς της συλλογικής διαβίωσης με τον τομέα της υγείας και να θέτει συγκεκριμένους στόχους και προτεραιότητες.107

---

105. Αναλυτικότερα στο A.Williams, 1993, ό.π., σ.287-298

106. P.Aiach, R.Carr-Hill, "Inequalities in health: the country debate", σ.29, στο J.Fox, (ed.), 1989, ό.π.

107. K.White, D.Anderson et al., "Health services: concepts and information for national planning and management", 1977, σ.9-14, B.Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σ.67

Με αυτή την έννοια ο σχεδιασμός αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης διαδικασίας προγραμματισμού για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη η οποία περιλαμβάνει την πολιτική έκφραση για την μορφοποίηση πολιτικών και τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων, τον σχεδιασμό και την επεξεργασία προγραμμάτων, τον προυπολογισμό και την κατανομή των πιστώσεων, την εκτέλεση και την ενσωμάτωση των προγραμμάτων στο σύνολο του υγειονομικού συστήματος, την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, τον επαναπρογραμματισμό και ενέχει μια σειρά παραγόντων όπως η κυβέρνηση, οι πολίτες, οι προμηθευτές, οι αθενείς κλπ.108

Συνεπώς οι βασικές λειτουργίες του προγραμματισμού είναι η κατανομή, η οργάνωση και η αξιολόγηση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και φυσικών πόρων, με σκοπό την διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ αναγκών, πόρων και χρήσης των πόρων.109 Απότερος στόχος είναι η πλήρης χρησιμοποίηση των πόρων που βρίσκονται σε στενότητα, η πρόληψη σπατάλης, η συγκράτηση του κόστους σε ανεκτά επίπεδα και η ισότιμη γεωγραφική κατανομή των πόρων.110

Επειδή ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν παραγωγικό τομέα έντασης εργασίας όπου η βασική του διαφοροποίηση από τους άλλους παραγωγικούς τομείς είναι η αδυναμία υποκατάστασης της εργασίας από το κεφάλαιο αφού όσο βελτιώνεται η βιοιατρική τεχνολογία, τόσο αυξάνονται οι ανάγκες σε ειδικευμένο προσωπικό, κυρίαρχη θέση στην διαμόρφωση πολιτικών υγείας κατέχει και ο σχεδιασμός της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.111

Η έννοια του σχεδιασμού αναφέρεται στην διαμόρφωση ενός σχεδίου δράσης που να βασίζεται στην φύση και την έκταση των προβλημάτων υγείας και να θέτει στόχους προτεραιότητας. Η διαδικασία αυτή προυποθέτει την ανάλυση εναλλακτικών μέσων επίτευξης των στόχων μέσα σε ένα πλαίσιο περιορισμών και δυσκολιών. Τα προαπαιτούμενα ενός ολοκληρωμένου και αποτελεσματικού σχεδιασμού είναι η διαθεσιμότητα στατιστικών δεδομένων, ο σαφής προσδιορισμός των στόχων, η επιλογή εφικτών και ικανοποιητικών αν όχι άριστων

---

108. ΠΟΥ, "Η διαχειριστική διαδικασία για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Κατευθυντήριες αρχές", 1981, σ.17, B.Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σ.68-83

109. B.Kleczkowski, N.Nilsson, "Health care facility projects in developing areas: Planning, implementation and operation", 1984, σ.10

110. B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.79

111. Αναλυτικότερα για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα που περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την παραγωγή και την διαχείρηση των ανθρώπινων πόρων, βλ. T.L.Hall, A.Mejia, "La planification des personnels de sante", 1979, T.Fulop, M.Roemer, "Reviewing health manpower development. A method of improving national health systems", 1987

επιλογών και η κατανόηση από αυτούς που θα εφαρμόσουν το σχέδιο, των προγραμματισμένων ενεργειών που θα πρέπει να αναληφθούν.112

Η λήψη οποιασδήποτε απόφασης ως αποτέλεσμα του σχεδιασμού αποτελεί μια διαδικασία επιλογής μεταξύ εναλλακτικών μορφών δράσης στα πλαίσια της στενότητας των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Επομένως είναι αναγκαία η απάντηση σε ορισμένα βασικά ερωτήματα για την απόκτηση των κατάλληλων πληροφοριών που θα διευκολύνουν την λήψη των αποφάσεων. Αυτά τα ερωτήματα είναι τα ακόλουθα:113

α) Ποιές είναι οι ανάγκες για υγεία του πληθυσμού; β) Οι ανάγκες αυτές σχετίζονται με την δραστηριότητα τομέων άλλων εκτός του τομέα υγείας π.χ. κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό, γεωγραφικό περιβάλλον; γ) Υπάρχει μια αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών σε σχέση με την κατανομή των πόρων; δ) Η προτεινόμενη λύση μήπως επιδρά και στην αντιμετώπιση άλλων αναγκών όπως η παραγωγικότητα της εργασίας, η απασχόληση κλπ.; ε) Από τη στιγμή που το σύστημα προστασίας της υγείας αποτελεί ένα συστατικό του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού συστήματος το οποίο πρέπει να συμβιβάσει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις στους διάφορους τομείς, γεννάται το ερώτημα σε ποιόν από αυτούς τους τομείς βρίσκεται η ενδεδειγμένη λύση και ποιές αξίες πρέπει να ληφθούν υπόψη; στ) Μήπως με δεδομένη την σπανιότητα των πόρων, πρέπει να δοθεί έμφαση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ορισμένων ομάδων-στόχων; ζ) Υπάρχουν δυνατότητες υποκατάστασης μεταξύ των διαφόρων πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν π.χ. τι αναλογία νοσοκόμων, γιατρών, φαρμακοποιών πρέπει να χρησιμοποιήσουμε; η) Τι διαθέσιμοι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι υπάρχουν; θ) Ποια είναι τα προαπαιτούμενα για την ανάπτυξη των πόρων; ι) Ποιό θα είναι το κόστος εφαρμογής του προτεινόμενου σχεδίου; ια) Από τη στιγμή που το σχέδιο τεθεί σε λειτουργία προκύπτει το ζήτημα της ορθής εκτέλεσής του και λειτουργίας του, δηλαδή τίθεται το ερώτημα της αξιολόγησης του σχεδίου. ιβ) Μήπως κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου σημειώθηκε κάποια μεταβολή στις ανάγκες του πληθυσμού και επομένως χρειάζεται η τροποποίηση του αρχικού σχεδίου;

Για την απάντηση των παραπάνω ερωτημάτων είναι αναγκαία η διεξαγωγή μιας σειράς ερευνών που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας, την οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπαρχουσών υπηρεσιών υγείας, την εξακρίβωση και καταγραφή των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας,μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-αποδοτικότητας και κόστους-οφέλους, τη συλλογή και επεξεργασία στατιστικών δεδομένων και τη διαμόρφωση δεικτών, τη σχέση ανάγκης και ζήτησης, τη συμπεριφορά και τις στάσεις του καταναλωτή κλπ.114

---

112. H.Hilleboe et al., "Approaches to national health planning", 1972, σ.9

113. K.White et al., 1977, ό.π., σ.19-28

114. F.Grundy, W.Reinke, "Health practice research and formalized

Ο τρόπος απάντησης των ερωτήσεων εξαρτάται από τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούν οι σχεδιαστές με αποτέλεσμα να γίνονται μια σειρά διακρίσεων μεταξύ μοντέλων και σταδίων σχεδιασμού. Οι H.Hilleboe, A.Barkhuus και W.Thomas κάνουν τη διάκριση μεταξύ "πρακτικού" (pragmatic) και "μη πρακτικού" (non-pragmatic) σχεδιασμού. Η πρακτική προσέγγιση βασίζεται στην εμπειρία και τη διαισθητική ικανότητα του σχεδιαστή, δεν ακολουθεί σαφώς προσδιορισμένη μεθοδολογία σύμφωνα με κάποιες αρχές ή τεχνικές ανάλυσης και μέτρησης και εφαρμόζεται κυρίως σε αναπτυσσόμενες χώρες με περιορισμένες δυνατότητες. Αντίθετα η μη-πρακτική προσέγγιση χρησιμοποιεί επιστημονικές και πολύπλοκες ως προς τη σχεδίαση μεθόδους.115

Οι K.White, D.Anderson, E.Kalimo, B.Kleczkowski, T.Purola και C.Vukmanovic κάνουν μια σύντομη παρουσίαση διαφόρων δυνατών εναλλακτικών προσεγγίσεων και κατευθυντήριων αρχών που μπορούν να εφαρμοστούν στη διαδικασία του σχεδιασμού αλλαγών στα συστήματα φροντίδας υγείας. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι οι εξής:116 1) Η προσέγγιση που βασίζεται στην έννοια του κατάλληλου πληθυσμού ως παρονομαστή κάθε μέτρησης. 2) Η προσέγγιση που βασίζεται στην επιδημιολογία και την κοινωνιολογία ως βασικών προαπαιτούμενων του σχεδιασμού. 3) Η χρησιμοποίηση δεικτών και αντιπροσωπευτικών μέτρων. 4) Η εξισορρόπιση αναγκών, πόρων και χρησιμοποίησης. 5) Η ολιστική, διατομεακή προσέγγιση που θεωρεί ότι όλοι οι τομείς της κοινωνίας επιδρούν στην διαμόρφωση της υγείας. Εδώ αναζητείται η δυνατότητα υποκατάστασης τόσο μεταξύ του τομέα υγείας και των άλλων τομέων με σκοπό την βελτίωση της υγείας, όσο και μεταξύ των διαφόρων τύπων παρέμβασης στο εσωτερικό του τομέα υγείας. 6) Η εξέταση της παραγωγικότητας σε σχέση με την αποδοτικότητα, της αποτελεσματικότητας σε σχέση με ομάδες-στόχους, της αποδοτικότητας σε σχέση με το όφελος, δηλαδή της σχετικής χρησιμότητας ή της καταλληλότητας των υπηρεσιών ανάλογα με τις περιστάσεις. 7) Η προσέγγιση της επάρκειας και της αποδοχής των υπηρεσιών από τον πληθυσμό αναφοράς. 8) Η εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής και τακτικής, η διαμόρφωση των τελικών στόχων και η χρησιμοποίηση των κατάλληλων μέσων. 9) Μια τελευταία προσέγγιση δίνει έμφαση στον σχεδιασμό σε τοπικό περιφερειακό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Οι F.Grundy και W.Reinke παρουσιάζουν μια σειρά στρατηγικών σχεδιασμού που βασίζονται κυρίως σε συστημικά, οικονομικά, γραμμικά, μαθηματικά, επιχειρησιακά μοντέλα και μοντέλα εξομοίωσης.117

---

managerial methods", 1973, σ.16-17

115. H.Hilleboe et al., 1972, ό.π., σ.10-14

116. K.White et al., 1977, ό.π., σ.108-115

117. F.Grudy, W.Reinke, 1973, ό.π.

Τέλος σε μελέτη της ΠΟΥ για τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη, γίνεται η διάκριση μεταξύ παραδοσιακού, ολοκληρωτικού (comprehensive), προσαυξανόμενου (incremental) και συμμετοχικού (participatory) σχεδιασμού. Ο παραδοσιακός σχεδιασμός αναφέρεται κυρίως στην εφαρμογή της συστημικής ανάλυσης για το σχεδιασμό επιμέρους ιδρυμάτων ή απλών τομέων του συστήματος. Ο ολοκληρωτικός σχεδιασμός μπορεί να προσδιοριστεί ως η διοικητική-πολιτική διαδικασία με την οποία ένα κράτος διαμορφώνει και εφαρμόζει προτάσεις για την ανάπτυξη των πόρων της υγείας. Συναντάται κυρίως σε χώρες με εθνικά συστήματα υγείας και τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι: α) οι προτάσεις του σχεδίου στηρίζονται στην ανάλυση όλων των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού σύμφωνα με την επιδημιολογική προοπτική και διαμορφώνονται συγκεκριμένοι στόχοι και μέτρα πολιτικής, β) τα προγράμματα που περιλαμβάνονται στο σχέδιο είναι αποτέλεσμα εναλλακτικών προσεγγίσεων ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και τους υφιστάμενους περιορισμούς, γ) ο σχεδιασμός υγείας σχετίζεται και αποτελεί μέρος του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού σχεδιασμού του κράτους. Ο προσαυξανόμενος σχεδιασμός βρίσκεται κάπου στο ενδιάμεσο μεταξύ της απουσίας σχεδιασμού και του ολοκληρωτικού σχεδιασμού και εμφανίζεται σε χώρες με μικτά συστήματα υγείας. Ο συμμετοχικός σχεδιασμός υπονοεί ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας δεν έχει αφεθεί αποκλειστικά στους επαγγελματίες σχεδιαστές αλλά ενέχονται και εκπρόσωποι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, των ασφαλιστικών ταμείων και γενικότερα αντιπρόσωποι όλων των ομάδων συμφερόντων του υγειονομικού τομέα.118

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η διαδικασία του σχεδιασμού στον υγειονομικό τομέα είναι μια διαδικασία καθαρά πολιτική η οποία προσδιορίζει στόχους και μέσα επίτευξης των στόχων που συνδέονται με το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον κάθε χώρας καθώς και με τις ανάγκες των κατοίκων της. Επίσης είναι μια διατομεακή και διεπιστημονική διαδικασία αφού υπάρχει έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων τομέων της συλλογικής δραστηριότητας και απαιτεί το συνδιασμό στοιχείων και γνώσεων από διάφορους επιστημονικούς τομείς. Επομένως πρέπει να είναι μια διαδικασία ευέλικτη που να επιτρέπει την δυνατότητα της αλλαγής και να είναι ευαίσθητη στις πολιτιστικές, κοινωνικές, οικονομικές, δημογραφικές και πολιτικές συνθήκες.119

Από τη στιγμή που ο σχεδιασμός για την υγεία αποτελεί ένα μέρος μιας ευρύτερης διαδικασίας κατ'επέκταση η διαμόρφωση των προγραμμάτων υγείας ασκεί και σημαντική επίδραση στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας.120

---

118. WHO, "Health services in Europe", 1981, σ.29-32

119. WHO, "The planning of health services. Studies in eight European countries", 1980, σ.2

120. Για τη σχέση αυτή βλ. WHO,"Interrelationships between health programmes and socioeconomic development", 1973

Για να διαπιστωθεί κατά πόσο οι στόχοι που είχαν τεθεί από τον προγραμματισμό και τον σχεδιασμό, επιτεύχθηκαν και σε ποιο βαθμό, είναι αναγκαία η διαδικασία της αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας, έτσι ώστε να γίνουν οι αναγκαίες βελτιωτικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις και να αντληθούν διδάγματα για το μέλλον.121

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την διαδικασία εξακρίβωσης του κατά πόσο το συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας ανταποκρίνεται σε ορισμένα προαπαιτούμενα που είναι η επαλήθευση της συνάφειας, ο έλεγχος της προόδου και η εκτίμηση της επάρκειας, της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της επίδρασης. Η συνάφεια σχετίζεται με το κατα πόσο το πρόγραμμα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού, η επάρκεια συνδέεται με την προσοχή που έχει δοθεί σε συγκεκριμένους άξονες δράσης, η πρόοδος αναφέρεται στη δρομολόγηση και την έναρξη των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων, η αποδοτικότητα συνδέει τα αποτελέσματα με τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν, η αποτελεσματικότητα μετράει το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων και τέλος η επίδραση εξετάζει το αποτέλεσμα του προγράμματος στην υγειονομική ανάπτυξη.122

6.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ "ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗΣ" ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο "αναμόρφωση" των συστημάτων υγείας περιγράφονται οι αλλαγές στην οργάνωση του τομέα υγείας που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της ρητής πρόθεσης των κυβερνήσεων, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.123

Αν θα θέλαμε να ομαδοποιήσουμε τις αιτίες που όπως είδαμε παραπάνω οδήγησαν στην αναμόρφωση των συστημάτων υγείας σε διάφορες χώρες θα μπορούσαμε να τις κατατάξουμε σε τέσσερεις κατηγορίες και να μιλήσουμε για οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και δημογραφικές αιτίες.

Στις οικονομικές αιτίες εντάσσονται οι προσπάθειες συμβιβασμού των στόχων συγκράτησης του κόστους λόγω της οικονομικής κρίσης και ισότητας στη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι πολιτικές αιτίες συνδέονται με την αυξανόμενη κοινωνική ζήτηση όλο και περισσότερων υπηρεσιών υγείας ως αποτέλεσμα της αύξησης των προσδοκιών λόγω της τεχνολογικής προόδου ενώ οι ιδεολογικές αιτίες ξεκινούν από την αντιπαράθεση για την αποτελεσματικότητα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Τέλος οι επιδημιολογικές και δημογραφικές αιτίες περιλαμβάνουν τις αλλαγές στο νοσολογικό

---

121. ΠΟΥ, "Αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας. Κατευθυντήριες αρχές", 1981, σ.15

122. Αναλυτικότερη περιγραφή των παραπάνω σταδίων αξιολόγησης στο ΠΟΥ, "Αξιολόγηση ...", 1981, ό.π.

123. J.Frenk, 1994, ό.π., σ.30

φάσμα και τη δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού.

Ως προς την εφαρμογή της διαδικασίας αναμόρφωσης διακρίνονται τέσσερα επίπεδα πολιτικής παρέμβασης: το συστημικό (systemic), το προγραμματικό (programmatic), το οργανωτικό (organizational) και το οργανικό (instrumental).124

Αναλυτικότερα το συστημικό επίπεδο αναφέρεται στους ρόλους και τις αρμοδιότητες των βασικών συντελεστών που απαρτίζουν το σύστημα υγείας όπως του ασφαλισμένου πληθυσμού, των ταμείων, της κεντρικής κυβέρνησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης, της σχέσης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα κλπ. Το προγραμματικό επίπεδο περιλαμβάνει τα προγράμματα και το είδος των παρεμβάσεων για την επίτευξη της αποδοτικής κατανομής των πόρων μέσω της υιοθέτησης κριτηρίων κόστους-αποτελεσματικότητας και της στοχοθέτησης συγκεκριμένων προτεραιοτήτων. Σε οργανωτικό επίπεδο η έμφαση δίνεται στους οργανισμούς που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας και στην επίτευξη υψηλής παραγωγικότητας και ποιότητας φροντίδας. Τέλος σε οργανικό επίπεδο η προσοχή επικεντρώνεται στην ύπαρξη και τη λειτουργία συστημάτων συγκέντρωσης και παροχής των αναγκαίων πληροφοριών για τη μεγιστοποίηση της απόδοσης του συστήματος. Εδώ εντάσσονται τα συστήματα πληροφορικής, επιστημονικής έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων.

Σε κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα αντιστοιχεί και ένας τύπος παρέμβασης με σκοπό την αλλαγή του συστήματος. Η παρέμβαση αυτή στο συστημικό επίπεδο έχει τη μορφή της αναδόμησης ή του επανασχεδιασμού, στο προγραμματικό επίπεδο εμφανίζεται ως επαναπροσανατολισμός ή επαναπρογραμματισμός, στο οργανωτικό επίπεδο εντάσσεται στα πλαίσια της αναδιοργάνωσης ενώ τέλος στο οργανικό επίπεδο λειτουργεί ως διαδικασία ενίσχυσης.125

Από τα παραπάνω φαίνεται το μέγεθος των δυσκολιών που έχει να αντιμετωπίσει κάθε προσπάθεια αναμόρφωσης ενός συστήματος υγείας. Χαρακτηριστική από αυτή την άποψη είναι η συζήτηση και ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε σε σχέση με το πρόγραμμα Clinton για τη μεταρρύθμιση του τρόπου οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ. Μια σειρά ζητημάτων όπως ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των επιμέρους πολιτειών καθώς και η σχέση μεταξύ τους, η διοικητική οργάνωση του συστήματος, οι μέθοδοι περιορισμού του κόστους, η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, η εξισορρόπηση των αντικρουόμενων συμφερόντων κλπ. έθεσαν επί τάπητος διάφορες αντικρουόμενες απόψεις και από ότι φαίνεται ανέστηλαν την υλοποίηση του προγράμματος.126

---

124. J.Frenk, 1994, ό.π., σ.30

125. J.Frenk, 1994, ό.π., σ.30-31

126. Χαρακτηριστικός της συζήτησης που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ είναι ο συλλογικός τόμος J.Dilulio, R.Nathan, (eds.), "Making health reform work. The view from the States", 1994

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : ΣΥΓΚΛΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ;

Από την παραπάνω συζήτηση ανακύπτουν δύο βασικά ζητήματα. Το ένα έχει να κάνει με το πρόβλημα των συγκρουόμενων στόχων μεταξύ της αποδοτικότητας και της ισότητας. Το άλλο σχετίζεται με την διαδικασία σύγκλισης των συστημάτων υγείας.

Ειδικότερα όσο αφορά το πρώτο ζήτημα παρουσιάζεται το πρόβλημα των αντικρουόμενων στόχων μεταξύ πολιτικών που μπορεί να στοχεύουν στην αποδοτικότητα ως προς τη διανομή και την κατανάλωση των υπηρεσιών, οι οποίες όμως να έχουν δυσμενή αποτελέσματα όσο αφορά την έννοια της ισοτιμίας και αντίστροφα.127 Δηλαδή σε κάποιο σημείο θα έχουν εξαντληθεί οι δυνατότητες να επιτευχθούν ταυτόχρονα και οι δύο στόχοι με αποτέλεσμα να υπάρξει ανάγκη επιλογής να θυσιαστεί ένα μέρος από τον ένα στόχο στο όνομα του άλλου.128

Το δεύτερο ερώτημα που ανακύπτει είναι το κατά πόσο τα συστήματα υγείας συγκλίνουν ως προς την χρηματοδότηση και την οργάνωση. Ενα ερώτημα που τίθεται λόγω της ταυτόχρονης προσπάθειας από αρκετές χώρες να εφαρμόσουν πολιτικές ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Οι απαντήσεις που δίνονται ποικίλουν. Κατά μια άποψη είναι πρόωρο να μιλήσουμε για σύγκλιση γιατί ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός μπορεί να συνυπάρχει με διαφορετικά καθεστώτα χρηματοδότησης και οργάνωσης. Ετσι από μόνη της η υιοθέτηση πολιτικών διευθυνόμενου ανταγωνισμού δεν σημαίνει και σύγκλιση.129 Αλλες απόψεις όμως υποστηρίζουν ότι μπορούμε να μιλήσουμε για σύγκλιση που μπορεί να έχει μια διπλή υπόσταση: α) σύγκλιση μεταξύ του Αμερικάνικου και του Ευρωπαικού πρότυπου αφού στο Αμερικάνικο πρότυπο γίνεται αντιληπτή η ανάγκη αύξησης του δημόσιου ελέγχου στο σύστημα υγείας ενώ στο Ευρωπαικό αρχίζουν να ασκούν μεγάλη επιρροή οι απόψεις του διευθυνόμενου ανταγωνισμού και των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας130 και β) σύγκλιση μεταξύ των Ευρωπαικών συστημάτων υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης.131

---

127. OECD, 1987, ό.π., σ.94

128. Βλ. A.Williams, "Equity in health care: the role of ideology", στο Doorslaer et al, "Equity in the finance and delivery of health care", 1993, σ.287

129. Βλέπε άποψη του W.Hurst στο συμπόσιο του ΟΟΣΑ με θέμα "International comparisons on health care systems", 1992

130. Βλέπε B.Jonsson και U.Reinhardt επίσης στο συμπόσιο του ΟΟΣΑ ό.π.

131. Γ.Υφαντόπουλος, "Πτυχές σύγκλισης και εναρμόνισης της υγειονομικής πολιτικής της ΕΟΚ", στο Προβόπουλος κ.α., (επιμ.), "Οι υπηρεσίες υγείας. Οργάνωση, διοίκηση, προγραμματισμός", European Institute of social security, Ελληνικό τμήμα, 1990 και

Ειδικότερα όσο αφορά τη σύγκλιση στα συστήματα υγείας και γενικότερα τα συστήματα κοινωνικής προστασίας στα πλαίσια της Ευρωπαικής Ενωσης η αναγκαιότητα της πηγάζει από την ελεύθερη διακίνηση των προσώπων.132 Σε καμμία ιδρυτική συνθήκη της Κοινότητας δεν γίνεται άμεση αναφορά στην υγεία, δεν υπάρχει κοινοτική πολιτική υγείας αλλά ούτε και καμμία υπηρεσία που να ασχολείται μόνο με την υγεία.133 Ετσι όποια μνεία γίνεται σε θέματα υγείας, είναι έμμεση και γίνεται μέσω της αναφοράς στην εργασία και τις συνθήκες εργασίας, μέσω των ρυθμίσεων για την ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελμάτων υγείας και την ελεύθερη διακίνηση των φαρμακευτικών προιόντων, μέσω των προγραμμάτων προστασίας του περιβάλλοντος και της υγείας των καταναλωτών.134

Επομένως μια πρώτη διαπίστωση είναι ότι σε νομοθετικό επίπεδο η Κοινότητα έχει περιορισμένη δυνατότητα για την ανάπτυξη μιας κοινοτικής πολιτικής υγείας αφού δεν έχει καμμία αρμοδιότητα σε θέματα τόσο υγείας όσο και κοινωνικής ασφάλειας. Επίσης παρουσιάζεται έλλειψη συντονισμού μεταξύ των γενικών διευθύνσεων της Κοινότητας με αποτέλεσμα να μην υπάρχει συντονισμός μεταξύ των εκδιδόμενων οδηγιών.135

Οι διαπιστώσεις αυτές δείχνουν ότι μια διαδικασία εναρμόνισης των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της Κοινότητας ακόμα και ως προς κάποια ελάχιστα επίπεδα και η οποία να πηγάζει από την ίδια την Ευρωπαική Ενωση, είναι εξαιρετικά δύσκολο. Για παράδειγμα η έκδοση οδηγιών και άλλων προτάσεων από την Επιτροπή, δεν σημαίνει αυτόματα και αποτελεσματική εφαρμογή τους από τα κράτη-μέλη.

Β.Διαμαντόπουλος, "Ευρωπαική ενοποίηση και προστασία της υγείας. Ο ευρωκοινοτικός οργανισμός και η κυοφορία μιας κοινής πολιτικής της υγείας", χ.χ., σ.262 όπου αναφέρει ότι έχει σχηματιστεί ένα πρόπλασμα κοινής κοινοτικής πολιτικής στην υγεία

132. Βλ. διαπιστώσεις της Β.Παπανδρέου στο συμπόσιο για την υγεία που οργανώθηκε από "Τα Νέα" στις 5-7/5/1990, σ.16

133. M.Gadreau, "Οικονομική ανάλυση των επιπτώσεων της ενιαίας ευρωπαικής αγοράς συστημάτων υγείας", στο Συμπόσιο την Νέων 1991, ό.π., σ.177

134. Βλ.Διαμαντόπουλος, ό.π., σελ.27-67,όπου αναφέρει την ύπαρξη τόσο συνταγματικών κενών (απουσία της υγείας από τα ιδρυτικά κείμενα της κοινότητας), όσο και θεσμικών αδυναμιών (σε σχέση με τα χρηματοδοτικά και τα αποφασιστικά κοινοτικά όργανα) που εμποδίζουν τη διαμόρφωση κοινής κοινοτικής πολιτικής στον τομέα της υγείας.

135. C.Altenstetter, "Europe beyond 1992: Imlications for national health policies and delivery systems", στο International Social Security Review, 3/1990, σ.316-324

Επιπλέον η Επιτροπή δεν διαθέτει ούτε τα απαραίτητα κονδύλια για να φέρει σε πέρας επαρκώς το έργο της αλλά ούτε και τη διοικητική δυνατότητα. Η διαμόρφωση κανονισμών και η εφαρμογή τους αποτελούν τμήμα πολύπλοκων πολιτικών διεργασιών. Τέλος η σύγκλιση των κοινωνικών πολιτικών δεν είναι μόνο αποτέλεσμα υπογραφής συνθηκών αλλά και λήψης μονομερών μέτρων από τις επιμέρους κυβερνήσεις, που λαμβάνονται σε μέσα στα πλαίσια ενός οικονομικού περιβάλλοντος ελεύθερου εμπορίου.136

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια αποκτά ιδιαίτερη σημασία η Ενιαία Ευρωπαική Πράξη και η δημιουργία της ενιαίας αγοράς έστω και αν δεν υπάρχει σαφής αναφορά στην υγεία, αφού αναμένεται ότι θα επιδράσει τόσο στον τομέα της χρηματοδότησης των δημόσιων δαπανών και άρα και των συστημάτων υγείας, μέσω της φορολογικής εναρμόνισης και της επέκτασης της ιδιωτικής ασφάλισης, όσο και στον τομέα οργάνωσης της παροχής των υπηρεσιών υγείας μέσω της ελεύθερης κυκλοφορίας των ατόμων η οποία αφορά και τα ιατρικά και παραιατρικά επαγγέλματα, μέσω της ελεύθερης κυκλοφορίας των αγαθών και υπηρεσιών η οποία περιλαμβάνει και τα ιατρικά προιόντα και τέλος μέσω της ελεύθερης κυκλοφορίας των κεφαλαίων η οποία επιδρά στις επενδύσεις σε ιδιωτικές κλινικές κλπ.137

Το δίλημμα που προκύπτει από την δημιουργία της ενιαίας αγοράς είναι το αν οι δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς και ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας και τις τιμές θα προσδιορίσουν τους κατευθυντήριους άξονες των μελλοντικών εξελίξεων ή αν θα διατηρηθεί η παράδοση της καθολικής πρόσβασης στη φροντίδα υγείας ανεξάρτητα από τους οικονομικούς πόρους και το κοινωνικό επίπεδο. Η πιθανότερη εξέλιξη είναι η εφαρμογή μιας πολιτικής η οποία να στηρίζεται στην κρατική παρέμβαση και ρύθμιση αλλά να έχει και στοιχεία ανταγωνισμού των τιμών.138

Οσο αφορά τη συνθήκη του Μάαστριχτ διαπιστώνεται ότι δεν γίνεται καμμία αναφορά στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα τα συστήματα υγείας και στις πιθανές δυνατότητες σύγκλισης.139

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι εμφανίζεται μια τάση σύγκλισης σε επίπεδο πολιτικών και θεσμών η οποία φαίνεται από την συνεχιζόμενη ροπή προς καθολική δημόσια υγειονομική κάλυψη, την ενδυνάμωση του ελέγχου από τις κυβερνήσεις των δαπανών υγείας και την γενική αποδοχή των σφαιρικών προυπολογισμών.140 Ομως αυτή η

---

136. G.Tsalikis, "The European dream and the health of the nations", 1992, σ.14-16

137. M.Gadreau, 1991, ό.π., σ.177-183

138. C.Altenstetter, 1990, ό.π., σ.313-314

139. Χ.Παπανικολάου, "Σύγκλιση υγειονομικών συστημάτων ή στρατηγικών επιλογών;", στο Ιατρική και Δίκαιο, τεύχος 20/1993

140. OECD, 1992, ό.π., σ.151

τάση έχει να κάνει περισσότερο με σύγκλιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας αφού το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν γίνεται όλο και περισσότερο ομοιογενές,141 παρά με την εφαρμογή μιας συνειδητής πολιτικής. Και εδώ φυσικά θα πρέπει να τονιστεί το διαφορετικό σημείο εκκίνησης μεταξύ των χωρών της Κοινότητας αφού οι χώρες της βόρειας και δυτικής Ευρώπης έχουν μια μακρά παράδοση διαχείρησης εθνικών συστημάτων φροντίδας υγείας, σε αντίθεση με τις Μεσογειακές χώρες οι οποίες εγκαθίδρυσαν κάποιας μορφής εθνικό σύστημα υγείας πολύ πρόσφατα: η Πορτογαλία το 1976, η Ιταλία το 1978, η Ελλάδα το 1983 και η Ισπανία το 1985.142

Ετσι διαπιστώνεται ότι σε επίπεδο Ευρωπαικής Ενωσης δεν υπάρχει η πιθανότητα εναρμόνισης των συστημάτων αλλά μπορεί να γίνει λόγος μόνο για κάποιας μορφής "συντονισμό" που θα διευκολύνει την ελεύθερη μετακίνηση των εργαζομένων.143 Η μόνη σύγκλιση που μπορεί να γίνει είναι σε επίπεδο στόχων και αποτελεσμάτων. Τέτοιους στόχους αποτελούν η ισότητα πρόσβασης στην ποιοτική φροντίδα υγείας, η ισότητα στη διάρκεια ζωής144 και η κατοχύρωση του δημόσιου και κοινωνικού χαρακτήρα των συστημάτων υγείας145 .

Οι παραπάνω διαπιστώσεις επιβεβαιώνονται και από τις απόψεις που διατυπώθηκαν κατά τη διάρκεια της Συνδιάσκεψης της Νοσοκομειακής Επιτροπής της Ευρωπαικής Κοινότητας στο Παρίσι στις 4 Δεκεμβρίου του 1991, λίγο πριν την υπογραφή της Συνθήκης του Μάαστριχτ,με θέμα "Ευρώπη και Υγεία. Ενα κοινό μέλλον;" Στην συνδιάσκεψη αυτή φάνηκε καθαρά η αδυναμία και η απροθυμία διαμόρφωσης μιας κοινής πολιτικής υγείας. Αμφισβητήθηκε η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός κοινού συστήματος υγείας146 και έγινε λόγος για τη διαμόρφωση ενός ελάχιστου ορίου προστασίας147 ή για τη μερική σύγκλιση όσο αφορά την έκταση της προστασίας148 και όλα αυτά μέσα στα πλαίσια κυριαρχίας της αρχής της "επικουρικότητας".149

---

141. Commission of EC, "Social Protection in Europe", ό.π., σ.109

142. C.Altenstetter, 1990, ό.π., σ.313

143. Βλ.διαπιστώσεις της Γιαννάκου-Κούτσικου στο συμπόσιο της εφημερίδας "Τα Νέα", ό.π., σ.44

144. J.Le Grand, 1991, ό.π., σ.196

145. Χ.Παπανικολάου, 1993, ό.π., σ.24

146. Βλ. εισήγηση του R.Durieux, στο Hospital Committee of the European Community, "Europe and Health. A common future?", 1991, σ.273-277

147. Βλ. εισήγηση του τότε Υπουργού Δημόσιας Υγείας της Ολλανδίας H.J.Simons, στο Hospital Committee, 1991, ό.π., σ.225-233

148. Βλ. εισήγηση του R.Van Den Heuvel, στο Hospital Committee, 1991, ό.π., σ.321-323.

Παρόμοιες διαπιστώσεις όσο αφορά τη διαδικασία σύγκλισης, μπορούν να γίνουν τουλάχιστον σε επίπεδο Ευρωπαικής Ενωσης τόσο για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όσο και γενικότερα για τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των χωρών αυτών.150

---

149. Βλ. την εισήγηση του T.Van Der Zanden, στο Hospital Committee 1991, ό.π., σ.295-301.

150. Commission of EC, ό.π., σ.39, D.Lenoir, "L'Europe sociale", 1994, J.P.Dumont, "Les systemes de protection sociale en Europe", 1995

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ : Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.Η ΣΤΡΟΦΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: Η ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα προβλήματα που αντιμετώπισαν τα συστήματα υγείας κυρίως μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 οδήγησαν στην διατύπωση προτάσεων αναμόρφωσης των υγειονομικών συστημάτων. Οι προτάσεις αυτές κινήθηκαν σε δύο άξονες που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε τον ένα "παραδοσιακό" και τον άλλο "ριζοσπαστικό". Με βάση τον παραδοσιακό άξονα, τα μέτρα που προτάθηκαν δεν έθιγαν τη βασική φιλοσοφία στην οποία στηρίζονταν τα συστήματα υγείας αλλά αφορούσαν προσπάθεια βελτίωσης των επιμέρους συστατικών μερών τους. Εδώ εντάσσονται προτάσεις που αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, όπως η εισαγωγή του "διευθυνόμενου ανταγωνισμού", η οποία επικεντρώνονταν στο επίπεδο της διαχείρησης του συστήματος υγείας και η εισαγωγή των σφαιρικών προυπολογισμών όσα αφορά τον τρόπο χρηματοδότησης και αμοιβής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Αντίθετα, ο δεύτερος άξονας πρέσβευε την αναγκαιότητα αλλαγής της συνολικότερης φιλοσοφίας αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας, με τη μετάβαση από την κάθετη πολιτική της παραδοσιακής θεραπευτικής κλινικής παρέμβασης προς μια οριζόντια πολιτική δημόσιας υγείας η οποία να επικεντρώνεται στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Αναγκαίο συμπλήρωμα μιας τέτοιας πολιτικής είναι η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η ενεργής συμμετοχή της κοινότητας.

Μεγάλη βαρύτητα σε αυτή τη στροφή είχε η αναγνώρηση της σημασίας των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων καθώς και του φυσικού περιβάλλοντος διαβίωσης σε σχέση με τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας και η αμφισβήτηση των επιτευγμάτων της κλινικής ιατρικής.1 Θεωρήθηκε ότι το κυρίαρχο μοντέλο λειτουργίας των συστημάτων υγείας που έδινε έμφαση στην ιατρική περίθαλψη, στο νοσοκομείο ως κύριας μονάδα περίθαλψης και στην κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος ήταν συνυπεύθυνο για την κρίση των υγειονομικών συστημάτων. Επίσης με βάση την προηγούμενη εμπειρία έγινε αντιληπτό ότι βασικές λοιμώδεις ασθένειες αλλά και προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τις σύγχρονες συνθήκες διαβίωσης όπως τροχαία ατυχήματα, καρκίνοι, καρδιακές παθήσεις κλπ., δεν μπορούσαν να καταπολεμηθούν μόνο με

---

1. Εκτός από τη βιβλιογραφία που έχει αναφερθεί και πιο πάνω βλ. επίσης και M.Marmot, N.Morris, "Παράμετροι υγείας και νόσου. Το κοινωνικό περιβάλλον", 1988

βάση κάθετες θεραπευτικές προσεγγίσεις αλλά ήταν αναγκαίες και οριζόντιες προληπτικές παρεμβάσεις.2

Σύμφωνα με το βιοιατρικό μοντέλο, η ασθένεια αποτελεί μια προσωρινή ή μόνιμη βλάβη στη λειτουργία των επιμέρους συστατικών μερών που συνιστούν το άτομο ή μια διάρηξη στη σχέση μεταξύ τους. Η ασθένεια αποτελεί παρέκλιση από τη φυσιολογική βιολογική λειτουργία και οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο παθογόνο παράγοντα. Συνεπώς, υπονοήται ότι ή ιατρική αποτελεί έναν επιστημονικό τομέα που διακρίνεται από ουδετερότητα και ορθολογικότητα. Κύριο χαρακτηριστικό της παρεμβατικής πολιτικής καθίσταται η εκ των υστέρων θεραπευτική αγωγή. Αντίθετα το κοινωνικό μοντέλο υιοθετεί μια πιο ολιστική προσέγγιση όπου λαμβάνεται υπόψη η όλη προσωπικότητα του ατόμου καθώς και οι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες και ο τρόπος που αυτοί αλληλεπιδρούν. Τώρα πλέον γίνεται λόγος όχι για "περίθαλψη" αλλά για "φροντίδα", πράγμα που σημαίνει τη μετάβαση από τη θεώρηση της αρρώστειας ως βιολογικού φαινομένου σε μια οπτική όπου η αρρώστεια θεωρήται σύνθετο φαινόμενο με βιολογικές,ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Συνέπεια αυτής της προσέγγισης ήταν η αμφισβήτηση της πρωτοκαθεδρίας και της μοναδικότητας του ιατρικού επαγγέλματος και η έμφαση στις "ομάδες υγείας" όπου τονίζεται η ανάγκη ισότιμης συνεργασίας γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων κλπ. για την αντιμετώπιση του άρρωστου. Επιπλέον δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας δηλαδή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.3

2.ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αδυναμίες του βιοιατρικού μοντέλου και τα προβλήματα των παραδοσιακών συστημάτων υγείας οδήγησαν στην αλλαγή του "παραδείγματος" και την εμφάνιση του κινήματος της "νέας δημόσιας υγείας". Ο προσδιορισμός "νέα" χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει την επανεμφάνιση μιας συγκεκριμένης αντίληψης για την πολιτική υγείας και την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων για την επίλυση των σημερινών προβλημάτων υγείας. Το επίκεντρο δεν εστιάζεται μόνο στην αντιμετώπιση των κινδύνων για την υγεία που προέρχονται από το φυσικό περιβάλλον, με την κατασκευή για παράδειγμα αποχετευτικών δικτύων, όπως προσδιόριζε η παραδοσιακή δημόσια υγεία,4 αλλά τώρα περιλαμβάνει και το κοινωνικοοικονομικό

---

2. B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.106-107

3. S.Curtis, A.Taket, "Health and societies. Changing perspectives", 1996, σ.24-44, Τ.Παναγιωτόπουλος, "Πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία. Μια στρατηγική πρόκληση από την ΠΟΥ", στο Σύγχρονα θέματα, τεύχος 29, Φεβρουάριος 1987

4. Για τις απαρχές και τα πρώτα στάδια εμφάνισης της προσέγγισης της δημόσιας υγείας βλ. E.Ross, "The origins of public health: concepts and contradictions", στο P.Draper, (ed.), "Health through public policy. The greening of public health", 1991,

περιβάλλον, για παράδειγμα τις επιπτώσεις της ανεργίας στο επίπεδο υγείας των ανέργων.5

Η έννοια της "Δημόσιας Υγείας" σύμφωνα με τον κλασσικό ορισμό που διατύπωσε ο Winslow το 1920, προσδιορίζεται ως η "τέχνη" και η επιστήμη της πρόληψης των ασθενειών, της επιμήκυνσης του χρόνου ζωής και της προώθησης και προαγωγής της ψυχικής και σωματικής επάρκειας. Σκοπός της είναι η αντιμετώπιση των κινδύνων της υγείας των μελών μιας κοινότητας και η λήψη των αναγκαίων μέτρων προστασίας των ατόμων με στόχο την εξασφάλιση μιας υγειούς διαβίωσης.6

Με βάση αυτόν τον ορισμό η κοινότητα πρέπει να κατευθύνει τις συντονισμένες ενέργειές της προς:7 α) την υγιεινή του περιβάλλοντος, β) τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, γ) την εκπαίδευση του ατόμου στην ατομική υγιεινή, δ) την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και την προληπτική αντιμετώπιση των ασθενειών, ε) την ανάπτυξη ενός κοινωνικού μηχανισμού που να εξασφαλίζει σε όλους ένα επίπεδο διαβίωσης που να είναι επαρκές για την διατήρηση της υγείας.

Τα παραπάνω μέτρα επομένως μπορεί να κατευθύνονται προς δυο συνιστώσες που είναι: α) η ατομική συνιστώσα, δηλαδή ο τρόπος ζωής που επιλέγει το άτομο ιδιαίτερα όσο αφορά το σπίτι, την εργασία και το στενό του περιβάλλον και β) η συλλογική συνιστώσα, δηλαδή οι συλλογικές συνθήκες του ευρύτερου πλαίσιου ζωής των ανθρώπων.8 Συνεπώς η έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του κοινού σε σχέση με δραστηριότητες που προάγουν την υγεία του, στην ανάπτυξη της έρευνας των παραγόντων και των συνθηκών που ευνοούν την προαγωγή της υγείας, στην εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης των διατροφικών συνηθειών, πρόληψης των οικιακών και τροχαίων ατυχημάτων, αντιμετώπισης των ναρκωτικών και του αλκοολισμού, βελτίωσης της μητρικής και βρεφικής υγείας, στον οικογενειακό προγραμματισμό, στα προβλήματα των μεταδοτικών

σ.26-40

5. E.Petsetaki, "The new public health", στο J.Levett, E.Petsetaki, (eds.), "Infrastructure strengthening in public health: Health promotion and education", in press, σ.55-59, P.Draper, "A public health approach", στο P.Draper, (ed.), "Health through public policy. The greening of public health", 1991, σ.7-25

6. C.E.C., "The new public health dimensions of the E.U.", 1993, σελ.1, Committee for the study of the future of public health, "The future of public health", 1988, σελ.1,7 G.Pickett, J.Hanlon, "Public Health. Administration and practice", 1990, σελ.5

7. G.Pickett, J.Hanlon, 1990, ό.π., σελ.5

8. Επιτροπή των Ευρωπαικών Κοινοτήτων, "Το πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας", 1993, σελ.5

ασθενειών που δημιουργούνται λόγω των πληθυσμιακών μετακινήσεων, στην προστασία του φυσικού περιβάλλοντος και την καταπολέμιση της μόλυνσης, στην βελτίωση των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, στην εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών, στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών ασθενειών μέσω της προφύλαξης και της πρόληψης κλπ.9

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η έννοια της δημόσιας υγείας προσπαθεί να συγκεράσει τόσο την δραστηριότητα των δημόσιων αρχών όσο και την υπευθυνότητα του ατόμου σε σχέση με το επίπεδο υγείας και τα μέτρα προστασίας της υγείας. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια υποστηρίζεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης μιας σφαιρικής, ολικής και πλουραλιστικής στρατηγικής υγείας που να συνδυάζει τις επιχειρησιακές ικανότητες του φιλελεύθερου ατομικιστικού πνεύματος με την συλλογική προσέγγιση που επιβάλλεται από την αντίληψη της κοινωνικής δικαιοσύνης.10 Αποτελεί μία πολυτομεακή προσέγγιση όπου ενέχονται όλοι οι ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς και τα άτομα στα πλαίσια μιας ολιστικής κατεύθυνσης που ξεπερνά τα στενά εθνικά και περιφερειακά όρια και βασίζεται στην εκπαίδευση και την πρόληψη.11

Αν και η προσέγγιση αυτή έχει θετικά στοιχεία, ωστόσο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή της, ιδιαίτερα στα πλαίσια της φιλελεύθερης στροφής που επιχειρήθηκε στη δεκαετία του 1980, γιατί ενέχει τον κίνδυνο της υπερβολικής έμφασης στον ένα πόλο της προσέγγισης που είναι η ατομική υπευθυνότητα και τη μετάθεση του κέντρου βάρους από την κοινωνία ως σύνολο, αποκλειστικά στο άτομο. Αυτή η αποκλειστική έμφαση στο άτομο αντίκειται στην έννοια της δημόσιας υγείας αφού η στόχος της δημόσιας υγείας είναι η προστασία της υγείας όλου του πληθυσμού και όχι μόνο του ατόμου. Η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών είναι περισσότερο ενασχόληση της παραδοσιακής ιατρικής. Επίσης η έννοια της δημόσιας υγείας δεν εντοπίζεται μόνο στην τρέχουσα αντίληψη της πρόληψης που αναφέρεται στα ατομικά πρότυπα ζωής, αλλά κυρίως στους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους τους οποίους το άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνο του χωρίς μια ισχυρή προστατευτική νομοθεσία και την παρέμβαση του κράτους. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι οι χημικοί κίνδυνοι στους χώρους εργασίας, η μόλυνση του αέρα και του νερού, τα αλλοιωμένα τρόφιμα, οι μολυσματικές ασθένειες κλπ.12

---

9. Αναλυτικότερη παρουσίαση αυτών των μέτρων στο O.M.S., "Septieme programme general de travail pour la periode 1984-89", 1982, C.Brumback, J.Malecki, "Health care reform and the role of public health agencies", στο Journal of Public Health Policy, vol.17,no 2, 1996, σ.153-169

10. Τζ.Λέβετ, "Ανάπτυξη στρατηγικής για την υγεία του έθνους. Η Ελληνική προοπτική", στο Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, (επιμ.), "Η πρόκληση...", 1993, ό.π., σελ.167-174

11. P.Draper, 1991, ό.π.

12. P.Freeman, A.Robbins, "National Health Care Reform minus Public Health: A formula for failure", 1994, σελ.261-282 και

Με άλλα λόγια η δημόσια υγεία προχωρά πιο πέρα από την θεραπευτική ή ακόμα και προληπτική ιατρική, αφού το σημείο αναφοράς της είναι το σύνολο της κοινότητας σαν ολότητα. Το άτομο εξετάζεται σε σχέση με το πολύπλοκο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζεί. Οι στόχοι και οι προτεραιότητες της δημόσιας υγείας προσδιορίζονται κοινωνικά ενώ οι στόχοι της κλινικής ιατρικής προσδιορίζονται ατομικά. Τα ιατροκεντρικά θεραπευτικά συστήματα υγείας χρησιμοποιούν για την επίλυση των προβλημάτων υγείας μόνο την κλινική ιατρική και παρεμβαίνουν εκ των υστέρων, δηλαδή αφού έχει επέλθει ο κίνδυνος, σε αντίθεση με την δημόσια υγεία που στοχεύει στην πρόληψη και αποτελεί μια πολυτομεακή και διεπιστημονική προσέγγιση η οποία στηρίζεται στην νομική, την ψυχολογία, τις πολιτικές επιστήμες,την κοινωνιολογία, την εκπαίδευση κλπ.13 Κατ'επέκταση προτείνει τη μετάβαση από μια "ηθική της ιατρικής" σε μια "ηθική της υγείας"14 και τη διαμόρφωση μιας διεπιστημονικής προσέγγισης της υγείας μέσω ενός βιο-οικο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου,το οποίο θα λαμβάνει υπόψη του τις σωματικές, πνευματικές, κοινωνικές και οικολογικές συνθήκες διατήρησης της υγείας και πρόληψης της αρρώστιας.15

2.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Το πλαίσιο για τον προσδιορισμό των δραστηριοτήτων της κοινότητας σε θέματα δημόσιας υγείας διαμορφώνεται από την επίδραση τριών παραγόντων: της αρχής της επικουρικότητας, της συνθήκης για την ευρωπαική ένωση και των ενεργειών των κοινοτικών οργάνων.

Α.Η αρχή της επικουρικότητας

F.Trevino, J.Jacobs, "Public health and health care reform. The AmericanPublic Health Association's Perspective", στο Journal of Public Health Policy, vol.15, no 4, 1994, σελ.397-406 όπου επισημαίνονται τα παραπάνω και με αφορμή τη σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ τονίζεται ότι οποιαδήποτε πολιτική υγείας δεν λάβει υπόψη της και δεν ενσωματώσει στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης και μέτρα δημόσιας υγείας, τότε είναι καταδικασμένη σε αποτυχία.

13. G.Pickett, J.Hanlon, 1990, ό.π, σελ.6-7

14. G.Widdershoven, "Health Ethics and Health Sciences", στο U.Laaser et al., (eds), "Scientific foundations for a public health policy in Europe", 1995, σελ.95-103

15. K.Hurrelmann, U.Laaser, "Health sciences as an interdisciplinary challenge: The development of a new scientific field", και B.Badura, "What is and what determines health?", και τα δύο κείμενα στο U.Laaser et al., (eds.), 1995, ό.π., σελ.104-131

Σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας η κοινότητα παρεμβαίνει σε θέματα που δεν είναι αποκλειστικά δικής της αρμοδιότητας, μόνο όταν θεωρηθεί ότι η οποιαδήποτε δράση στο συγκεκριμένο θέμα θα έχει καλύτερα αποτελέσματα αν αναπτυχθεί σε κοινοτικό πλαίσιο. Με βάση τα παραπάνω η κοινότητα συντονίζει τις εφαρμοζόμενες πολιτικές, καλύπτει τα κενά, παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις και δίνει έμφαση στην εφαρμογή των μεγαλύτερων προγραμμάτων σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας. Ομως δεν μπορεί να καθορίσει αναλυτικές προδιαγραφές λόγω των πολιτισμικών, διατροφικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των κρατών-μελών. Ετσι δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στο ρόλο της ατομικής ευθύνης και συμπεριφοράς.16

Β.Η συνθήκη του Μάαστριχτ

Πριν από τη Συνθήκη για την Ευρωπαική Ενωση δεν είχε προσδιοριστεί ρητά η αρμοδιότητα της κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στις προηγούμενες συνθήκες υπήρχαν διατάξεις που αφορούσαν την υγεία αλλά έμμεσα και όχι άμεσα. Οι διατάξεις αυτές αναφέρονταν στο βιοτικό επίπεδο, τις μετακινήσεις των πληθυσμών, την κυκλοφορία των ατόμων, την εγκατάσταση, την αγροτική πολιτική, την έρευνα, το περιβάλλον και κυρίως την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας.17

Με την Συνθήκη για την Ευρωπαική Ενωση για πρώτη φορά προβλέφθηκαν διατάξεις αποκλειστικά για τη δημόσια υγεία. Ετσι σύμφωνα με το άρθρο 129 η κοινότητα δίνει έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών με σκοπό την αντιμετώπιση των μεγάλων κινδύνων υγείας που αποτελούν μάστιγες για την κοινωνία. Οι ενέργειες της κοινότητας θα έχουν ως επίκεντρο τόσο το ίδιο το άτομο και τη συμπεριφορά του, μέσω προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, όσο και τη συλλογική δράση για την έρευνα των αιτιών και της μετάδοσης των ασθενειών.

Οι παραπάνω δραστηριότητες θα αποτελέσουν βασικό συστατικό στοιχείο και των άλλων πολιτικών της κοινότητας. Τέλος απαραίτητη προυπόθεση των παραπάνω είναι η επίτευξη του συντονισμού των πολιτικών και των προγραμμάτων μεταξύ των κρατών μελών και της κοινότητας.

Ομως το άρθρο 129 περιορίζει το σκοπό της Κοινότητας μόνο σε γεγονότα γενικότερου ενδιαφέροντος ενώ δεν κάνει καμμία αναφορά στην εναρμόνηση της νομοθεσίας για την δημόσια υγεία μεταξύ των κρατών μελών. Και πάλι τα προαπαιτούμενα για την προστασία της υγείας ενσωματώνονται σε άλλες κοινοτικές πολιτικές. Αυτό φαίνεται άλλωστε και από την αρχή της επικουρικότητας που αναφέρθηκε παραπάνω.18 Συνεπώς το άρθρο 129 δεν παρέχει τη βάση

---

16. Ε.Ε.Κ., ΚΟΜ(93) 559 τελικό, 24/11/93, σελ.9

17. Ε.Ε.Κ., ΚΟΜ(93) τελικό, ό.π., σελ.9-10, European Parliament, session document, 20/10/93, σελ.7-8

18. European Parliament, session documents, 20/10/93, "Report of

νομοθετικής διαδικασίας και δραστηριότητας στα πλαίσια της Κοινότητας αλλά μόνο τη βάση ενός ευρύτερου συντονισμού ο οποίος να επιτρέπει την ευελιξία ως προς την εφαρμογή των όποιων προγραμμάτων.19

Δύο χρόνια μετά την Συνθήκη του Μάαστριχτ, στις 27 Μαίου 1993 το Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας εξέδωσε ένα ψήφισμα για μελλοντική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στο ψήφισμα τονίζονταν η ανάγκη της άμεσης υποβολής προτάσεων για τη διαμόρφωση ενός προγράμματος δράσης στην δημόσια υγεία.20

Στο ίδιο μήκος κύματος κινήθηκε και το "Υπόμνημα των Αθηνών" που εξέδωσε η Ενωση Ευρωπαικών Σχολών Δημόσιας Υγείας (ASPHER) το οποίο τονίζει την αναγκαιότητα διαμόρφωσης προγραμμάτων κατάρτισης, έρευνας, πληροφόρισης και άσκησης πολιτικής στη δημόσια υγεία.21

Γ.Η δραστηριότητα των Κοινοτικών Οργάνων

Τα βασικά κοινοτικά όργανα τα οποία έχουν δραστηριοποιηθεί στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι το Ευρωπαικό Συμβούλιο, το Συμβούλιο των υπουργών υγείας, το Ευρωπαικό Κοινοβούλιο και η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.22

Το Ευρωπαικό Συμβούλιο στις συνόδους ασχολήθηκε κυρίως με τα θέματα του καρκίνου, για τον τρόπο αντιμετώπισης του οποίου εξέδωσε και ψήφισμα, των ναρκωτικών και του AIDS.

Το Συμβούλιο των υπουργών υγείας άρχισε να συνεδριάζει μετά το 1984 και τα θέματα που το απασχόλησαν και για τα οποία εξέδωσε ψηφίσματα και αποφάσεις κατά καιρούς ήταν η αύξηση των δαπανών υγείας, η αγωγή των νέων σε θέματα υγείας, η εισαγωγή ευρωπαικής κάρτας υγείας έκτακτης ανάγκης και η καταπολέμηση των ναρκωτικών, του καπνίσματος, του AIDS, του καρκίνου και του αλκοολισμού.

Το Ευρωπαικό Κοινοβούλιο έχει εκδόσει αρκετά ψηφίσματα που αφορούν την πολιτική υγείας στην κοινότητα, τον ευρωπαικό χάρτη των δικαιωμάτων των νοσηλευθέντων ασθενών, το πρόγραμμα έρευνας για το AIDS, τα παιδιά στο νοσοκομείο και τις έγγυες γυναίκες.

---

the Committee on the Environment, Public Health and Consumer Protection on public health after Maastricht", Rapporteur Ken Collins, σελ.8

19. European Parliament, 1993, ό.π., σελ.9

20. Official Journal of E.C., No C 174/1,25/6/93

21. ΕΣΔΥ, ASPHER, "Το υπόμνημα των Αθηνών", Αθήνα 1994

22. Παρουσίαση των δραστηριοτήτων των οργάνων αυτών στο Ε.Ε.Κ., ΚΟΜ(93) 559 τελικό, ό.π., σελ.11-14

Επίσης έχει συστήσει επιτροπές για το περιβάλλον, τη δημόσια υγεία, την προστασία των καταναλωτών, τα ναρκωτικά, τη νεολαία, τον πολιτισμό, την παιδεία τα μέσα ενημέρωσης και τον αθλητισμό οι οποίες έχουν εκπονήσει εκθέσεις για θέματα υγείας όπως το AIDS, την αγωγή σε θέματα υγείας, τα ναρκωτικά, τη μεταμόσχευση οργάνων και το αίμα.

Η Επιτροπή κατά καιρούς διατυπώνει τη γνώμη της σε θέματα υγείας όπως ιατρική της εργασίας, επικίνδυνες ουσίες, τη ρύπανση από τον αμίαντο, την πρόληψη του καρκίνου κλπ.

Δ.Ο ρόλος της Κοινότητας

Ο ρόλος της κοινότητας περιορίζεται στην υποστήριξη των προσπαθειών των κρατών-μελών για την αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικά με τη δημόσια υγεία. Με αυτή την έννοια δεν μπορούμε να μιλήσουμε για διαδικασίες εναρμόνισης των πολιτικών και των υπηρεσιών στον τομέα αυτό αφού υπάρχει μια ποικιλία παραδόσεων, συνηθειών και διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών μεταξύ των κρατών της κοινότητας.

Ο περιορισμένος χώρος παρέμβασης της κοινότητας οφείλεται και στο γεγονός ότι οι ανάγκες είναι πολλές και μεγάλες αλλά οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η επιλογή των στόχων με βάση τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους. Ετσι δίνεται προτεραιότητα σε έργα με μεγάλο αντίκτυπο και με συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων κρατών και οργανώσεων. Οι δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα επικεντρώνονται στον συντονισμό των προγραμμάτων μέσω της συνεργασίας, της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της έρευνας.23

Ι.Προώθηση του Συντονισμού

Το βασικό σημείο σε αυτό το τομέα είναι η ενίσχυση της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των κρατών της κοινότητας. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται μια σειρά ενεργειών όπως η σύγκριση και αξιολόγηση των πολιτικών πρόληψης από τους κινδύνους για την υγεία μέσω αναλύσεων κόστους-αποτελεσματικότητας και η βελτίωση των προδιαγραφών για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών μέσω δημιουργίας διασυνδεδεμένων δικτύων των αρμόδιων κέντρων για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των ασθενειών.

ΙΙ.Ενημέρωση, αγωγή και προαγωγή της υγείας

Η ενημέρωση για την υγεία απευθύνεται στο ευρύ κοινό αλλά και σε ειδικές ομάδες σχετικά με θέματα υγείας και περιέχει γενικές πληροφορίες. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό είναι φυλλάδια, έντυπα, οπτικοακουστικό υλικό και ομιλίες από ειδικούς.

Η αγωγή σε θέματα υγείας αναφέρεται στην παροχή γνώσεων για

---

23. Ε.Ε.Κ., ΚΟΜ(93), ό.π., σελ.26-30

θέματα υγείας σε μια συγκεκριμένη ομάδα στόχο και σύμφωνα με διδακτικές μεθόδους. Βασικό στοιχείο εδώ είναι η ενεργή συμμετοχή των αποδεκτών.

Η προαγωγή της υγείας, αντίθετα με την ενημέρωση και την αγωγή οι οποίες επικεντρώνονται στην παροχή πληροφοριών και εργαλείων που απαιτούνται για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, σκοπεύει στην αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων έτσι ώστε να γίνει δυνατή η επιδίωξη ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού θεσπίζονται νομοθετικά μέτρα, οικονομικά κίνητρα κλπ.

III.Ερευνα

Το άρθρο 129 της Συνθήκης για την ΕΕ δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα πρόκλησης και μετάδοσης ασθενειών. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια έχουν αρχίσει ερευνητικά προγράμματα που αναφέρονται σε τομείς όπως:

-Βιοιατρική και υγεία : Ερευνάται ο συντονισμός των συστημάτων πρόληψης και θεραπείας σχετικά με μεγάλα προβλήματα υγείας και ασθένειες που έχουν σημαντικό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο όπως το AIDS, ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές νόσοι, οι ψυχικές διαταραχές και η γήρανση.
-Με βάση το 4ο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα η Επιτροπή πρότεινε μια σειρά θεμάτων έρευνας στη βιοιατρική και την υγεία για τη περίοδο 1994-98 μερικά από τα οποία είναι λοιμώγεις νόσοι καρκίνος, φαρμακευτική έρευνα, έρευνα στον εγκέφαλο, βιοιατρική τεχνολογία και δεοντολογία κλπ.
-Στα επόμενα χρόνια θα δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη προγραμμάτων τηλεματικής στην υγειονομική περίθαλψη, δηλαδή στο συνδυασμό πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.

IV.Κατάρτιση εργαζομένων στον τομέα της υγείας

Βασικό ρόλο στη μεταβίβαση των μηνυμάτων προς την κοινότητα σε σχέση με τα θέματα υγείας παίζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και ο βαθμός συνειδητοποίησης και κατανόησης από τη πλευρά τους αυτού του ρόλου. Ετσι η Επιτροπή θα συμβάλλει στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κρατών-μελών για τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα, τα προγράμματα κατάρτισης των εργαζομένων στο τομέα της υγείας, τις μεθόδους διδασκαλίας κλπ.

V.Συνεργασία με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανώσεις

Η συνεργασία με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανώσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι μακροχρόνια και αρκετά αναπτυγμένη. Για την ενίσχυση αυτής της συνεργασίας απαιτείται σωστός προγραμματισμός για την αποφυγή αλληλοεπικαλύψεων των προσπαθειών. Στόχος είναι η κοινότητα να παίξει αυξημένο ρόλο στον τομέα της δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Οργανώσεις με τις οποίες συνεργάζεται η ΕΕ είναι η ΠΟΥ, το

Συμβούλιο της Ευρώπης, η Διεθνής Οργάνωση για τη Μετανάστευση, η ΟΥΝΕΣΚΟ, ο Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας, ο ΟΟΣΑ, η ΔΟΕ, η Οργάνωση Τροφίμων και Γεωργίας, το Διεθνές Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον Ελεγχο των Ναρκωτικών, ο Ερυθρός Σταυρός και το Διεθνές Συμβούλιο για τον Αλκοολισμό και την Τοξικομανία.

Ε.Επιλογή δραστηριοτήτων για μελλοντική δράση

Το συμβούλιο και τα κράτη μέλη έχουν προσδιορίσει ένα μεγάλο αριθμό τομέων για μελλοντική δράση σε κοινοτικό επίπεδο. Ακριβώς αυτός ο μεγάλος αριθμός των τομέων σε συνδυασμό με τη στενότητα των πόρων, κάνει αναγκαία την ύπαρξη διαδικασιών επιλογής μερικών από αυτούς. Η επιλογή αυτή προυποθέτει τον καθορισμό στόχων και κριτηρίων επιλογής των ασθενειών που θα δοθεί έμφαση.

Οι βασικοί στόχοι για κοινοτική δράση είναι τέσσερις: α) πρόληψη των πρόωρων θανάτων ιδιαίτερα των νέων και του μη ενεργού πληθυσμού, β) αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής, γ) άνοδος της ποιότητας ζωής με την αποφυγή χρόνιων και αναπηρικών παθήσεων, δ) προαγωγή της γενικής ευημερίας του πληθυσμού με την ελαχιστοποίηση των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της κακής υγείας.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενειών για κοινοτική δράση είναι: α) ασθένειες που προκαλούν σημαντικούς πρόωρους θανάτους και έχουν υψηλά ποσοστά θανάτων, β) ασθένειες με υψηλή νοσηρότητα και ποσοστά αναπηρίας, γ) ασθένειες με αρνητικές επιπτώσεις για τη ποιότητα ζωής και πολύ υψηλό κοινωνικοοικονομικό κόστος περίθαλψης, δ) ασθένειες για τις οποίες μπορούν να εφαρμοστούν μέτρα πρόληψης, ε) ασθένειες για τις οποίες υπάρχουν υψηλές οικονομίες κλίμακας.

Με βάση τα στοιχεία θνησιμότητας και νοσηρότητας οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι για την υγεία στις χώρες της κοινότητας είναι ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα ατυχήματα, οι αυτοκτονίες, το AIDS και τα ναρκωτικά. Επίσης υψηλούς δείκτες νοσηρότητας εμφανίζουν οι ψυχικές διαταραχές και οι μυοσκελετικές και αναπνευστικές παθήσεις.

Ομως η κοινοτική δράση δεν πρέπει να είναι μόνο κατασταλτική και θεραπευτική αλλά να είναι και προληπτική. Με αυτή την έννοια πρέπει να εξεταστούν και οι αιτιολογικοί παράγοντες αυτών των ασθενειών όπως οι δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η διατροφή.

Γενικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η κοινότητα ακολουθεί μια διττή στρατηγική αντιμετώπισης των παραπάνω προβλημάτων προβαίνοντας από τη μια σε ενέργειες γενικής φύσης για την καταπολέμιση πολλών ασθενειών και για άτομα διαφόρων ομάδων και από την άλλη εφαρμόζοντας προγράμματα για συγκεκριμένες ασθένειες.

Ωστόσο υπάρχει έντονη ανάγκη για έναν σαφή προσδιορισμό της πολιτικής υγείας και της δημόσιας υγείας σε επίπεδο Κοινότητας γιατί δεν έχει διαμορφωθεί ακόμα ένα κοινό πλαίσιο κατανόησης και

συμφωνίας ως προς το τι μπορεί να πετύχει και ποιοί πρέπει να είναι οι στόχοι μιας πολιτικής υγείας σε επίπεδο Κοινότητας, ποιά πρέπει να είναι η επίδρασή της στη διαδικασία της ολοκλήρωσης και ποιό ρόλο πρέπει να παίξει στις μελλοντικές πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις. Χρειάζεται η διαμόρφωση δομών που να επιτρέπουν την συνεργασία και την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ ιδρυμάτων και ανθρώπων.24

3.Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ακρογωνιαίος λίθος της νέας δημόσιας υγείας είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία επικεντρώνει στην προαγωγή της υγείας μέσω της συνεργασίας μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας και της τοπικής κοινότητας. Ως σημείο καμπής της μεταστροφής των αντιλήψεων μπορεί να θεωρηθεί η διακύρηξη της Αλμα-Ατα και η ανάπτυξη από την Π.Ο.Υ. της "Παγκόσμιας Στρατηγικής για Υγεία για Ολους μέχρι το Ετος 2.000".

3.1 Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ-ΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΩΣ ΤΟ 2.000

Η 30η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1977 έθεσε ως κύριο στόχο των κυβερνήσεων και της Π.Ο.Υ. την επίτευξη ως το 2000 για όλους τους πολίτες σε όλες τις χώρες του κόσμου ενός επιπέδου υγείας που θα τους επιτρέπει να διάγουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή. Ο στόχος αυτός υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Συνδιάσκεψη της Αλμα-Ατα το 1978 που είχε θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και θεωρήθηκε ότι το καλύτερο μέσο για την επίτευξη αυτού του στόχου ήταν να δοθεί έμφαση στην Π.Φ.Υ.25

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, στη διακήρυξη της Alma-Ata τονίζεται η σπουδαιότητα της έμφασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ο κεντρικός της ρόλος στα συστήματα υγείας και δίνονται οι κατευθυντήριες οδηγίες στα κράτη-μέλη της Π.Ο.Υ. για την πλήρη οικονομική, τεχνολογική, συμμετοχική και σε ανθρώπινο δυναμικό υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.26 Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες και οι βασικές αποδοχές που γίνονταν δεκτές στη διακήρυξη της Αλμα-Ατα ήταν ότι:27 α) Η φροντίδα υγείας πρέπει να

---

24. H.Stein, "New tasks for public health in Europe: New structures", στο U.Laaser et al., (eds), "Scientific Foundations for a public health policy in Europe", 1995, σελ.63-70

25. WHO, "Primary health care. From theory to action", Report on a WHO Symposium, Kuopio 30/11-3/12/1981, 1982, σελ.2, M.Kleczkowski et al., "Health system support for primary health care", A study based on the technical discussions held during the 34th WHO Assembly 1981, 1984, σελ.1

26. Αναλυτική παρουσίαση των θέσεων της Διακήρυξης της Αλμα-Ατα στο Who, "P.H.C.,from theory to action", 1982, ό.π., σελ.4-9

σχετίζεται με τις ανάγκες του πληθυσμού. β) Οι καταναλωτές πρέπει να συμμετέχουν είτε ατομικά είτε συλλογικά στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της φροντίδας υγείας. γ) Πρέπει να γίνεται η καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων. δ) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι μια προσέγγιση απομονομένη από το υπόλοιπο σύστημα υγείας αλλά αποτελεί ένα μέρος, μια τοπική έκφραση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

Αργότερα στη συνάντηση του Περιφερειακού Συμβουλίου της Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη που έγινε στη Fez του Μαρόκου προσδιορίστηκαν 38 στόχοι για την επίτευξη του σκοπού της "Υγείας για Ολους ως το 2000". Θεωρήθηκε ότι η κατάλληλη μορφή φροντίδας θα έπρεπε να στηρίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία θα περιλαμβάνει την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την πρόνοια και την προαγωγή της υγείας. Για να υλοποιηθεί το παραπάνω σκεπτικό θα έπρεπε να υπάρξει μια αναθεώρηση του τρόπου κατανομής των πόρων, η εξασφάλιση της αρμονικής συνεργασίας υγειονομικού προσωπικού, ατόμων και ομάδων της κοινότητας και η εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών.28

Ετσι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θεωρήται όχι σαν μια φτηνή εναλλακτική λύση απέναντι σε ένα δαπανηρό σύστημα υγείας, αλλά ως μια μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας η οποία βρίσκεται σε μεγαλύτερη συνάφεια με τις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων όσο αφορά την προαγωγή, την πρόληψη της υγείας και την δυνατότητα πρόσβασης. Αποτέλεσμα είναι η Π.Φ.Υ. να αποκτά ιδιαίτερη σημασία μέσα στα συστήματα υγείας όπου οι άλλες βαθμίδες του συστήματος πρέπει να υποστηρίζουν το πρώτο επίπεδο επαφής των χρηστών με τις υπηρεσίες υγείας.29

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΣΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Αλμα-Ατα ως Π.Φ.Υ. ορίζεται η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την κοινότητα, μεθόδους και τεχνολογίες. Είναι αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας του οποίου είναι άλλωστε το βασικό συστατικό, όσο και της συνολικής κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας αφού φέρνει τη φροντίδα για την υγεία πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών. Αντανακλά τα οικονομικά, κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά μιας χώρας και των κοινοτήτων της, παρέχει

---

27. L.Kaprio, "Primary health care in Europe", 1979, σελ.2-3

28. Π.Ο.Υ., "Υγεία για Ολους το 2000", Στόχοι 26-31

29. WHO, 1982, ό.π., σελ.4

υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, αφορά όχι μόνο τον τομέα υγείας με τη στενή έννοια αλλά όλους τους τομείς που σχετίζονται με αυτόν, απαιτεί την συμμετοχή της κοινότητας, πρέπει να έχει την υποστήριξη των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας για την παραπομπή των ασθενών και βασίζεται σε όλους τους εργαζομένους στην υγεία όπως γιατρούς, νοσοκόμες κλπ. Τέλος περιλαμβάνει κυρίως επτά δραστηριότητες που είναι: α) εκπαίδευση σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας τους, β) την προώθηση της σωστής διατροφής, γ) την παροχή μέτρων βασικής υγιεινής, δ) την φροντίδα για την μητέρα και το παιδί, ε) τον εμβολιασμό, στ) την πρόληψη και την καταπολέμηση των ασθενειών, ζ) την κατάλληλη θεραπεία και την χορήγηση φαρμάκων.30

Από τον ορισμό αυτό που στην ουσία είναι ένα μείγμα δομικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών φαίνεται ότι η Π.Φ.Υ. δεν ταυτίζεται με την Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα αλλά είναι ευρύτερη από αυτή.31 Η φιλοσοφία της στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, η στρατηγική της στηρίζεται στην ατομική και στη κοινοτική ανάγκη με βάση την προσπελασιμότητα, την αποδεκτικότητα και την συμμετοχή και ως επίπεδο φροντίδας βρίσκεται πιο κοντά στον πληθυσμό.32

Για να υλοποιηθεί αυτή η μετάβαση από την πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απαιτούνται αλλαγές που αναφέρονται:33 α) Στο επίκεντρο της παρέμβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού δίνεται έμφαση όχι πια στην ασθένεια και την περίθαλψη αλλά στην υγεία, την πρόληψη και την φροντίδα. β) Στο περιεχόμενο των υπηρεσιών όπου το ενδιαφέρον μετατοπίζεται από τη θεραπεία, την περιστασιακή φροντίδα και τα ειδικά προβλήματα, προς την προαγωγή της υγείας και τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα. γ) Στην οργάνωση των υπηρεσιών όπου το ισχύον πρότυπο της κυριαρχίας των ειδικών γιατρών και της πρακτικής του ενός αντικαθίστανται από τους γενικούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες οι οποίοι συνιστούν ομάδες φροντίδας. δ) Στην έμφαση της διατομεακής συνεργασίας, της συμμετοχής της κοινότητας και της υπευθυνότητας του ατόμου.

Η υλοποίηση όμως της Π.Φ.Υ. απαιτεί τρεις επιπρόσθετες προυποθέσεις:34 α) Την πολιτική βούληση αφού πολλές φορές οι

---

30. Βλ. την διακήρυξη όπως δημοσιεύεται στα Σύγρονα Θέματα τ.29/1987, σελ.14-15

31. WHO, 1982, ό.π., σελ.3, Kleczkowski, Elling, Smith, 1984, ό.π., σελ.6

32. WHO, 1982, ό.π., σελ.12

33. W.Hubrich, "Γενική ιατρική και ΠΦΥ. Ο ρόλος του γενικού γιατρού στα επόμενα χρόνια", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 4, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, σελ.116

34. Kleczkowski et al., 1984, ό.π., σελ.10

επίσημες δηλώσεις δεν ακολουθούνται και από ανάλογη δράση λόγω της αντίθεσης συμφερόντων διαφόρων ομάδων. β) Την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων αφού η ανάπτυξη συστημάτων υγείας που να στηρίζονται στην Π.Φ.Υ. προυποθέτει σε ένα πρώτο στάδιο αυξημένους οικονομικούς πόρους ή και ανακατανομή των ήδη διαθέσιμων. γ) Την κατάλληλη τεχνική και σε ανθρώπινο δυναμικό υποστήριξη. Ετσι σε επίπεδο στρατηγικής για την προώθηση της Π.Φ.Υ. χρειάζεται:35 διατομεακή συνεργασία,συμμετοχή της κοινότητας, οργανωτική υποστήρηξη, κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και κατάλληλη εκπαίδευση, χρηματοδοτική υποστήρηξη, διαχείρηση του συστήματος και πληροφόρηση και τέλος έρευνα.

Οι αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας που βασίζεται στην Π.Φ.Υ. είναι οι εξής:36 α) Το σύστημα να εξυπηρετεί όλο το πληθυσμό με βάση τις αρχές της ισότητας και της υπεύθυνης συμμετοχής. β) Το σύστημα να περιλαμβάνει στοιχεία από τον τομέα υγείας και από άλλους τομείς των οποίων οι δραστηριότητες επηρεάζουν την υγεία. γ) Το σύστημα να παρέχει τα βασικά συστατικά της Π.Φ.Υ. στο πρώτο σημείο επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας. δ) Οι άλλες βαθμίδες του συστήματος να υποστηρίζουν την παροχή της Π.Φ.Υ. στο τοπικό επίπεδο. ε) Οι άλλες βαθμίδες να ασχολούνται με τα πιο πολύπλοκα προβλήματα υγείας που απαιτούν πιο εξειδικευμένη μέριμνα και να παρέχουν εκπαίδευση στα άτομα που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. στ) Το κεντρικό επίπεδο να συντονίζει, διοικεί, σχεδιάζει τις υπηρεσίες υγείας, να εκπαιδεύει ειδικευμένο προσωπικό και να παρέχει υπηρεσίες όπως κεντρικά εργαστήρια και κεντρική χρηματοδοτική υποστήριξη.

Βασική μονάδα του συστήματος είναι το "κέντρο υγείας". Ενας ορισμός του κέντρου υγείας είναι δύσκολο να δοθεί γιατί η μορφή του, οι υπηρεσίες που παρέχει και το προσωπικό με το οποίο είναι στελεχωμένο διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα με την οργάνωση του συστήματος υγείας ή με το επίπεδο ανάπτυξης της κάθε χώρας.37

Ετσι όταν αναφερόμαστε στην έννοια του κέντρου υγείας μπορεί να εννοήται:38 α) Η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας από γενικούς γιατρούς με τη βοήθεια νοσηλευτικού προσωπικού. β) Η άσκηση δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από γενικούς γιατρούς ή γιατρούς και άλλων ειδικοτήτων με τη βοήθεια νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς όμως λειτουργική διασύνδεση των δραστηριοτήτων αυτών. γ) Η παροχή υπηρεσιών που καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως

---

35. WHO, 1982, ό.π., σελ.13-14

36. ΠΟΥ, "Παγκόσμια Στρατηγική για Υγεία για Ολους ως το 2000", σελ.45-46, Kleczkowski et al., 1984, ό.π., σελ.7

37. M.Roemer, 1993, ό.π., σελ.56-60

38. Kaprio, 1979, ό.π., σελ.25, Ε.Μωραίτης κ.α., "Κέντρα υγείας: ο νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έτος 1, τεύχος 1, 1986, σελ.8

ιατρικές υπηρεσίες, πρόληψη κλπ. και οι οποίες βρίσκονται σε άμεση διασύνδεση μεταξύ τους.

Ο ορισμός που δίνει η Π.Ο.Υ. ανταποκρίνεται περισσότερο στην τρίτη από τις παραπάνω έννοιες, αφού ένα κέντρο υγείας πρέπει να παρέχει προωθητικές, προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές και επανορθωτικές δραστηριότητες συντονισμένες μεταξύ τους.39 Αυτός είναι και ο τύπος των κέντρων υγείας που τείνει να εφαρμοστεί περισσότερο στις Ευρωπαικές χώρες.

Επίσης σημαντικός γίνεται και ο ρόλος του γενικού γιατρού αφού αποκτά ένα διπλό καθήκον: από τη μια πλευρά αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πληθυσμού με το σύστημα υγείας ενώ από την άλλη είναι αυτός που γνωρίζει τις ανάγκες της κοινότητας και καθορίζει το που πρέπει να δοθεί έμφαση. Μέσα στα πλαίσια αυτά αποκτά ιδιαίτερη σημασία η σωστή εκπαίδευση γενικών γιατρών και η υποστήριξη τους με το κατάλληλο προσωπικό από τα άλλα επαγγέλματα υγείας.40

Ετσι εμφανίζεται η τάση να μιλάμε πλέον για την "ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας" όπου ο γιατρός παίζει το ρόλο του σύντονιστή της ομάδας στην οποία συμμετέχουν μαίες, νοσοκόμες, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτριες υγείας και διοικητικοί.41

3.3 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. γίνεται κυρίως με τους παρακάτω μηχανισμούς οι οποίοι εμφανίζουν μια σειρά πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων:42

α) Αμοιβή του γιατρού κατά πράξη και περίπτωση: χαρακτηρίζεται από την τάση παροχής κινήτρων για παροχή επιπρόσθετων υπηρεσιών, η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι υψηλή αλλά το βασικό μειονέκτημα είναι ότι αυξάνει το κόστος περίθαλψης.
β) Αμοιβή με μισθό: παρέχει κίνητρα για τη μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των δαπανών αλλά μειωνεκτεί ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών.
γ) Αμοιβή κατά κεφαλή: παρέχει τα κίνητρα για τη μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών και των δαπανών ανώ ταυτόχρονα επιτυγχάνει τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
δ) Αμοιβή ανάλογα με τη διαγνωστική κατηγορία: έχει θετικές επιδράσεις ως προς την αποδοτικότητα αλλά τεχνικώς είναι δύσκολο να εφαρμοστεί.

---

39. Λεξιλόγιο της Π.Ο.Υ., σελ.15

40. Hubrich, 1992, ό.π., σελ.115-117

41. Kaprio, 1979, ό.π., σελ.26, B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.113

42. OECD, 1987, ό.π., σελ.27-30

Γενικά μπορεί να ειπωθεί ότι τα συστήματα των οποίων η Π.Φ.Υ. στηρίζεται στον β και γ τρόπο χρηματοδότησης έχουν χαμηλότερες δαπάνες για Π.Φ.Υ. Εκτός όμως από τα παραπάνω κλασσικά συστήματα, τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν συστήματα προπληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας τα οποία στηρίζονται στον ανταγωνισμό των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους μέσω της παροχής κινήτρων για επηρεασμό της συμπεριφοράς των γιατρών και των καταναλωτών. Τέτοια συστήματα είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMO) και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPO) στις ΗΠΑ και τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (RSC) στη Γαλλία. Ωστόσο η συμβολή αυτών των συστημάτων στη συγκράτηση του κόστους έχει αρχίσει να αμφισβητήται.43

3.4 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ Π.Ο.Υ.

Οι συστάσεις της Π.Ο.Υ. δεν βρήκαν την ανάλογη απήχηση στις βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης. Σε μερικές χώρες οι συστάσεις αγνοήθηκαν εντελώς. Στις περισσότερες χώρες οι αρχές της Π.Ο.Υ. έγιναν αποδεκτές στην θεωρία αλλά στην πράξη έγιναν λίγα για την ουσιαστική τους εφαρμογή. Οι αιτίες για αυτό φαίνεται να είναι:44

α) Η απουσία αναλύσεων για τις επιπτώσεις της Π.Φ.Υ. στις βιομηχανικές χώρες. β) Η εντύπωση ότι η Π.Φ.Υ. αναφέρεται και αρμόζει μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες. γ) Η ταύτιση της Π.Φ.Υ. με την Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα που είναι η κυρίαρχη στις Ευρωπαικές χώρες. δ) Η εντύπωση ότι η έννοια της Π.Φ.Υ. αποτελεί απλά ακόμα μια νέα ιδέα που επινοήθηκε από την Π.Ο.Υ. και για την εφαρμογή της οποίας δεν χρειάζεται άμεση δράση. Στην καρδιά όμως του προβλήματος φαίνεται να είναι το ότι για την εφαρμογή και την υιοθέτηση μιας προσέγγισης που να στηρίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απαιτείται η διατομεακή συνεργασία στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την επικρατούσα λογική στις Ευρωπαικές χώρες. Αυτό το γεγονός σε συνδυασμό με την παραδοσιακή βαρύτητα της "ιατρικής άποψης" και τις μεγάλες αλλαγές που θα απαιτούνταν στα συστήματα της ιατρικής εκπαίδευσης, εμποδίζουν μια ολιστική διατομεακή προσέγγιση της υγείας.45

Το βασικότερο όμως είναι ότι η έμφαση στην Π.Φ.Υ. προυποθέτει τον ευρύτερο ανασχηματισμό των συστημάτων υγείας αλλά και τον

---

43. Αναλυτικότερα στο Μ.Γείτονα, Γ.Κυριόπουλος, "Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 3, τεύχος 8, Ιανουάριος-Μάρτιος 1991, σελ.9-16

44. WHO, 1982, ό.π., σελ.2,12

45. Αναλυτικότερη εξέταση των δυσκολιών αποδοχής και εφαρμογής των βασικών αξόνων της ΠΦΥ, στο Kaprio, 1979, ό.π., σελ.12-21, B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.117

γενικότερο κοινωνικό ανασχηματισμό. Η φιλοσοφία της Π.Φ.Υ. στηρίζεται στο γεγονός ότι η προαγωγή της υγείας συνίσταται στην αντιμετώπιση μιας γκάμας προβλημάτων πολύ ευρύτερης από αυτή που τα υπάρχοντα υγειονομικά συστήματα μπορούν να αντιμετωπίσουν, προβλήματα τα οποία άπτονται και του κοινωνικοοικονομικού πλαισίου μιας χώρας. Επίσης υπάρχει μια ποιοτική διαφορά της Π.Φ.Υ. με τις παραδοσιακές υπηρεσίες υγείας και προυποθέτει την πολιτική δράση και την ανάμιξη όχι μόνο του υγειονομικού αλλά και άλλων τομέων. Τέλος προυποθέτει την ολοκληρωτική αναδόμιση των συστημάτων υγείας με την αναδιανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων τομέων της υγείας.46 Αυτές οι προυποθέσεις καθυστούν πολύ δύσκολη την πλήρη υιοθέτηση των αρχών της Π.Φ.Υ.

Στην τέταρτη συνάντηση για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στη Νότια Ευρώπη που έγινε τον Απρίλιο του 1991 διαπιστώθηκαν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ανάπτυξη και η εφαρμογή της Π.Φ.Υ. σε αυτές τις χώρες και τονίστηκε η ανάγκη μεγαλύτερης συνεργασίας της Π.Φ.Υ. και του συστήματος υγείας.47

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ο προβληματισμός και το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη εντοπίζεται σε τέσσερεις άξονες:48 α) Στον σχεδιασμό, τη διαχείρηση και την οργάνωση του συστήματος υγείας. β) Στις αλλαγές των ρόλων και της θέσης των επαγγελματιών υγείας. γ) Στη συμμετοχή του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και της κοινότητας. δ) Στην εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων που έχουν βαρύνουσα σημασία για την υγεία στην κοινότητα.

Το κατά πόσο η Ελλάδα ανταποκρίθηκε στις συστάσεις της Π.Ο.Υ. και η αξιολόγηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας στην Ελλάδα αποτελεί αντικείμενο ενός επόμενου κεφαλαίου.

---

46. Comite mixte FISE/OMS, "Prise de decision a l'echelon national pour les soins de sante primaires", OMS, 1981, σελ.6-7

47. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 4, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992,σελ.80-83

48. Kaprio, 1979, ό.π., σελ.31-31

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ (NATIONAL HEALTH SERVICE)

Στην Αγγλία τα θεμέλια της κοινωνικής νομοθεσίας και της κοινωνικής πολιτικής με τη μορφή που πήρε μεταπολεμικά στην Δ.Ευρώπη, μπαίνουν κατά την περίοδο από το τέλος του β'παγκόσμιου πολέμου ως τις αρχές της δεκαετίας του 1950. Είναι η περίοδος της γενικής οικονομικής και κοινωνικής αναδόμησης. Ακολουθεί η "χρυσή εποχή" του κράτους πρόνοιας και της κευνσιανής συναίνεσης1 που συνοδεύεται από ταχείς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και διαρκεί ως το τέλος της δεκαετίας του 1960. Από το 1970 και μετά εμφανίζεται η οικονομική κρίση και οι τάσεις περικοπής των κοινωνικών δαπανών οι οποίες θεωρούνται αντιπαραγωγικές και επιβαρυντικές για την οικονομία. Είναι η εποχή της νεοφιλελεύθερης κριτικής στο κράτος πρόνοιας, της υιοθέτησης μονεταριστικών πολιτικών και της άποψης για ελάχιστη ανάμειξη του κράτους στην αγορά και κατ'επέκταση της αντίθεσης σε κάθε θεσμό που υπονομεύει αυτή την ελευθερία όπως οι θεσμοί διατήρησης του εισοδήματος.2

Η πολιτική και θεσμική απάντηση της Βρετανίας στις αλλαγές που σημειώθηκαν κυρίως μετά το 1970 δεν υιοθέτησε σύμφωνα με τους αναλυτές ακραίες λύσεις.3 Ακόμα και οι περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες που σημειώθηκαν από την Thatcher ήταν συνέχεια των περικοπών που είχαν σημειωθεί από τους Wilson και Gallaghan.4 Το

---

1. Ο Deakin αναφερόμενος στο παράδειγμα της Αγγλίας προσδιορίζει ότι ο όρος "μεταπολεμική συναίνεση" χρησιμοποιήται για να περιγράψει ένα σύνολο αρχών και πολιτικών σύμφωνα με τις οποίες η χώρα κυβερνήθηκε με βάση την αρμονική συνεργασία μεταξύ των φαινομενικά αντιμαχόμενων πολιτικών κομμάτων για τη μεγαλύτερη περίοδο μετά τον β'παγκόσμιο πόλεμο.Ωστόσο τονίζει τα προβλήματα που εμφανίζονται ως προς το σαφή προσδιορισμό του τι περιλαμβάνει ο όρος καθώς και ως προς τον προσδιορισμό της χρονικής περιόδου στην οποία αρμόζει περισσότερο η χρήση του όρου. Αναλυτικότερα στο N.Deakin, "In search of the postwar consesus", 1988

2. Για τις περιόδους του κράτους πρόνοιας βλ.Ο.Στασινοπούλου, "Κράτος πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις", 1990, σελ.42-58. Για τα στάδια της οικονομίας της Αγγλίας βλ. A.Sked, "Britain's decline. Problems and perspectives", 1987, κυρίως σελ.27-39. Για τη σχέση κράτους και αγοράς κατά τη περίοδο της διακυβέρνησης της Thatcher βλ. το κείμενο του Harris ,στο P.Brown, R.Sparks, (eds.), "Beyond Thatcerism", 1989, σ.1-16

3. A.Sked, 1987, ό.π., σ.82-83

4. A.Sked, "Post-war Britain. A political history", 1984, σ.350

κράτος πρόνοιας στην Αγγλία δεν αποτέλεσε μια ριζοσπαστική αλλαγή σε σχέση με τις Βρετανικές πολιτικές παραδόσεις.5

Σε θεωρητικό επίπεδο μπορούμε να μιλήσουμε για το υπόδειγμα της "Κοινωνικής Διοίκησης" (Social Administration) ή της "Κοινωνικής Μηχανικής" (Social Engineering). Δηλαδή μια μεταρρυθμιστική παράδοση που είναι περισσότερο πρακτική και σκοπεύει στην μελέτη των διαστάσεων και στη λύση ενός ιδιαίτερου κοινωνικού προβλήματος με επικέντρωση στις θεσπισμένες κοινωνικές υπηρεσίες και στις κυβερνητικές πολιτικές (θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο).6 Απαραίτητες προυποθέσεις αυτού του υποδείγματος είναι η οικονομική ανάπτυξη και η συναίνεση για τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής οι οποίες ενισχύουν την ορθολογική κρατική παρέμβαση μέσω της διοίκησης και της γραφειοκρατίας.7

Ακριβώς μέσα σε αυτά τα πλαίσια της "Κοινωνικής Μηχανικής" εντάσσεται και η πολιτική υγείας της Βρετανίας, η οποία ενσαρκώνεται μέσα από την εγκαθίδρυση και τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.8

---

5. D.Ashford, "The emergence of the welfare states", 1986, σ.36

6. Για την "Κοινωνική Διοίκηση", βλ. R.Mishra, "Society and social policy. Theories and practice of welfare", 1977, σ.3-25

7. Δ.Γράβαρης,"Στοιχεία για μια κριτική θεωρία της κοινωνικής πολιτικής",στο Π.Γετίμης,Δ.Γράβαρης,(επιμ.),"Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική.Η σύγχρονη προβληματική",Θεμέλιο 1993, σελ.46-47

8. R.Klein, "The politics of the NHS", 1989, σελ.v

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

Η περίοδος πριν από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στην Βρετανία θα μπορούσε να χωριστεί σε δύο υποπεριόδους όσο αφορά την πολιτική υγείας και τα κρατικά μέτρα που λήφθηκαν. Ως σημείο τομής μπορεί να θεωρηθεί το 1911, έτος ψήφισης του νόμου για την εθνική ασφάλιση, ο οποίος σηματοδοτεί και μια πιο ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον τομέα της υγείας και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.1

1.ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ : 1834-1911

Απαρχή της κοινωνικής νομοθεσίας στην Βρετανία μπορεί να θεωρηθεί ο Νόμος για τη Φτώχεια (Poor Law) του 1834, με τον οποίο ιδρύθηκαν οι "Οίκοι Εργασίας" (Workhouses). Σύμφωνα με τον νόμο αυτό σε κάθε οίκο εργασίας έπρεπε να υπάρχουν ειδικοί θάλαμοι νοσηλείας.2 Ωστόσο το μέτρο αυτό δεν ήταν αποτέλεσμα μιας προσπάθειας δημιουργίας ενός συστήματος αντιμετώπισης κάποιων κινδύνων, αλλά είχε περισσότερο αμυντικό χαρακτήρα3 και αντί να βοηθάει, στιγμάτιζε τα άτομα.4 Ομως οι ανάγκες ήταν μεγάλες και οι νοσηλευτικοί θάλαμοι στους οίκους εργασίας δεν μπορούσαν να τις καλύψουν. Ετσι το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα άρχισαν να ιδρύονται τα εθελοντικά νοσοκομεία τα οποία βασίζονταν στην φιλανθρωπία και στα θρησκευτικά πιστεύω και χρηματοδοτούνταν από δωρεές. Σταδιακά όμως τα εθελοντικά νοσοκομεία άρχισαν να κάνουν μια επιλογή των ασθενών που νοσήλευαν και απέρριπταν τους μακροχρόνια άρρωστους και τους αρρώστους με μεταδοτικές ασθένειες.5

Ομως η καλυτέρευση της υγείας των ατόμων και η μείωση των μολυσματικών ασθενειών δεν ήταν αποτέλεσμα τόσο της λειτουργίας των νοσοκομείων και της ιατρικής επιστήμης, όσο της καλυτέρευσης των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού.6 Από αυτή τη σκοπιά μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός ο Νόμος για τη Δημόσια Υγεία (Public

---

1. A.Maynard, "Health care in the European Community", 1975, σ.186

2. R.Levitt, A.Wall, "The reorganised NHS", 1989, σ.1

3. D.Ashford, 1986, ό.π., σελ.67

4. Ο.Στασινοπούλου, ό.π., 1990, σελ.45

5. Levitt, Wall, 1989, ό.π.,σελ.1-2 και C.Ham, "Health policy in Britain. The politics and organisation of the NHS", 1985, σ.12

6. C.Ham, 1985, ό.π., σελ.8

Health Act) του 1848 ο οποίος αποτέλεσε τη βάση για την παροχή κατάλληλου νερού και τη δημιουργία αποχετευτικών συστημάτων. Επίσης αναγνώρησε για πρώτη φορά την υπευθυνότητα του κράτους και εγκαθίδρυσε ένα Γενικό Συμβούλιο Υγείας (General Board of Health). Η εφαρμογή του νόμου όμως και ο ρόλος του συμβουλίου ποίκιλε αφού ο νόμος δεν είχε υποχρεωτική χροιά. Με νόμους του 1867 (Metropolitan Poor Act) και του 1868 υποχρεώνονται οι τοπικές αρχές του Λονδίνου και των επαρχιών αντίστοιχα να παρέχουν ιδρυματική φροντίδα για τη φυματίωση, τη βλογιά και την τρέλα. Αργότερα ψηφίστηκαν ο νόμος για την δημόσια υγεία του 1872 σύμφωνα με τον οποίο δημιουργούνταν υγειονομικές αρχές υποχρεωμένες να παρέχουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας και του 1875 ο οποίος ήταν περισσότερο μια συγκέντρωση της υπάρχουσας νομοθεσίας.7

Στις αρχές του 20ου αιώνα δίνεται από το κράτος μια έμφαση στο ενδιαφέρον για τις προσωπικές υπηρεσίες και κυρίως για τις μητέρες και τα παιδιά. Ετσι ψηφίζονται μια σειρά νόμων όπως του 1902 που αναφερόταν στις ικανότητες που πρέπει να έχουν οι μαίες, του 1906 και 1907 οι οποίοι αναφέρονταν στην εκπαίδευση και καθιέρωναν ο πρώτος τα σχολικά γεύματα και ο δεύτερος την ανάπτυξη σχολικών ιατρικών υπηρεσιών, του 1907 και 1915 που καθιέρωναν την υποχρεωτική δήλωση των γεννήσεων με σκοπό την ανάπτυξη των επισκέψεων υγείας ως υπηρεσία των τοπικών αρχών και του 1918 για την πρόνοια των μητέρων και των παιδιών (Maternity and Child Welfare Act),ο οποίος προέβλεπε την παροχή από τις τοπικές αρχές ενός μεγαλύτερου εύρους προνοιακών υπηρεσιών κέντρα βρεφικής πρόνοιας, σπίτια μητρότητας κλπ. Τέλος το 1919 ιδρύεται το Υπουργείο Υγείας.8

2.Ο ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 1911 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.NATIONAL INSURANCE ACT

Το 1911 ψηφίζεται ο νόμος για την εθνική ασφάλιση (National Insurance Act), ο οποίος σηματοδοτεί την απαρχή μιας ενεργητικότερης κρατικής παρέμβασης στον τομέα της κοινωνικής προστασίας. Ο νόμος προέβλεπε την παροχή επιδομάτων ασθενείας και περιορισμένης ιατρικής φροντίδας που περιελάμβανε τις υπηρεσίες γενικού γιατρού αλλά όχι και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η χρηματοδότηση του συστήματος ήταν τριμερής: εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και κρατική συμμετοχή. Η πληρωμή των γιατρών γινόταν με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα του γιατρού, ενώ η όλη διαχείρηση του συστήματος γινόταν από τις "εγγεκριμένες ενώσεις". Το σύστημα κάλυπτε τους χαμηλόμισθους οι οποίοι είχαν εισόδημα κάτω από 160 λίρες το χρόνο.9

---

7. Ham, 1985, ό.π., σελ.8-9 και Levvit, Wall, 1989, ό.π., σελ.1-2

8. Ham, 1985, ό.π., σελ.9-11 και J.Allsop, "Health policy and the NHS", 1984, σελ.24

9. Για μια σύντομη περιγραφή του συστήματος βλ.Maynard, 1975, ό.π., σελ.186-187, Ham, 1985, ό.π., σελ.11-12, Levitt, Wall, 1989, ό.π., σελ.2-3, Allsop, 1984, ό.π., σελ.22-23

Ομως το σύστημα εμφάνιζε αρκετά μειονεκτήματα. Υπήρχε ανεπάρκεια στην έκταση της κάλυψης τόσο ως προς τον πληθυσμό, αφού δεν καλύπτονταν τα εξαρτημένα μέλη, όσο και ως προς το είδος και το ύψος των παροχών αφού δεν παρέχονταν νοσοκομειακή και οδοντιατρική περίθαλψη αλλά και το επίδομα ασθενείας ήταν ανεπαρκές. Ακόμα υπήρχε ανισότητα ως προς τις παροχές και ανυπαρξία της πρόληψης. Επίσης το σύστημα ήταν πολύπλοκο λόγω της ύπαρξης πολλών κανονισμών αλλά και λόγω της ύπαρξης πολύ μεγάλου αριθμού εγγεκριμένων ενώσεων, γεγονός που οδηγούσε και στην ανισότητα των παροχών.10

Οι ανεπάρκειες τόσο του ασφαλιστικού όσο και του νοσοκομειακού συστήματος11 υποδήλωναν την ανάγκη ριζικής μεταρρύθμισης. Μια σειρά επιτροπών συστάθηκαν για να μελετήσουν το πρόβλημα και να δώσουν λύσεις: Dawson Committee (1919), Royal Commission of the NHI (1926), Sankey Commission on Voluntary Hospitals (1937).12 Η πιο γνωστή όμως έκθεση και η πιο καθοριστική και η οποία άσκησε μεγάλη επίδραση στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής μεταπολεμικά, ήταν η έκθεση Beveridge.

3.Η ΕΚΘΕΣΗ BEVERIDGE

Τον Ιούνιο του 1941 συστάθηκε από τον υπουργό άνευ χαρτοφυλακίου και πρόεδρο της επιτροπής για τα προβλήματα αναδόμησης A.Greenwood και σε συνεργασία με τα αρμόδια υπουργεία, μια επιτροπή για την μελέτη του συστήματος ασφάλισης και των συναφών υπηρεσιών, με σκοπό την υποβολή προτάσεων για την αναμόρφωση του συστήματος. Πρόεδρος της επιτροπής ήταν ο W.Beveridge.

Το σχέδιο που πρότεινε ο Beveridge είχε τρεις βασικούς άξονες: την δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας, την χορήγηση οικογενειακών επιδομάτων και την πλήρη απασχόληση.13 Εμείς θα ασχοληθούμε με τις προτάσεις για το εθνικό σύστημα υγείας.

---

10. A.Gordon, "Social insurance. What it is and what it might be", 1924, σελ.3-13, R.Klein, 1989, ό.π., σελ.3

11. Για τα προβλήματα των εθελοντικών νοσοκομείων και των νοσοκομείων της τοπικής αυτοδιοίκησης βλ.B.Abel-Smith, "NHS. The first thirty years", 1978, σελ.3-5.
Σύμφωνα με μελέτη του Powell φαίνεται ότι πριν την εγκαθίδρυση του NHS τα εθελοντικά νοσοκομεία τόσο ως προς τα κρεβάτια όσο και ως προς το προσωπικό εμφάνιζαν τάσεις γεωγραφικής ανισοκατανομής ενώ για τα δημοτικά νοσοκομεία φαίνεται ότι οι περιοχές με τις υψηλότερες ανάγκες είχαν και περισσότερα κρεβάτια και προσωπικό. Ετσι τα δημοτικά νοσοκομεία διόρθωναν κάπως το μειονέκτημα του εθελοντικού τομέα. Powell 1992,σελ.145-163

12. Ham, 1985, ό.π., σελ.15

13. W.Beveridge, "Social insurance and allied services", 1942, σ.120

Η βασική του αρχή για την ιατρική περίθαλψη ήταν ότι θα έπρεπε να δημιουργηθεί ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό και για όλες τις ανάγκες, παρέχοντας όλες τις δυνατές μορφές θεραπείας και αντιμετωπίζοντας κάθε μορφή ανικανότητας. Οι υπηρεσίες που θα παρέχονταν θα κάλυπταν τους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας. Οργανωτικά και διοικητικά το σύστημα θα έπρεπε να διαχωριστεί από αυτό των παροχών σε χρήμα και να περάσει στην εποπτεία των υπηρεσιών υγείας.14

Η αλλαγή η οποία προτεινόταν ήταν η κατάργηση των "Εγκεκριμένων Ενώσεων" (Approved Societies) που είχαν ιδρυθεί με τον νόμο του 1911 και η αντικατάσταση τους από ένα εθνικό σύστημα. Οι λόγοι αυτής της αλλαγής ήταν ότι το σύστημα των εγκεκριμένων ενώσεων:15 α) δεν συμβιβαζόταν με την πολιτική εξασφάλισης ενός ελάχιστου παροχών σε εθνικό επίπεδο, β) είχε μειονεκτήματα ως προς τον τρόπο κάλυψης των ασφαλισμένων και παρείχε άνισες παροχές και γ) είχε υψηλό διοικητικό κόστος.

Ως προς το κόστος λειτουργίας του συστήματος έγινε δεκτή η υπόθεση ότι η καλυτέρευση της υγείας του πληθυσμού λόγω καθιέρωσης του εθνικού συστήματος υγείας θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών. Έτσι έγινε η πρόβλεψη ότι μεταξύ 1945-1965 οι δαπάνες υγείας θα μείνουν σταθερές στο επίπεδο των 170.000.000 λιρών.16

4.Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τον "National Health Service Act" το 1946, ήρθε ως επιστέγασμα μιας σταδιακής πορείας όπου η διαπίστωση της ανεπαρκούς προστασίας υγείας από το προηγούμενο σύστημα οδηγούσε σε ολοένα και περισσότερη κρατική παρέμβαση στον τομέα υγείας.

Σε θεσμικό επίπεδο υπήρξαν μια σειρά νόμων όπου οδηγούσαν στην σταδιακή ανάληψη από το κράτος της παροχής φροντίδας υγείας και οι οποίοι θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε τρείς κατηγορίες:17 α) Σ'αυτούς που έδιναν έμφαση στην κρατική παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών όπως ο "Metropolitan Poor Act" (1867) και ο νόμος για την τοπική αυτοδιοίκηση (Local Government Act) του 1929 ο οποίος μετέφερε την αρμοδιότητα των οίκων εργασίας και των νοσοκομείων στην τοπική αυτοδιοίκηση με σκοπό την ανάπτυξη τοπικών νοσοκομειακών υπηρεσιών. β) Σ'αυτούς που όριζαν ως καθήκον των

---

14. Beveridge, 1942, ό.π., σελ.11,15 και 158-159

15. Beveridge, 1942, ό.π., σελ.28

16. Beveridge, 1942, ό.π., σελ.104-105

17. Ham, 1985, ό.π., σελ.14

τοπικών αρχών την ανάπτυξη της περιβαλοντικής υγείας και των προσωπικών υπηρεσιών υγείας, όπως οι νόμοι για την δημόσια υγεία,τη μητρότητα και το παιδί. γ) Στον νόμο για την εθνική ασφάλιση του 1911 ο οποίος αναγνώριζε την κρατική ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο είχε δημιουργηθεί ένα κλίμα συναίνεσης18 το οποίο απέρρεε από τις κοινές διαπιστώσεις ότι η φροντίδα υγείας ήταν ανεπαρκής τόσο ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών όσο και ως προς την κάλυψη, η κατανομή των υγειονομικών πόρων ήταν ανορθολογική και το σύστημα των εθελοντικών νοσοκομείων ήταν χρηματοδοτικά μη βιώσιμο.19

Σε επίπεδο διαχείρησης του συστήματος σημαντική υπήρξε η δημιουργία του συστήματος έκτακτης ιατρικής περίθαλψης (Emergency Medical Service) το 1939 για να καλυφθούν οι ανάγκες του πολέμου20 και σύμφωνα με το οποίο το κράτος ανέλαβε την διαχείρηση της λειτουργίας και τη χρηματοδότηση των εθελοντικών νοσοκομείων και των νοσοκομείων της τοπικής αυτοδιοίκησης.21

Ιδιαίτερη προσοχή αξίζει η προσέγγιση του L.Jacobs ο οποίος προσπαθεί να διαμορφώσει ένα πλαίσιο ερμηνείας των παραγόντων που επηρεάζουν την διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και κατ'επέκταση την πολιτική σε κάθε τομέα στα πλαίσια του δημοκρατικού πολιτεύματος, εξετάζοντας την περίπτωση της θεσμοθέτησης του NHS της Βρετανίας το 1946 και του Medicare στις ΗΠΑ το 1965 και κάνοντας μια σύζευξη των πολιτιστικών προσεγγίσεων με τις Βεμπεριανές θεωρίες για τη θεσμική αλλαγή. Η προσέγγισή του ενσωματώνει την έννοια της "δημόσιας γνώμης" μέσα στην ανάλυση των θεσμικών και πολιτικών διαδικασιών και εξετάζει το κατά πόσο η πολιτιστική και πολιτισμική διάσταση επηρεάζει τις κυβερνητικές αποφάσεις.Η βασική του θέση είναι ότι οι κοινωνικές προτιμήσεις και η συμμετοχή των πολιτών σε κοινές εννοιολογήσεις οι οποίες ενσωματώνονται σε θεσμικές εκφράσεις, επιδρούν αποφασιστικά στη

---

18. Συναίνεση μεταξύ του λαού,των πολιτικών -φιλελεύθερων και σοσιαλιστών- των εργατικών συνδικάτων και των γιατρών.Ειδικότερα για το τι σήμαινε για κάθε μια από τις παραπάνω ομάδες η δημιουργία του ΕΣΥ βλ. Α.Κωνσταντόπουλος, "Κρίση και κράτος πρόνοιας", στο Οικονομία και Υγεία. Πρακτικά Α'Πανελλήνιου συνέδριου οικονομικών της υγείας, 1989, σελ.418-420

19. Klein, 1989, ό.π., σελ.2-4

20. Για τη σχέση πολέμου και ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής γενικότερα βλ. R.Titmuss, "War and social policy", στο B.Abel-Smith, K.Titmuss, (eds.), "Selected writings of R.Titmuss. The philosophy of welfare", 1987, σελ.102-112 όπου αναφέρεται ο ρόλος της κοινωνικής πολιτικής στη δημιουργία του οράματος μιας καλύτερης κοινωνίας ως κινήτρου για να κερδηθεί ο πόλεμος αλλά και ως μέσου ποσοστικής και ποιοτικής αναπαραγωγής του πληθυσμού.

21. Levitt, Wall, 1989, ό.π., σελ.4

διαδικασία της διαμόρφωσης πολιτικής και των μέτρων που θα υιοθετηθούν από τις κυβερνήσεις. Ετσι η αλλαγή που συντελέστηκε στις αντιλήψεις των πολιτών σε σχέση με την υγεία και το ρόλο του κράτους ως προς την κοινωνική προστασία, επέδρασαν στην οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτή τη θέση, η αλλαγή πολιτικής δεν οφείλεται τόσο στην αναγκαιότητα αναπροσαρμογής της διοικητικής δομής όπως θα υποστήριζαν οι βεμπεριανές προσεγγίσεις, αλλά στον τρόπο με τον οποίο οι διαμορφωτές της πολιτικής προσέλαβαν την δημόσια γνώμη, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι οι κυβερνητικές αποφάσεις είναι απλό επιφαινόμενο των κοινωνικών προτιμήσεων. Η ανταπόκριση των υπεύθυνων στα κοινωνικά αιτήματα προσδιορίστηκε από τις πολιτικές διαδικασίες συλλογικών διαπραγματεύσεων μεταξύ των ομάδων συμφερόντων. Συνοψίζοντας, η θεσμοθέτηση του NHS ήταν το αποτέλεσμα διαβουλεύσεων, απαιτήσεων των κοινωνικών ομάδων και διοικητικής ικανότητας.22

Ωστόσο μια άλλη προσέγγιση δίνει έμφαση όχι τόσο στην ίδια την έκφραση των αναγκών αυτών καθαυτών όσο στις διαδικασίες διαμόρφωσης πολιτικής. Η E.Immergut εξετάζοντας τις περιπτώσεις της Γαλλίας, Σουηδίας και Ελβετίας διαπιστώνει ότι οι θεσμικοί κανόνες και διαδικασίες που διέπουν το πολιτικό παιχνίδι και οι πολιτικοί θεσμοί προσδιορίζουν την ικανότητα των διαφόρων κοινωνικών ομάδων να ασκήσουν επιρροή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Ετσι εξηγεί το γιατί στις παραπάνω χώρες ενώ η πρόταση για ασφάλιση υγείας ήταν κοινή, τελικά υιοθετήθηκαν τρία διαφορετικά μοντέλα. Διαφορετικά έθνη έχουν διαμορφώσει διαφορετικούς πολιτικούς θεσμούς και διαφορετικές διαδικασίες εκπροσώπησης συμφερόντων. Αυτοί οι μηχανισμοί διαπλέκονται με θεσμοθετημένες σχέσεις μεταξύ των ομάδων ενδιαφερόντων, των κομμάτων και των κυβερνήσεων και καθορίζουν την έκβαση των δημόσιων πολιτικών. Εκτός όμως από αυτό το επίσημο δίκτυο σχέσεων σημαντικό ρόλο παίζουν και τα ανεπίσημα δίκτυα που έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτούς τους θεσμούς.23

5.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας θεσπίστηκε τον Νοέμβριο του 1946 με την ψήφιση του "National Health Service Act" και ως ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας ορίστηκε η 5η Ιουλίου του 1948. Ομως πριν από την ψήφιση του νόμου είχε προηγηθεί έντονος προβληματισμός και συζήτηση για την αντιμετώπιση ορισμένων προβλημάτων που αφορούσαν κυρίως την οργάνωση του συστήματος αλλά και τον ρόλο των γιατρών μέσα στο σύστημα. Ο προβληματισμός αυτός αντικατοπτρίζεται καλύτερα στο γεγονός ότι μεταξύ 1943 και 1946 είχαν προταθεί 4 οργανωτικά σχέδια.24 Τα προβλήματα που

---

22. L.Jacobs, "The health of nations. Public opinion and the making of American and British health policy", 1993

23. E.Immergut, "Health politics. Interests and institutions in Western Europe", 1992, ιδιαίτερα σελ.1-33

εμφανίστηκαν και τα αποτελέσματα των διαπραγματεύσεων που ακολούθησαν περιγράφονται έκδηλα στην Λευκή Βίβλο (White Paper) του 1944.

Το σύστημα θα βασιζόταν σε δύο βασικές αρχές: πρώτον θα ήταν περιεκτικό με την έννοια ότι θα κάλυπτε όλο τον πληθυσμό και για κάθε υπηρεσία και δεύτερον θα χρηματοδοτούνταν από το κράτος. Ωστόσο υπήρχαν μια σειρά διλημμάτων που έπρεπε να αντιμετωπιστούν και η σημασία των οποίων παρέμεινε σημαντική ως και τη δεκαετία του '80. Τα προβλήματα αυτά αναφέρονταν:25 α) Στη σχέση κέντρου περιφέρειας και στην ισορροπία μεταξύ κεντρικής διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης, δηλαδή κεντρικού γραφειοκρατικού ελέγχου του συστήματος και ελευθερίας της περιφέρειας να ανταποκρίνεται στις τοπικές ανάγκες. β) Στην δημιουργία των κατάλληλων για την παροχή υπηρεσιών διοικητικών μονάδων από άποψη μεγέθους και συνόρων σε τοπικό επίπεδο. γ) Στη θέση και τον ρόλο των εθελοντικών νοσοκομείων ιδιαίτερα όσο αφορά τα κριτήρια της ορθολογικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος. δ) Στο συμβιβασμό δημόσιας λογοδότησης και συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στη λήψη των αποφάσεων. ε) Στην ενσωμάτωση στο σύστημα των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των υπηρεσιών των γενικών γιατρών. στ) Στον συμβιβασμό της παραδοσιακής άσκησης της γενικής ιατρικής που στηριζόταν στην ατομικιστική αντίληψη της άσκησης της σε μικρά ιδιόκτητα ιατρεία και της ανάγκης προώθησης σύγχρονων τεχνολογιών.

Τελικά οι απαντήσεις που δόθηκαν στα παραπάνω προβλήματα είχαν διαφορετικές επιπτώσεις στα διάφορα συμφέροντα. Έτσι η τοπική αυτοδιοίκηση υπήρξε χαμένη αφού έχασε τον έλεγχο των νοσοκομείων της. Μεγαλύτερη σημασία είχε όμως η αντίδραση των γιατρών στην προσπάθεια δημιουργίας ενός ΕΣΥ. Η αντίδραση αυτή προσδιορίστηκε από τα αντιμαχόμενα συμφέροντα των διαφόρων ομάδων των γιατρών. Ο Bevan ακολούθησε μια τακτική διάσπασης του ιατρικού σώματος και προσπάθησε να προσεταιριστεί κυρίως τους νοσοκομειακούς γιατρούς δίνοντας τους υψηλότερους μισθούς, το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής εντός των νοσοκομείων με την ύπαρξη ιδιωτικών κλινών σ'αυτά, το δικαίωμα ολικής ή μερικής απασχόλησης, την κατοχή σημαντικών διοικητικών θέσεων και παρέχοντας περισσότερο κύρος στα εκπαιδευτικά νοσοκομεία, για να μπορέσει να κάμψει την αντίδραση των γενικών γιατρών οι οποίοι ήταν αντίθετοι σε μια σχέση εξαρτημένης μισθωτής εργασίας στα πλαίσια λειτουργίας κέντρων υγείας υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης, ή δεν δέχονταν ως τρόπο πληρωμής ένα μίγμα μερικής μισθωτής σχέσης και κατά κεφαλής αποζημίωση.26

---

24. Levitt, Wall, 1989, ό.π., σελ.5-8

25. Klein, 1989, ό.π., σελ.12-14

26. Allsop, 1984, ό.π., σελ.27-28, Klein, 1989, ό.π., σελ.15-25, Ham, 1985, ό.π., σελ.15-17

Εδώ εντοπίζεται και το πρόβλημα με την δημιουργία των κέντρων υγείας των οποίων προβλέπονταν η ίδρυση και τα οποία θα ήταν οι βασικές μονάδες του συστήματος. Θα υπάγονταν στην τοπική αυτοδιοίκηση και οι εργαζόμενοι σε αυτά γιατροί θα ήταν μισθωτοί. Το πρόβλημα της συναίνεσης που έπρεπε να αντιμετωπίσει ο Bevan και το οποίο περιγράφεται παραπάνω εξηγεί την υπανάπτυξη των κέντρων υγείας και την έμφαση που δόθηκε στο νοσοκομειακό τομέα σε αντίθεση με την πρόληψη. Και εξηγεί μέχρι ενός βαθμού και το γιατί τελικά η υπόθεση του Beveridge ότι σταδιακά το οικονομικό κόστος λειτουργίας του συστήματος θα μειωνόταν δεν επαληθεύτηκε, αφού μια τέτοια υπόθεση στηρίζονταν σε διαφορετική κατεύθυνση από αυτή που τελικά δόθηκε, δηλαδή στηρίζονταν σε ένα σύστημα πρόληψης με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όχι σε ένα ιατροκεντρικό-νοσοκομειακό μοντέλο όπως τελικά εξελίχθηκε το NHS.27

Κάνοντας μια αποτίμηση της διαδικασίας θεσμοθέτησης του ΕΣΥ η Allsop τονίζει τον υπερβολικά μεγάλο ρόλο και την λειτουργική αυτονομία των γιατρών μέσα στο σύστημα, γεγονός που οδήγησε στη δημιουργία όχι ενός συστήματος υγείας αλλά ενός συστήματος ιατρικής περίθαλψης.28

Για τον Klein η δημιουργία του ΕΣΥ ήταν αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας στην οποία έπαιξαν σημαντικό ρόλο οι "πατερναλιστές ορθολογιστές" εντός των δημόσιων λειτουργών και οι "ιατρικοί τεχνοκράτες". Υπήρχε μια συναίνεση στόχων και σκοπών αλλά σύγκρουση για τα μέσα που έπρεπε να χρησιμοποιηθούν. Αυτή η σύγκρουση αντανακλούσε την αντίθεση τόσο συμφερόντων όσο και αξιών και υπογράμμιζε την ύπαρξη αντινομιών εντός του συστήματος υγείας.29 Και αυτές οι αντινομίες εκφράζονταν μέσα από την τριμερή δομή του συστήματος η οποία αποτέλεσε μια προσπάθεια συμβιβασμού των αντικρουόμενων συμφερόντων αλλά η οποία ταυτόχρονα δημιούργησε πολλά προβλήματα στη συντονισμένη λειτουργία του συστήματος.

6.ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι βασικές αρχές που ενσωματώνονταν στη θεσμοθέτηση του NHS ήταν αυτές της συλλογικότητας, της δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, της καθολικότητας, της ισότητας και της επαγγελματικής αυτονομίας.30

---

27. Εκτός από τις παραπάνω βιβλιογραφικές αναφορές, μια σύντομη παρουσίαση των παραπάνω θεμάτων υπάρχει στο Α.Κωνσταντόπουλος, "Παρατηρήσεις για το NHS και για το ΕΣΥ. Μερικές συγκρίσεις του NHS με το ΕΣΥ", στο Επιθεώρηση Υγείας, τομ.1, τ.2 1990, σ.63-69

28. Allsop, 1984, ό.π., σελ.29-30

29. Klein, 1989, ό.π., σελ.25-28

30. Allsop, 1984, ό.π., σελ.12-18

Η αρχή της συλλογικότητας υποδήλωνε την ευθύνη του κράτους απέναντι των πολιτών του για την παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίς χρηματική επιβάρυνση των χρηστών.

Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στόχευε στο να παρέχει πλήρεις υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

Η καθολικότητα αναφερόταν στην κάλυψη όλου του πληθυσμού με ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών,οι οποίες ήταν δωρεάν κατά τη στιγμή της χρησιμοποίησης τους.

Η ισότητα ήταν ένας άλλος στόχος ο οποίος θα γινόταν ευφικτός μέσω της παροχής ενός ενιαίου και ομοιόμορφου επιπέδου υπηρεσιών για όλους.Επίσης έπρεπε να εξασφαλιστεί η ισοτιμία στην πρόσβαση.

Τέλος μια άλλη σημαντική αρχή ήταν η αναγνώριση της επαγγελματικής αυτονομίας. Αυτή η αρχή καθιστούσε πρωταρχική τη θέση των γιατρών στο σύστημα. Η πρωταρχικότητα αυτή σήμαινε δύο κυρίως πράγματα. Το πρώτο ήταν ότι το ύψος των δαπανών και η διανομή των πόρων εντός των νοσοκομείων θα καθορίζονταν από τους νοσοκομειακούς γιατρούς, ενώ οι αντίστοιχες αποφάσεις για την πρωτοβάθμια περίθαλψη θα παίρνονταν από τους γενικούς γιατρούς. Το δεύτερο σημαντικό σημείο ήταν η επαρκής εκπροσώπιση του ιατρικού σώματος στα διοικητικά σώματα του NHS.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ NHS

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στην οργανωτική δομή του NHS και στις τρεις αλλαγές που έγιναν στη δομή αυτή το 1974, το 1982 και το 1989 καθώς και στις αιτίες που οδήγησαν σε αυτές τις αλλαγές.

1.ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 1948-1974

1.1.ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Τα βασικά συστατικά του συστήματος ήταν τρία: τα νοσοκομεία, οι γενικοί γιατροί και οι άλλες υπηρεσίες που παρέχονταν στα πλαίσια της κοινότητας. Αυτή τη διάρθρωση αντικατόπτριζε και η οργανωτική δομή του συστήματος που αποτελούνταν από τρία μέρη και η οποία ήταν ιστορικό αποτέλεσμα της επίδρασης των προηγούμενων οργανωτικών δομών.1

Ο υπουργός υγείας ήταν προσωπικά υπεύθυνος στο κοινοβούλιο για την παροχή των νοσοκομειακών και ειδικών υπηρεσιών σε εθνική βάση, για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και μετάγγισης αίματος και για την έρευνα σχετικά με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, ενώ είχε έμμεση υπευθυνότητα για τις υπηρεσίες των γενικών γιατρών και τις τοπικές προσωπικές υπηρεσίες. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υπηρεσιών Υγείας παρείχε συμβουλές στον υπουργό και επέβλεπε τις εξελίξεις στο σύστημα.

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονταν από 14 Περιφερειακά Νοσοκομειακά Συμβούλια, 36 Συμβούλια Διοικητών των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων και 330 περίπου Διοικητικές Νοσοκομειακές Επιτροπές.

Τα Περιφερειακά Νοσοκομειακά Συμβούλια διορίζονταν από τον υπουργό και είχαν την ευθύνη για τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και την επίβλεψη της παροχής της νοσοκομειακής περίθαλψης και των υπηρεσιών των γιατρών ειδικότητας, τον διορισμό και τον προσδιορισμό της αμοιβής των νοσοκομειακών γιατρών και για την κατανομή των πιστώσεων του υπουργείου στις Τοπικές Διοικητικές Νοσοκομειακές Επιτροπές. Οι Διοικητικές Νοσοκομειακές Επιτροπές διορίζονταν από τα Περιφερειακά Νοσοκομειακά Συμβούλια και ήταν υπεύθυνες για την καθημερινή λειτουργία και παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Οσο αφορά τα Συμβούλια Διοικητών των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων που στην ουσία προέρχονταν από την ελίτ των παλαιών εθελοντικών

---

1. Για την ανάλυση που ακολουθεί βλ. Levitt, Wall, 1989, ό.π., σ.8-9, Ham, 1985, ό.π., σ.17-18, Allsop, 1984, ό.π., σ.14-15, Abel-Smith, 1978, ό.π., σ.8-12

νοσοκομείων, δεν υπόκειντων στον έλεγχο των Περιφερειακών Νοσοκομειακών Συμβουλίων αλλά υπάγονταν κατευθείαν στο Υπουργείο και χρηματοδοτούνταν κατευθείαν από το υπουργείο.

Οι 174 Τοπικές Υγειονομικές Αρχές που βρίσκονταν στους δήμους και τις κομητείες της χώρας ήταν υπεύθυνες για την παροχή προσωπικών υπηρεσιών υγείας εκτός νοσοκομείου, όπως π.χ. υπηρεσίες σε έγγυες γυναίκες και σε παιδιά, προληπτική υγιεινή, επισκέπτριες υγείας, μαίες, εμβολιασμούς, υπηρεσίες ασθενοφόρων κλπ. Η χρηματοδότηση τους γινόταν μέρος από την κεντρική κυβέρνηση και μέρος από τους τοπικούς φόρους.

Οι υπηρεσίες των γενικών γιατρών διευθύνονταν από 134 Εκτελεστικά Συμβούλια, που προέρχονταν από τις παλιές Επιτροπές Ασφάλισης και παρείχαν ιατρική, οδοντιατρική, οφθαλμολογική και φαρμακευτική περίθαλψη. Τα μέλη τους διορίζονταν από τους επαγγελματίες της περιοχής, τις τοπικές αρχές και το υπουργείο και χρηματοδοτούνταν κατευθείαν από το υπουργείο. Εργο τους ήταν η διαχείρηση των συμβολαίων των γενικών γιατρών, η τήρηση των λιστών των γιατρών και η αποδοχή των παραπόνων των ασθενών. Η αμοιβή των γιατρών γίνονταν με βάση τον αριθμό των ατόμων που ήταν εγγεγραμμένοι στη λίστα του κάθε γιατρού. Είχαν σχετική αυτονομία και μπορούσαν να καθορίσουν που και πώς θα εργάζονταν και σε ποια οργανωτική μορφή (μόνοι τους ή σε συνεργασία).

Αν και ο νόμος του 1946 ενθάρρυνε την ανάπτυξη κέντρων υγείας που θα διοικούνταν από την τοπική αυτοδιοίκηση και παρόλα τα οικονομικά κίνητρα που δίνονταν, ωστόσο ο θεσμός των κέντρων υγείας δεν αναπτύχθηκε τουλάχιστον ως τη δεκαετία του 1960. Μετά το 1968 εμφανίζεται ένα αυξημένο ενδιαφέρον τόσο για τα κέντρα υγείας όσο και για τις "πρωτοβάθμιες ομάδες φροντίδας υγείας", δηλαδή την άσκηση γενικής ιατρικής όχι από μεμονομένους γιατρούς αλλά από ομάδες γιατρών και νοσηλευτών. Η επέκταση των κέντρων υγείας ήταν ραγδαία κυρίως μετά την αναδιοργάνωση του 1974 όπου μεταξύ 1973-76 ο αριθμός των εργαζόμενων στα κέντρα υγείας γιατρών αυξήθηκε κατά 40% ενώ ο αριθμός των κέντρων υγείας το τέλος του 1976 έφτανε τα 789.2

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι οι βασικές αλλαγές που εισήγαγε η νέα οργάνωση του συστήματος σε σχέση με την περίοδο πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αφορούσαν τρεις τομείς:3 α) το σύστημα χρηματοδότησης όπου η άμεση πληρωμή τη στιγμή της κατανάλωσης των υπηρεσιών αντικαταστάθηκε από τη χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας, β) την οργάνωση των νοσοκομείων όπου για πρώτη φορά δημιουργήθηκε εθνικό νοσοκομειακό σύστημα, δημιουργήθηκε επίσης ένα σύστημα περιφερειακού σχεδιασμού και τέλος εντάχθηκε το κάθε νοσοκομείο σε μεγάλες ομάδες, τις Διοικητικές Νοσοκομειακές Επιτροπές, γ) την πρωτοβάθμια φροντίδα και τις υπηρεσίες της

---

2. Abel-Smith, 1978, ό.π., σελ.45

3. Εκθεση του OECD από τον καθηγητή T.Chester, "Organisation for change. The British NHS", 1975, σελ.7-10

κοινότητας όπου τώρα πλέον η πρωτοβάθμια φροντίδα έγινε προσιτή σε όλους.

1.2.ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Η παραπάνω οργανωτική δομή εμφάνισε μια σειρά προβλημάτων τα οποία δημιούργησαν προβληματισμό ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία του 1960 και οδήγησαν στην αναδιοργάνωση του συστήματος. Τα προβλήματα αυτά ήταν:4 α) Η μη επίτευξη πλήρους συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των τριών μερών του συστήματος λόγω του ότι διοικούνταν από διαφορετικά σώματα που δεν είχαν οργανική σύνδεση μεταξύ τους με αποτέλεσμα αλληλοεπικαλύψεις και κυριαρχία των νοσοκομειακών υπηρεσιών. β) Η χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε ορισμένες ομάδες ασθενών. γ) Ο διοικητικός έλεγχος του συστήματος και η προσπάθεια εφαρμογής σε τοπικό επίπεδο μιας πολιτικής συνεργασίας των υπηρεσιών, αφού η σύνδεση σε τοπικό επίπεδο του νοσοκομείου και της κοινότητας μεροληπτούσε υπέρ των νοσοκομειακών συμβάντων λόγω της διοικητικής δομής, με αποτέλεσμα την παραμέληση των υπηρεσιών για τις χρόνιες ασθένειες. δ) Η ραγδαία αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες τη στιγμή που η πόροι ήταν ανεπαρκείς αφού δεν επαληθεύτηκε η υπόθεση της σταδιακής μείωσης της αρρώστιας και άρα της ζήτησης και του κόστους. Σ'αυτό συνέβαλλαν και μια σειρά άλλων παραγόντων όπως γήρανση, πρόοδοι της τεχνολογίας, αύξηση των αμοιβών. Εδώ εντάσσεται και το πρόβλημα της εισαγώμενης ζήτησης από τους γιατρούς. ε) Το γεγονός ότι εξακολουθούσαν να παραμένουν γεωγραφικές ανισότητες ως προς την κατανομή των υπηρεσιών.

Οι διαπιστώσεις αυτές παρουσιάζονται και στις δύο "Πράσινες Βίβλους" (Green Papers) του υπουργείου υγείας όπου γίνονται κάποιες προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος. Στην πρώτη πράσινη βίβλο που δημοσιεύτηκε το 1968 τονίζεται το κυρίαρχο θέμα της διοικητικής ενοποίησης των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιοχής κάτω από μια νέα αρχή που θα αντικαθιστούσε την πολλαπλότητα των άλλων φορέων όπως τα Περιφερειακά Νοσοκομειακά Συμβούλια, τα Συμβούλια των Διοικητών, τα Εκτελεστικά Συμβούλια κλπ.5 Στη δεύτερη πράσινη βίβλο τονίζεται ότι οι βασικοί στόχοι είναι η ενοποίηση, ο συντονισμός, η τοπική συμμετοχή και ο αποτελεσματικός κεντρικός έλεγχος.6

---

4. Ham, ό.π., σ.19-25, Levitt, Wall, ό.π., σ.10, Allsop, ό.π., σ.49-52 Klein, ό.π., σ.47-54,67-73,90-93, Abel-Smith, ό.π., σ.12-16,34-37

5. DHSS, First Green Paper, "NHS. The administrative structure of the medical and related services in England and Wales", 1968, σ.6,12

6. DHSS, Second Green Paper, "NHS. The future structure of the NHS", 1970, σελ.3

Επίσης αναφέρεται ότι η κυβέρνηση είχε αποφασίσει ότι οι νέες αρχές θα υπάγονταν κατευθείαν στο υπουργείο και όχι στην τοπική αυτοδιοίκηση, οι προσωπικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας θα παρέμεναν στην υπευθυνότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης και η περιοχή αρμοδιότητας των νέων υγειονομικών αρχών θα ήταν η ίδια με αυτή της τοπικής αυτοδιοίκησης.7

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι στην καρδιά των παραπάνω προβλημάτων βρισκόταν το πρόβλημα ελέγχου των δαπανών και η σχέση κέντρου περιφέρειας. Το υπουργείο προσπαθούσε να αυξήσει τον έλεγχο του πάνω στις περιφέρειες για να μπορέσει να επιτύχει μια σειρά στόχων όπως εθνικά στάνταρντς παροχών, αποτελεσματικότερες υπηρεσίες μέσω σχεδιασμού των υπηρεσιών και καλύτερης διοίκησης, έλεγχο των δαπανών και επαρκή χρήση των πόρων. Η αναδιοργάνωση του 1974 ήταν το ανώτατο σημείο της τάσης του "τεχνοκρατισμού-διευθυντισμού" αφού πιστεύονταν ότι η αναδιοργάνωση του συστήματος, ο σχεδιασμός και η ενδυνάμωση της διοίκησης με την ανάπτυξη τεχνικών όπως κόστους-οφέλους θα οδηγούσαν σε πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα.8

Στα πλαίσια του σχεδιασμού και του ορθολογισμού αλλά και των σχέσεων κέντρου περιφέρειας θα πρέπει να ειδωθεί και το "Σχέδιο για τα Νοσοκομεία" (Hospital Plan) του 1962. Το σχέδιο πρότεινε την κατασκευή νέων νοσοκομείων και τον εκσυγχρονισμό των ήδη υπαρχόντων. Στόχος ήταν η μείωση του μέσου χρόνου παραμονής για την αποδοτικότερη αξιοποίηση των κρεβατιών και η καλύτερη κατανομή των κρεβατιών μέσω της δημιουργίας των νέων νοσοκομείων. Επίσης στόχος ήταν η δημιουργία εθνικών στάνταρντς παροχής υπηρεσιών. Τέλος πιστεύονταν ότι η δημιουργία μεγάλων "Επαρχιακών Γενικών Νοσοκομείων" (District General Hospital) θα επέφεραν μεγαλύτερες οικονομίες κλίμακας.9

2.ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 1974-1982

2.1.ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Το 1973 ψηφίστηκε ο νόμος για την αναδιοργάνωση του NHS (NHS Reorganisation Act) ο οποίος καθόριζε τη νέα δομή του NHS η οποία θα ίσχυε από 1/4/1974.

---

7. DHSS, 1970, ό.π., σελ.ν

8. Allsop, ό.π., σελ.60, Klein, ό.π., σελ.62-66

9. Allsop, ό.π., σελ.55-57, Klein, ό.π., σελ.73-82

Σύμφωνα με τη νέα δομή10 οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (RHA) αντικατέστησαν τα Περιφερειακά Νοσοκομειακά Συμβούλια (RHB) και είχαν κάπως περισσότερες αρμοδιότητες και ελαφρά τροποποιημένα όρια. Ηταν 14 στον αριθμό και ήταν υπεύθυνες για το στρατηγικό σχεδιασμό της παροχής των νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών υγείας. Τα μέλη τους ορίζονταν από το υπουργείο υγείας και η χρηματοδότηση τους γινόταν επίσης από το υπουργείο.

Ο νέος θεσμός ήταν οι 90 Υγειονομικές Αρχές σε επίπεδο Περιοχής (AHA) των οποίων τα όρια ταυτίζονταν με αυτά της τοπικής αυτοδιοίκησης και αντικατέστησαν την τοπική αυτοδιοίκηση ως προς την ευθύνη της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Τα μέλη τους ορίζονταν κατά ένα ποσοστό από τις RHA, κατά ένα άλλο ποσοστό από την τοπική αυτοδιοίκηση και τέλος από μέλη του μη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ ο πρόεδρος ορίζονταν από το υπουργείο υγείας. Μερικές AHA είχαν και πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Εργο τους ήταν ο σχεδιασμός και η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας όπως νοσοκομειακή, κοινοτική και κατ'οίκον φροντίδα, η αναγνώριση των αναγκών, η διαχείρηση των πόρων που τους παρείχαν οι RHA και η παροχή κατάλληλης διαχείρησης και συνεργασίας με τις υπηρεσίες των οικογενειακών γιατρών.

Σε κάθε AHA υπήρχε μια Επιτροπή Οικογενειακών Γιατρών η οποία διαχειρίζονταν τα συμβόλαια των γενικών γιατρών. Τα μέλη της ορίζονταν από την AHA, την τοπική αυτοδιοίκηση και τους επαγγελματίες της περιοχής. Η χρηματοδότηση τους γινόταν από το υπουργείο υγείας.

Οι περισσότερες AHA διαιρούνταν σε επαρχίες που διοικούνταν από τις Επαρχιακές Ομάδες Διοίκησης (DMT) και σε κάθε επαρχία υπήρχαν τα Κοινοτικά Συμβούλια Υγείας (CHC) των οποίων σκοπός ήταν η παρουσίαση των απόψεων του κοινού στις υγειονομικές αρχές. Σε όλη την Αγγλία υπήρχαν περίπου 200 Κοινοτικά Συμβούλια.

Οσο αφορά τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία η καινοτομία ήταν η κατάργηση των Συμβουλίων των Διοικητών και κατ'επέκταση τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία έχασαν το προηγούμενο προνομιούχο καθεστώς τους.

---

10. Περιγραφή της νέας δομής βλ. Maynard, ό.π., σελ.189-190, Allsop ό.π., σελ.61-63, Ham, ό.π., σελ.28-30, M.Hill, "Understanding social policy", 1983, σελ.161-166, Levitt, Wall, ό.π., σελ.20-23, Klein, ό.π., σελ.93-97

2.2.Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΔΟΜΗΣ : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΚΡΙΤΙΚΗ

Η νέα δομή του συστήματος υγείας αποσκοπούσε στην εκπλήρωση δύο στόχων: στον αποτελεσματικότερο έλεγχο των δαπανών από το υπουργείο υγείας και στην καλύτερη εφαρμογή των επιλογών και των προτεραιοτήτων της κυβέρνησης μέσω ενός πλαισίου κατευθυντήριων γραμμών.

Οι επιλογές αυτές ήταν η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή των υπηρεσιών και η ανάπτυξη των υποβαθμισμένων υπηρεσιών όπως αυτές για τους ηλικιωμένους, τους ψυχικά άρρωστους και μειονεκτούντες,τους ανάπηρους και τους εξαρτημένους.

Η καλυτέρευση της αποδοτικότητας του συστήματος θα ήταν δυνατή με την νέα δομή διοίκησης και σχεδιασμού. Δηλαδή δημιουργία ομάδων διοίκησης σε κάθε επίπεδο είτε περιφέρειας είτε περιοχής (AMT,DMT) και εφαρμογή της "συναινετικής διοίκησης". Ο σχεδιασμός βασιζόταν στην συνεργασία με τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης μέσω των Μικτών Συμβουλευτικών Επιτροπών (JCC) και με το κοινό μέσω των Κοινοτικών Συμβουλίων Υγείας (CHC). Τέλος έγινε μια προσπάθεια δημοκρατικής συμμετοχής στο σύστημα μέσω της συμμετοχής των αντιπροσώπων των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων.11

Σύμφωνα με τον Klein12 η αναδιοργάνωση του 1974 ήταν μια προσπάθεια ικανοποίησης όλων και συμβιβασμού αντικρουόμενων σκοπών: προαγωγής της διαχειριστικής αποτελεσματικότητας αλλά και ικανοποίησης των επαγγελματιών, δημιουργίας αποτελεσματικής ιεραρχίας για την εφαρμογή των εθνικών πολιτικών αλλά και πεδίου δράσης για τους μάνατζερς στην περιφέρεια. Η παραπάνω πολιτική συνοψίζεται στο σλόγκαν: "Μέγιστη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων προς τα κάτω και μέγιστη λογοδότηση προς τα πάνω".

Σύντομα η νέα δομή δέχθηκε κριτικές που επικεντρώνονταν στα παρακάτω σημεία:13 α) ύπαρξη καθυστερήσεων στη λήψη των αποφάσεων, β) δυσκολία επίτευξης καλών σχέσεων μεταξύ των βαθμίδων διοίκησης, γ) ύπαρξη πολλών βαθμίδων διοίκησης, δ) αύξηση του διοικητικού και γραμματειακού προσωπικού κατά 16.400 άτομα, ε) απρόσμενη αύξηση του κόστους, στ) πρόκληση αναταραχής μεταξύ των εργαζομένων στο σύστημα υγείας λόγω της αναδιοργάνωσης. Δηλαδή η νέα δομή ήταν πολύ τεχνοκρατική και γραφειοκρατική.14

---

11. Allsop, ό.π., σελ.63-68

12. Klein, ό.π., σελ.99

13. Ham, ό.π., σελ.30

14. Klein, ό.π., σελ.98

3.ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 1982-1989

3.1.ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗΣ

Τα παραπάνω προβλήματα οδήγησαν στη σύσταση επιτροπών για τη μελέτη της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Ετσι το 1976 συστάθηκε Εξεταστική των Πραγμάτων Επιτροπή (Royal Commission) με σκοπό την εξέταση των συμφερόντων των ασθενών και των εργαζομένων και της χρησιμοποίησης και διαχείρησης των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων. Οι βασικές διαπιστώσεις και προτάσεις της Επιτροπής δημοσιεύτηκαν το 1979 και ήταν οι ακόλουθες:15

Σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών τόνιζε την έμφαση που έπρεπε να δοθεί στην πρόληψη. Οσο αφορά τους εργαζόμενους έδωσε έμφαση στις εργασιακές σχέσεις και στην απλοποίηση της διοικητικής δομής ώστε να χαραχθούν πιο εύκολα τα όρια των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων. Για τη σχέση NHS και άλλων υπηρεσιών διαπίστωσε την ανάγκη συνεργασίας με τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών και την εφαρμογή του μικτού σχεδιασμού. Τέλος για την χρηματοδότηση και τη διαχείρηση σύστησε την κατάργηση της διοικητικής βαθμίδας σε επίπεδο περιοχής και την ενσωμάτωση των Επιτροπών των Οικογενειακών Γιατρών στην κύρια δομή διοίκησης ώστε να ενδυναμωθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ενα άλλο συμβουλευτικό κείμενο απάντηση στις προτάσεις της Επιτροπής ήταν ένα κείμενο της νεοεκλεγήσας συντηρητικής κυβέρνησης που δημοσιεύτηκε το 1979 με τον τίτλο "Patients First" και οι κύριες απόψεις του ήταν:16 α) Κατάργηση των υγειονομικών αρχών σε επίπεδο περιοχής και δημιουργία υγειονομικών αρχών σε επίπεδο επαρχίας οι οποίες θα βρίσκονταν πιο κοντά στους τοπικούς προμηθευτές υπηρεσιών, στους ασθενείς και στην τοπική κοινότητα με σκοπό την μεταφορά της ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων στην κοινότητα. β) Διατήρηση των επιτροπών των οικογενειακών γιατρών. γ) Μεγαλύτερη εκπροσώπιση των τοπικών συμφερόντων στις υγειονομικές αρχές μέσω συμμετοχής στις αρχές αυτές και μεγαλύτερη ευελιξία των περιφερειακών υγειονομικών αρχών ως προς την διαχείρηση και την διοίκηση του συστήματος έτσι ώστε να ανταποκρίνεται περισσότερο στις τοπικές περιστάσεις και ανάγκες. δ) Υποβολή προτάσεων για το αν έπρεπε να διατηρηθούν ή όχι τα Κοινοτικά Υγειονομικά Συμβούλια.

---

15. Allsop, ό.π., σελ.126-127, Ham, ό.π., σελ.30-31

16. Allsop, ό.π., σ.127-129, Ham, ό.π., σ.31, Levitt, Wall, ό.π., σ.24

3.2.ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980

Τελικά υιοθετήθηκαν σε μεγάλο βαθμό οι προτάσεις του "Patients First" ενώ διατηρήθηκαν και τα Κοινοτικά Υγειονομικά Συμβούλια. Οι αλλαγές αυτές τέθηκαν σε λειτουργία από την 1/4/1982.

Σύμφωνα με τον Klein ενώ η αναδιοργάνωση του 1974 έδινε έμφαση στην αποδοτικότητα και τον ορθολογισμό, η αναδιοργάνωση του 1982 έδινε έμφαση στην απλοποίηση, στην τοπική κοινότητα και στο μικρό μέγεθος, στην αποκέντρωση του σχεδιασμού και υποβάθμιζε το ρόλο των ειδικών.17

Ομως η δεκαετία του 1980 κυριαρχήθηκε από το πρόβλημα των δημόσιων δαπανών και κατ'επέκταση και το σύστημα υγείας αντιμετώπισε τα ίδια προβλήματα. Ετσι τα αμέσως επόμενα χρόνια από την αναδιοργάνωση του 1982 ως θέμα συζήτησης τέθηκε η ιδιωτικοποίηση και η καλύτερη διαχείρηση του συστήματος.18

Οσο αφορά το θέμα της διαχείρησης το πρόβλημα ήταν η αναποτελεσματικότητα της "συναινετικής διοίκησης" η οποία οδηγούσε σε καθυστερήσεις στη λήψη των αποφάσεων αφού κανένα μέλος των ομάδων (DMT) δεν ήταν υπεύθυνο για την ανάληψη δράσης. Ετσι το 1983 συστάθηκε η ομάδα Griffiths με σκοπό την εξέταση και την υποβολή προτάσεων για την καλύτερη διοίκηση και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων. Οι κύριες διαπιστώσεις και προτάσεις της ομάδας ήταν:19 α) Υπήρχε μια θεσμική στασιμότητα στο NHS και μια έλλειψη σαφώς προσδιορισμένης γενικής διαχειριστικής λειτουργίας. β) Το σύστημα της συναινετικής διαχείρησης θα έπρεπε να αντικατασταθεί από ένα σύστημα γενικής διαχείρησης μέσω της δημιουργίας ενός Επιβλέποντος Συμβουλίου των Υπηρεσιών Υγείας (Health Service Supervisory Board) του οποίου έργο θα ήταν ο καθορισμός των στόχων και των κατευθύνσεων της υγειονομικής πολιτικής,η έγκριση του προυπολογισμού και της κατανομής των πόρων, η λήψη στρατηγικών αποφάσεων και η επίβλεψη της εκτέλεσης τους. γ) Ανάγκη ανάληψης διοικητικών ευθυνών από τους γιατρούς. δ) Διορισμός γενικών διευθυντών σε κάθε βαθμίδα του συστήματος οι οποίοι θα μπορούσαν να προέρχονται και έξω από το σύστημα υγείας και οι οποίοι θα μπορούσε να πληρώνονται ανάλογα με την απόδοση τους.

---

17. Klein, ό.π., σελ.136-137

18. Για το θέμα των δαπανών, της χρηματοδότησης, της ιδιωτικοποίησης και γενικότερα της διαχείρησης των πόρων του συστήματος υγείας βλ. επόμενο κεφάλαιο.

19. Levitt, Wall, ό.π., σελ.27-29, Ham, ό.π., σελ.33-35

Επίσης τη δεκαετία του 1980 έγιναν και μια σειρά άλλων αλλαγών όπως η εισαγωγή από το 1983 ανταγωνιζόμενων προσφορών από τον ιδιωτικό τομέα για υπηρεσίες πλυντηρίων, καθαρισμού και τροφοδοσίας αλλά και άλλων μορφών ιδιωτικοποίησης,20 η αναδιοργάνωση του συστήματος συλλογής στατιστικών δεδομένων, η εισαγωγή το 1984 περιορισμένης λίστας φαρμάκων21 με σκοπό την απομάκρυνση από το NHS του βάρους της πληρωμής των φαρμάκων και η προσπάθεια ελέγχου της δραστηριότητας των γενικών γιατρών με σκοπό τη μείωση της ζήτησης.22

Σύμφωνα με τους αναλυτές η πολιτική που ακολούθησε η Thatcher είχε δύο συνιστώσες: τον έλεγχο των δαπανών και την αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα στη φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα την χειροτέρευση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους ασθενείς.23 Ωστόσο μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι τελικά η πολιτική των συντηρητικών ως προς το σύστημα υγείας δεν εφάρμοσε τις πιο ριζοσπαστικές προτάσεις τους και τελικά δεν έγινε η ριζική αναδόμηση του συστήματος αλλά ακολουθήθηκαν γνωστές και δοκιμασμένες συνταγές.24

---

20. Αναλυτικότερα για τις μορφές ιδιωτικοποίησης βλ. Klein, ό.π., σελ.214-222 και L.Doyal, "Socialized medicine in crisis: The case of the British NHS", στο Οικονομία και Υγεία. Πρακτικά..., ό.π., 1989, σελ.425-426. Εκτενέστερη αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο.

21. Σε σχέση με τα φάρμακα κατά καιρούς εφαρμόστηκαν τρεις πολιτικές: αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων κυρίως μετά το 1979, εφαρμογή από το 1985 περιορισμένης λίστας φαρμάκων που μπορούσαν να γράψουν οι γενικοί γιατροί και τέλος μετά το 1991 εφαρμογή προυπολογισμών για φάρμακα στους γενικούς γιατρούς. Οι παραπάνω πολιτικές ενώ μείωσαν το κόστος των φαρμάκων στο NHS, ωστόσο αμφισβητήται η αποδοτικότητα τους ως προς το αποτέλεσμα τους πάνω στους ασθενείς. Αναλυτικότερα βλ. M.Ryan,B.Yule, "The way to economic prescribing",στο Health Policy,Special Issue, Economics in the new NHS, vol.25, September 1993, σελ. 25-38

22. OECD, 1992, ό.π., σελ.122

23. Doyal, 1989, ό.π., Jobling, 1989, στο "Beyond Thatcherism", ό.π., σελ.91-102

24. Jobling, ό.π., σελ.100

4.ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 1989 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

4.1.ΤΟ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι αλλαγές στην πολιτική υγείας που έλαβαν χώρα κατά τη δεκαετία του 1980 υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της επίδρασης δημογραφικών, τεχνολογικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων, εξωγενών προς το σύστημα υγείας.25 Ετσι η δημογραφική γήρανση και οι πρόοδοι της τεχνολογίας σε συνδυασμό με τα πλάνα των δαπανών της κυβέρνησης τα οποία οδήγησαν στην αύξηση του χάσματος μεταξύ των πραγματικών εισροών και των απαιτούμενων εκροών, είχαν ως αποτέλεσμα την κριτική της παραπάνω πολιτικής τόσο από τους γιατρούς όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.26

Αποτέλεσμα των κριτικών αυτών ήταν η διατύπωση του αιτήματος για αλλαγή η οποία διαμορφώθηκε με την εμφάνηση δύο απόψεων: η πρώτη υποστήριζε την αντικατάσταση του συστήματος από ένα σύστημα βασισμένο στην ασφάλιση υγείας ενώ η δεύτερη υποστήριζε την βελτίωση της χρήσης των πόρων μέσα στα πλαίσια του υπάρχοντος συστήματος αλλά με την εισαγωγή των εσωτερικών αγορών και του διευθυνόμενου ανταγωνισμού.27

Η άποψη που τελικά επικράτησε ήταν αυτή της εισαγωγής εσωτερικών αγορών στο υγειονομικό σύστημα. Μεγάλη επίδραση στην διαμόρφωση αυτών των θέσεων είχε η διατύπωση των προτάσεων του Enthoven οι οποίες αντανακλούσαν τις εμπειρίες του Αμερικάνικου συστήματος. Ο Enthoven ξεκίνησε από την διαπίστωση ότι η δομή του NHS δεν παρείχε τα απαραίτητα κίνητρα που θα οδηγούσαν προς την κατεύθυνση της παροχής καλύτερων υπηρεσιών με λιγότερο κόστος. Συμφώνησε με τις προτάσεις της ομάδας Griffiths καθώς και με την εισαγωγή των ανταγωνιζόμενων προσφορών από τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή υπηρεσιών πλυντηρίων, καθαρισμού και τροφοδοσίας. Ο ίδιος διατύπωσε την πρόταση της εισαγωγής εσωτερικών αγορών στο σύστημα και λειτουργίας των Επαρχιακών Υγειονομικών Αρχών (DHA) σύμφωνα με τα πρότυπα των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMO) που λειτουργούν στην Αμερική.28

---

25. Klein, ό.π., σελ.243

26. Klein, ό.π., σελ.229-233

27. Klein, ό.π., σελ.236

28. A.Enthoven, "Reflections on the management of the NHS. An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK", 1985, σελ.1-4

Οι δύο λευκές βίβλοι "Working for Patients" και "Caring for people" που εξέδωσε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων το 1989, συνοψίζουν τις προτάσεις και σκιαγραφούμ τη λογική των προτεινόμενων αλλαγών. Η χρηματοδότηση του συστήματος θα εξακολουθούσε να γίνεται από τη γενική φορολογία και το σύστημα θα εξακολουθούσε να είναι ανοικτό σε όλους. Ωστόσο προτείνονταν επτά σημαντικές αλλαγές:29 α) Παραχώρηση όσο το δυνατόν περισσότερων αρμοδιοτήτων στο τοπικό επίπεδο έτσι ώστε το σύστημα να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των χρηστών. β) Δημιουργία ενός νέου τύπου αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (NHS Hospital Trusts) τα οποία παρέμεναν εντός του συστήματος αλλά δεν υπόκεινταν στον έλεγχο των τοπικών αρχών, είχαν την ολοκληρωτική αρμοδιότητα σε ότι αφορά τις υπηρεσίες που παρείχαν και το προσωπικό που απασχολούσαν και χρηματοδοτούνταν από τα συμβόλαια που έκλειναν. γ) Δυνατότητα των νοσοκομείων να παρέχουν υπηρεσίες σε διαφορετικές υγειονομικές αρχές εκτός των διοικητικών συνόρων της περιοχής που ανήκουν αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. δ) Δημιουργία 100 νέων θέσεων διευθυντών ειδικοτήτων για μείωση του χρόνου αναμονής και καλυτέρευση της ποιότητας των υπηρεσιών. ε) Δυνατότητα σε ομάδες γενικών γιατρών να διαχειρίζονται δικούς τους προυπολογισμούς και να αγοράζουν υπηρεσίες από τα νοσοκομεία. στ) Μείωση του μεγέθους των διοικητικών σωμάτων και ακριβής καθορισμός των αρμοδιοτήτων τους με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας της διαχείρησης του συστήματος. ζ) Αυστηρότερος έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών και της αξίας των χρημάτων για να βεβαιωθεί η καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων.

4.2.ΟΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ : ΜΙΑ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ

Τελικά οι αλλαγές που έγιναν κινήθηκαν στο πλαίσιο που διέγραφε το "Working for Patients". Το βασικό τους χαρακτηριστικό ήταν ότι σηματοδοτούσαν τη μετάβαση από ένα ολοκληρωμένο-ενοποιημένο σύστημα (integrated model) όπου η ασφάλιση και η παροχή της φροντίδας υγείας γινόταν από τον ίδιο οργανισμό και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γινόταν με βάση σφαιρικούς προυπολογισμούς, προς ένα σύστημα όπου διαχωρίζονται οι αγοραστές-ασφαλιστές ή τρίτοι πληρωτές από τους προμηθευτές και συνάπτονται μεταξύ τους συμβόλαια. Επίσης οι αλλαγές αυτές σήμαιναν την εισαγωγή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού στη πλευρά της προσφοράς.30

Ετσι ως κύριοι αγοραστές των υπηρεσιών υγείας καθορίστηκαν οι Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές (DHA) οι οποίες λαμβάνουν ένα χρηματικό ποσό από τη κεντρική κυβέρνηση ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν και σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια όπως η σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικία, οι δείκτες θνησιμότητας κλπ., φόρμουλα

---

29. DHSS, "Working for Patients", 1989, σελ.2-5, DHSS,"Caring for people", 1989, σελ.3-6

30. OECD, 1992, ό.π., σελ.122

με βάση την οποία γίνονταν η περιφερειακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με το RAWP. Αυτές καθορίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού τους με βάση επιδημιολογικές μελέτες, προσδιορίζουν την προτεραιότητα στο είδος των υπηρεσιών που πρέπει να δοθεί έμφαση και συνάπτουν συμβόλαια με νοσοκομεία και προμηθευτές υπηρεσιών. Επίσης δόθηκε η ευκαιρία σε ομάδες γενικών γιατρών που κάλυπταν τουλάχιστον 7.000 ασθενείς να αγοράζουν υπηρεσίες εκ μέρους των ασθενών τους από νοσοκομεία και εργαστήρια εξετάσεων. Τους δόθηκε ακόμα προυπολογισμός για την κάλυψη και φαρμακευτικών δαπανών.31

Ειδικότερα όσο αφορά τους γενικούς γιατρούς ο στόχος ήταν η προώθηση του ανταγωνισμού μεταξύ των γενικών γιατρών, η στενότερη σύνδεση του συστήματος αμοιβής των γιατρών με την απόδοση τους και η έμφαση στην πρόληψη και τον έλεγχο των ασθενειών. Για να ανταποκρίνονται περισσότερο οι γιατροί στις ανάγκες των ασθενών τους η κυβέρνηση έδωσε έμφαση στην αμοιβή σύμφωνα με τους εγγεγραμμένους στις λίστα των γιατρών έτσι ώστε αυτό το είδος της αμοιβής να αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος των γιατρών. Επίσης καθορίστηκαν αμοιβές που έδιναν κίνητρα στους γεγικούς γιατρούς να παρέχουν και υπηρεσίες πρόληψης.32

Επομένως βλέπουμε ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο σύστημα έγινε στην πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών και όχι στην πλευρά της χρηματοδότησης αφού θεωρήθηκε ότι η χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας είχε το πλεονέκτημα ότι παρείχε καθολική κάλυψη και δεν εμφάνιζε το φαινόμενο της "ανάστροφης επιλογής", είχε θετικές αναδιανεμιτικές επιπτώσεις και χαμηλό κόστος διαχείρισης.33

Στα πλαίσια των παραπάνω αλλαγών αποκτά βαρύνουσα σημασία η διαδικασία σύναψης των συμβολαίων μεταξύ προμηθευτών-αγοραστών. Γιατί οι προμηθευτές θα πρέπει να καθορίσουν επακριβώς το πακέτο των υπηρεσιών που προσφέρουν, σε ποιόν το προσφέρουν και σε τι κόστος. Οι αγοραστές από την άλλη πλευρά θα πρέπει να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι προμηθευτές, τόσο από άποψη τιμής όσο και από άποψη ποιότητας των υπηρεσιών.34 Για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη

---

31. Αναλυτικότερα στο H.Glennester, "The English health reform. Why and wherefore?", στο M.Matsaganis, H.Glennester, "The English and Swedish health care reforms", 1992, σελ.27-29

32. D.Hughes, "General practitioners and the new contract: promoting better health through financial incentives", στο Health Policy, Special Issue..., ό.π., 1993, σελ.39-50

33. C.Donaldson, G.Mooney, "The new NHS in a global context: is it taking us where we want to be?", στο Health Policy, Special Issue, ό.π., 1993, σελ.11-15

34. Αναλυτικότερα για τις διαδικασίες σύναψης των συμβολαίων και τους τύπους των συμβολαίων βλ. J.Cairns, "Contracts: problems and prospects", στο Health Policy, Special Issue, ό.π., 1993,

λειτουργία του συστήματος είναι απαραίτητη η ύπαρξη ακριβών πληροφοριών σχετικά με τον προσδιορισμό και την αποτίμηση των αναγκών35 και τη στοχοθεσία συγκεκριμένων προτεραιοτήτων με βάση για παράδειγμα μεθόδους κόστους-χρησιμότητας.36 Το κύριο πρόβλημα που ανακύπτει είναι ακριβώς η απουσία αυτών των στοιχείων και η δυσκολία απόκτησης τους.

Η αποτίμηση των αποτελεσμάτων των αλλαγών αυτών είναι δύσκολο να γίνει αφού βρίσκονται ακόμα στο προκαταρκτικό στάδιο εφαρμογής τους. Δεν έχει επιτευχθεί ακόμα ο σαφής διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών αφού μέχρι το 1991 τα περισσότερα νοσοκομεία διοικούνταν ακόμα από τις Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές οι οποίες εξακολουθούσαν να κατέχουν μονοψωνειακή δύναμη, δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός προμηθευτών, δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση ως προς το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών και η αγορά δεν λειτουργεί ακόμα τελείως ελεύθερη αφού εξακολουθούν να υπάρχουν κυβερνητικές παρεμβάσεις.37

Ωστόσο εκφράζονται φόβοι ότι θα αυξηθεί το κόστος του συστήματος λόγω αδυναμίας ελέγχου των αμοιβών των γιατρών και λόγω της ανάγκης για επενδύσεις σε συστήματα πληροφορικής και διαχείρισης τα οποία θα υποστηρίξουν τις εσωτερικές αγορές, θα δοθεί περισσότερη έμφαση στην ποσότητα και όχι την ποιότητα των υπηρεσιών, θα υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στην ισοτιμία στην πρόσβαση, θα υπάρξει επανακαθορισμός των προτεραιοτήτων στην πολιτική υγείας αφού θα περιοριστεί η κλινική αυτονομία των γιατρών και θα αυξηθεί το κύρος των μάνατζερς με συνέπεια τη σταδιακή εγκατάληψη της καθολικότητας των υπηρεσιών και την άρση της ισότητας, ενώ τέλος υπάρχει και το πρόβλημα επιλογής από τους γενικούς γιατρούς κάλυψης ασθενών με τους μικρότερους κινδύνους.38

Αλλες απόψεις όμως υποστηρίζουν ότι τελικά οι αλλαγές που έγιναν

σελ.127-140

35. C.Donaldson, S.Farrar, "Needs assessment: developing an economic approach", στο Health Policy, Special Issue, ό.π., 1993, σ.95-108

36. K.Gerard, "Setting priorities in the new NHS: can purchasers use cost-utility information?", στο Health Policy, Special Issue, ό.π., 1993, σελ.109-125

37. Βλ. Glennester, ό.π., σελ.32-33 ο οποίος εξετάζει το βαθμό εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων με βάση την επίτευξη τεσσάρων κριτηρίων: τον σαφή διαχωρισμό αγοραστών-προμηθευτών, την ύπαρξη πολλών αγοραστών και προμηθευτών, την επαρκή πληροφόρηση των αγοραστών και την ελευθερία της λειτουργίας της αγοράς.

38. OECD, 1992, ό.π., σελ.126-127, A.Maynard, "Competition in the UK NHS: Mission impossible?", στο Health Policy, vol.23, no 3, March 1993, σελ.193-204

δεν οδήγησαν στην ιδιωτικοποίηση και στην καταστροφή του συστήματος αλλά η ποιότητα των υπηρεσιών αντί να χειροτερεύσει βελτιώθηκε, εισήχθηκαν κριτήρια εξορθολογισμού των υπηρεσιών, οι γενικοί γιατροί μπορεί να αποδειχθούν καλύτεροι αγοραστές υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών τους, η λειτουργία των νοσοκομείων καλυτέρευσε και γενικά η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και διευθυνόμενου ανταγωνισμού έχει θετικές επιδράσεις.39

Σύμφωνα με μελέτες το κόστος των αλλαγών και το διοικητικό κόστος ήταν τεράστιο και αφαίρεσε πόρους από την προστασία των ασθενών χωρίς να υπάρξει όμως και ταυτόχρονο όφελος ως προς την οργανωτική αποδοτικότητα. Η ταχύτητα των αλλαγών ήταν μεγάλη και δεν υπήρξαν επαρκείς κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή των αλλαγών αυτών. Οι "οιωνεί αγορές" αποτελούν μια άγνωστη περιοχή για τους μάνατζερς ενώ εμφανίζονται προβλήματα και στη λειτουργία των εσωτερικών αγορών. Η μονοπωλειακή δύναμη των αγοραστών και των προμηθευτών εγγυμονεί κινδύνους. Τέλος ενώ η σύναψη συμβολαίων είναι μια κοινή μέθοδος εισαγωγής του ανταγωνισμού στις δημόσιες υπηρεσίες, ωστόσο είναι και η πιο δύσκολη αφού η παρακολούθηση των συμβολαίων απαιτεί μεγάλες ικανότητες τις οποίες φαίνεται ότι οι μανατζερς δεν κατέχουν.40

Ο Maynard θέτει δύο βασικά ερωτήματα: κατά πόσο τα μέτρα που εφαρμόστηκαν βοηθούσαν στη δημιουργία ανταγωνιστικής αγοράς και κατά πόσο αυτή η μορφή υπεραπλουστευμένου ανταγωνισμού ήταν η κατάλληλη για την επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί.41

Οσο αφορά το πρώτο ερώτημα διαπιστώνεται ότι δεν δημιουργήθηκαν οι απαραίτητες δομές αφού τα πεδία δραστηριότητας των αγοραστών των υπηρεσιών αλληλοεπικαλύπτονται, η ελευθερία στη διαμόρφωση των τιμών είναι περιορισμένη και το ΕΣΥ δεν έχει μηχανισμό κοστολόγησης των υπηρεσιών, η απουσία πληρέστερων στοιχείων σχετικά με τα αποτελέσματα της παροχής των υπηρεσιών σε συνδυασμό με την προσπάθεια ελαχιστοποίησης των δαπανών μπορούν να οδηγήσουν στην υποβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, η καθυστέρηση απελευθέρωσης των συμβάσεων εργασίας θα οδηγήσει στην αύξηση των μισθών, υπάρχει ο κίνδυνος να μειωθεί το πλεονάζον δυναμικό με αποτέλεσμα να υπονομευθεί ανταγωνισμός, φαίνεται ότι η ελευθερία επιλογής του καταναλωτή θα είναι τελικά περιορισμένη αφού δεν θα μπορούν να επηρρεάσουν τις τεχνολογικές επιλογές της θεραπείας και τέλος μπαίνει πάντα το ερώτημα της

---

39. OECD, 1992, ό.π.,σελ.128, Glennester, 1992, ό.π., σελ.34-39

40. J.Allsop, A.May, "Between the devil and the deep blue sea: managing the NHS in the wake of the 1990 Act", στο Critical Social Policy, Issue 38, vol.13, no 2, Autumn 1993, Maynard, 1993, ό.π., σελ.193-204

41. A.Maynard, "Τί σημαίνει ο ανταγωνισμός στον τομέα της υγείας", στο συμπόσιο της εφημερίδας Τα Νέα, με θέμα "Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992", Αθήνα 1991, σελ.63-74

ισότητας αφού οι ανισότητες στο σύστημα παραμένουν και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν δεν αντιμετώπισαν το ζήτημα αυτό.42

Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα το πρόβλημα εντοπίζεται στην έννοια του ανταγωνισμού αυτής καθ'αυτής και στη σημασία των κοινωνικών αξιών ως δημιουργών κινήτρων για εργασία και συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων. Ετσι η ιδιοτέλεια ως πυρήνας του ανταγωνισμού πολλές φορές είναι αντίθετη με τις περισσότερες συναλλαγές που γίνονται τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.43

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι υπάρχει ένας ευρύτερος προβληματισμός για το κατά πόσο οι νέες αλλαγές στο σύστημα θα έχουν θετική επίδραση τόσο στην τεχνική και επιμεριστική αποδοτικότητα των πόρων όσο και στην ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών.44

Προς το παρόν φαίνεται ότι επαληθεύονται αυτοί που εκφράζουν τις επιφυλάξεις τους ως προς την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων. Σε μια σειρά ερευνών αξιολόγησης των μεταρρυθμίσεων του NHS που χρηματοδότησε το King's Fund Institute διατυπώνονται έντονες επιφυλάξεις οι οποίες συχνά γίνονται αρνητικές. Οι W.Bartlett, J.Le Grand τονίζουν τη δυσκολία να προσδιοριστεί η συμπεριφορά των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων (NHS Trusts) και επομένως τη δυσκολία διαμόρφωσης μηχανισμών που να επιβεβαιώνουν ότι τα νοσοκομεία αυτά θα ανταποκριθούν στους προκαθορισμένους στόχους πολιτικής. Οι H.Glennerster et al. εξετάζοντας τους γενικούς γιατρούς που διαχειρίζονται δικούς τους προυπολογισμούς, δείχνουν ότι δεν είναι ακόμα σαφές ποια τάση θα διαμορφωθεί, αν δηλαδή ο θεσμός τελικά καταργηθεί ή αν αποκτήσει σημαντική θέση στο σύστημα. Οι A.Mahon et al. διαπιστώνουν ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς είχε ελάχιστα θετικά αποτελέσματα ως προς τη δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Οι D.Jones et al. εξετάζοντας τις υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους έφτασαν στο συμπέρασμα ότι οι προτεραιότητες που τέθηκαν δεν ανταποκρίθηκαν στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι S.Kerrison et al., σε σχέση με τον ιατρικό έλεγχο (medical audit) διαπιστώνουν ότι εφαρμόστηκε σε πολύ στενά πλαίσια, κυριαρχήθηκε από τις ανώτερες βαθμίδες γιατρών αποκλείωντας άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και δεν υπήρξαν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές ως προς τα κριτήρια που έπρεπε να χρησιμοποιηθούν. Τέλος όσο αφορά την ισότητα η M.Whitehead βρήκε ότι σε πολλές υπηρεσίες το αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων ήταν η αύξηση της απόδοσης σε βάρος όμως της ισότητας.45

---

42. Maynard, 1991, ό.π.

43. Maynard, 1991, ό.π.

44. Donaldson, Mooney, 1993, ό.π., σελ.9-24

45. Ολες οι παραπάνω μελέτες είναι συγκεντρωμένες στο συλλογικό τόμο R.Robinson, J.Le Grand, (eds.), "Evaluating the NHS reforms", King's Fund Institute 1994

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι με τις αλλαγές του 1989 προκύπτουν οι παρακάτω τάσεις:46 Αντίθετα με τις τάσεις στις αρχές της δεκαετίας του 1980 εμφανίζεται μια τάση συγκεντρωτισμού τόσο ως προς τη στοχοθεσία όσο και ως προς την παρακολούθηση των διαδικασιών από το Υπουργείο Υγείας, αναζωογόνηση της πίστης στον "διευθυντισμό-τεχνοκρατισμό", επέκταση της ιδιωτικοποίησης και έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης.

---

46. Klein, 1989, ό.π., σελ.200

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ

Ενα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά μιας χώρας που επιδρά άμεσα στο σύστημα υγείας της είναι το οικονομικό επίπεδο της χώρας το οποίο προσδιορίζει τόσο το επίπεδο υγείας των ατόμων όσο και το μέγεθος των δαπανών για την υγεία. Ετσι οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας το 1987 ήταν για τις βιομηχανικές χώρες $670, για τις αναπτυσσόμενες χώρες με μεσαίο εισόδημα 31$ και για τις χώρες με πολύ χαμηλό εισόδημα ήταν $9.1 Η χρηματοδότηση και οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αποκτούν ιδιαίτερη σημασία αφού επηρρεάζουν το βαθμό επίτευξης των στόχων που έχουν τεθεί όσο αφορά την πολιτική υγείας.2

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο σύστημα και τις πηγές χρηματοδότησης του NHS της Αγγλίας και σε ορισμένους δείκτες δαπανών υγείας τόσο σε απόλυτα ποσά όσο και ως ποσοστά στο ΑΕΠ.

1.ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ NHS

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι η γενική φορολογία, οι ειδικοί φόροι, οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση οι απευθείας πληρωμές από τους χρήστες και οι φιλανθρωπικές δωρεές. Η προέλευση των κεφαλαίων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι σημαντική γιατί καθορίζει την αναδιανεμητική επίδραση του συστήματος χρηματοδότησης.3

Ετσι έχει βρεθεί από μελέτες ότι τα δημόσια συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τη φορολογία τείνουν να είναι ήπια προοδευτικά ενώ τα συστήματα που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση και τα ιδιωτικά συστήματα τείνουν να είναι αντίστροφα προοδευτικά.4

Ειδικότερα όσο αφορά το NHS της Αγγλίας παρατηρούμε ότι πάνω από το 85% της χρηματοδότησης του NHS προέρχεται σταθερά από τον δημόσιο τομέα είτε με τη μορφή της φορολογίας της οποίας το ποσοστό εμφανίζει μια φθίνουσα τάση από 78% σε 69,5% είτε με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης η οποία από 10% έφτασε στο 17%. Η ιδιωτική ασφάλιση παίζει το ρόλο της συμπληρωματικής κάλυψης ενώ οι άμεσες πληρωμές των χρηστών αναφέρονται σε επιβαρύνσεις για

---

1. Roemer, 1993, ό.π., σελ.137

2. WHO, 1978, ό.π., σελ.9

3. OECD, 1987, ό.π., σελ.25

4. Doorslaer, Wagstaff, 1993, ό.π., σελ.20-45

φάρμακα, οφθαλμιατρική και οδοντιατρική φροντίδα.5

Αναλυτικότερα η ποσοστιαία διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης εμφανίζεται να είναι η παρακάτω:

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΠΗΓΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ NHS

Πόροι	1982	1985
Φόροι	78,0	69,5
Κοινωνική Ασφάλιση	10,0	17,0
Σύνολο Δημόσιου Τομέα	88,0	86,5
Ιδιωτική Ασφάλιση	3,8	4,8
Αμεσες Πληρωμές Χρηστών	8,2	8,7
Σύνολο Ιδιωτικού Τομέα	12,0	13,5
Σύνολο	100	100

ΠΗΓΗ:Heidenheimer et al.1990 και Doorslaer,Wagstaff 1993

2.ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συνολικές δαπάνες υγείας σε απόλυτα μεγέθη ακολουθούν μια σταθερή ανοδική πορεία ο ρυθμός της οποίας όμως ανακόπτεται μετά το 1985. Παρόμοια πορεία ακολουθούν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας.

---

5. Σύμφωνα με τον Lindsay η ανισότητα των μεριδίων στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να περιοριστεί είτε με την επιχορήγηση μέσω της γενικής φορολογίας η οποία βοηθά στην αύξηση της κατανάλωσης των φτωχών, είτε με περιορισμούς μέσω εξορθολογισμού στην κατανάλωση των πλουσίων. Το NHS ικανοποιεί και τις δύο προυποθέσεις αφού χρηματοδοτήται κυρίως από γενικά έσοδα που προέρχονται από τη γενική φορολογία η οποία είναι προοδευτική και αφού όλοι οι πολίτες συμμετέχουν στο NHS και η δυνατότητα αγοράς υπηρεσιών έξω από το σύστημα είναι περιορισμένη. Βλ. C.Lindsay, 1973, "Medical care and equality", στο Cooper, Culyer, "Health economics", ό.π., σελ.75-89
Αυτό το συμπέρασμα προυποθέτει ότι η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη και παίζει το ρόλο του υποκατάστατου και όχι του συμπληρώματος του NHS.Αυτό το γεγονός ίσχυε απόλυτα μέχρι τη δεκαετία του 1970,όμως μετά τη δεκαετία του 1980 ύστερα από τα μέτρα της Thatcher,παρατηρήθηκε μια αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης θέτοντας σε αμφισβήτηση τη δεύτερη προυπόθεση.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ,ΔΗΜΟΣΙΕΣ,ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ
(σε εκατομ. δολ.)

Δαπάνες	1975	1980	1985	1987
Συνολικές	5.784	13.333	21.135	24.798
Δημόσιες	5.268	11.942	18.338	21.433
Ιδιωτικές	516	1.391	2.797	3.365

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Στο σύνολο των δαπανών υγείας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών το αποτελούν οι δημόσιες δαπάνες οι οποίες καλύπτουν σταθερά ένα ποσοστό πάνω από το 85% του συνόλου των δαπανών.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ

1970	1975	1980	1982	1984
87,0	90,3	90,4	90,2	88,9

ΠΗΓΗ:OECD 1987

Οσο αφορά το ποσοστό των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ φαίνεται ότι μετά το 1980 υπάρχει μια σταθερότητα του μεριδίου τόσο των συνολικών όσο και των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ,ΔΗΜΟΣΙΕΣ,ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

Δαπάνες	1975	1980	1985	1987
Συνολικές	5,5	5,8	6,0	6,1
Δημόσιες	5,0	5,2	5,2	5,3
Ιδιωτικές	0,5	0,6	0,8	0,8

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες αυτό το ποσοστό εμφανίζεται αρκετά χαμηλό γεγονός που σε πρώτη φάση δείχνει ότι ένα Εθνικό σύστημα Υγείας δεν είναι και πιο σπάταλο από άλλα συστήματα υγείας. Ετσι το ποσοστό των δαπανών υγείας ως ποσοστό στο ΑΕΠ για ορισμένες Ευρωπαικές χώρες το 1987 ήταν το παρακάτω:

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΤΟ ΑΕΠ

Χώρα	Ποσοστό ΑΕΠ
Αυστρία	8,4
Βέλγιο	7,2
Καναδάς	8,6
Φινλανδία	7,4
Γαλλία	8,6
Γερμανία	8,2
Ιταλία	6,9
Ολλανδία	8,5
Σουηδία	9,0

OECD:1990

Η αύξηση του μεριδίου των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ μεταξύ 1975-1987 όπου από 5,5% έγινε 6,1% το 1987 και η οποία αντιπροσωπεύει μια ονομαστική αύξηση 13%, οφείλεται κατά 10,8% στον πληθωρισμό και κυρίως στον γενικό πληθωρισμό και όχι στον πληθωρισμό των υπηρεσιών υγείας, πράγμα το οποίο σημαίνει μια σημαντική εξωγενή στο σύστημα υγείας αυξητική επίδραση στις δαπάνες υγείας. Έτσι η πραγματική αύξηση των δαπανών υγείας ήταν 2% από το οποίο το 0,1% οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού και το 1,9% στην αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ,ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΕ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

1.Μερίδιο δαπανών υγείας στο ΑΕΠ το 1975	5,5
2.Ονομαστική αύξηση των δαπανών υγείας	13,0
3.Αποπληθωριστής τιμών υπηρεσιών υγείας	10,8
4.Αποπληθωριστής ΑΕΠ	9,7
5. 3-4	1,1
6.Πραγματική αύξηση δαπανών	2,0
7.Από την οποία η αύξηση του πληθυσμού είναι	0,1
8.και η κατά κεφαλή αύξηση του όγκου των υπηρεσιών είναι	1,9
9.Μερίδιο δαπανών υγείας στο ΑΕΠ το 1987	6,1

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας βρίσκονται σε ένα μέσο επίπεδο αφού για το έτος 1987 είναι χαμηλότερες από τις αντίστοιχες δαπάνες χωρών που έχουν παρόμοιο με την Αγγλία ύψος του κατά κεφαλή ΑΕΠ όπως είναι η Αυστραλία ($939), η Αυστρία ($982), το Βέλγιο ($879), η Φιλανδία ($949), η Γαλλία ($1.105), η Ιταλία ($841), η Ολλανδία ($1.041) κλπ.

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΑΕΠ (σε δολλάρια)

Κατά κεφαλή	1970	1984	1987
Δαπάνες Υγείας	161	658	758
ΑΕΠ	3.563	11.068	12.340

ΠΗΓΗ:OECD 1987,1990

Η ελαστικότητα των δαπανών υγείας διαφέρει ανάλογα με την υπό εξεταζόμενη περίοδο. Ετσι ενώ τη περίοδο 1960-1975 οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ρυθμό μεγαλύτερο από αυτόν του ΑΕΠ, τη περίοδο 1975-1984 ο ρυθμός πέφτει και τώρα οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ρυθμό ίσο με αυτόν του ΑΕΠ. Η πτώση είναι ακόμα μεγαλύτερη αν εξετάσουμε την περίοδο 1980-1984. Η πορεία αυτή συνδέεται με τις πετρελαικές κρίσεις και την οικονομική στασιμότητα μετά το 1975.

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΕΠ ΣΤΗ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ

1960-1975	1975-1984	1980-1984	1960-1984	1975-1987
2,1	1,0	0,4	2,1	1,0

ΠΗΓΗ:OECD 1987,1990

Τέλος όσο αφορά τη σύνθεση των δαπανών υγείας βλέπουμε ότι τη μερίδα του λέοντος απορροφά η ιδρυματική περίθαλψη της οποίας το μεγαλύτερο μέρος καλύπτει η νοσοκομειακή περίθαλψη, τη δεύτερη θέση στις δαπάνες καταλαμβάνουν οι δαπάνες για θεραπευτικά μέσα, βιοιατρική έρευνα κλπ ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκεται στην τρίτη θέση.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Δαπάνες για	1970	1980	Μεταβολή
Πρωτοβάθμια	13,8	11,2	-1,6
Ιδρυματική	56,3	59,7	0,7
Φάρμακα	9,9	10,3	0,4
Αλλες δαπάνες	20,0	20,0	-
Σύνολο	100	100	

ΠΗΓΗ:OECD 1987

3.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ενα από τα κυριώτερα θέματα που συζητήθηκε σε σχέση με το NHS ήταν το πρόβλημα της χρηματοδότησης. Η υπόθεση του Beveridge για μείωση των δαπανών υγείας όταν θα είχε καλυτερέψει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δεν επαληθεύτηκε. Ετσι σε σταθερές τιμές 1949 το συνολικό κόστος του NHS ήταν το ακόλουθο:

ΚΟΣΤΟΣ NHS

Ετος	Στερλίνες (εκατ.)
1949	437
1955	452
1960	588
1965	716
1970	898
1975	1248
1980	1433
1984	1490

ΠΗΓΗ:Ham 1985

Οι αιτίες αυτής της εξέλιξης ήταν:6 α) το ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι απεριόριστη, β) οι νέες τεχνολογίες δημιουργούν ζήτηση, γ) ζήτηση γεννά και η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, δ) ταυτόχρονα εμφανίζονται ανικανοποίητες ανάγκες στην κοινότητα, ε) η γήρανση γεννά και αυτή αύξηση της ζήτησης, στ) ιδιαίτερα τη δεκαετία του 1960 αυξάνεται η πίεση για αύξηση των μισθών από τους εργαζόμενους στο NHS.

Ετσι ήδη από το 1950 επιβλήθηκε από την κυβέρνηση ένα ανώτατο όριο χρηματοδότησης του συστήματος. Επίσης από το 1951 εισήχθηκε στο σύστημα συμμετοχή των χρηστών για οφθαλμολογικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες ενώ το 1953 συστήθηκε και η επιτροπή Guillebaud για να εξετάσει το πρόβλημα του κόστους του NHS και η οποία τελικά αποφάνθηκε ότι το πρόβλημα δεν ήταν τόσο έντονο όσο παρουσιαζόταν. Αυτή η έμφαση στον έλεγχο του κόστους είχε ως συνέπεια τις πολύ χαμηλές επενδύσεις κεφαλαίου σε νοσοκομεία αφού πολύ λίγα νοσοκομεία κτίστηκαν ή επιδιορθώθηκαν.7

Τα παραπάνω προβλήματα οδήγησαν ακόμα και σε προτάσεις για τη μετατροπή του συστήματος σε σύστημα βασισμένο στην κοινωνική ασφάλιση, πρόταση που απορρήφθηκε από τον Bevan για δύο κυρίως λόγους: για λόγους ισότητας και γιατί υπήρχε ο στόχος η χρηματοδότηση του NHS να έχει αναδιανεμητικές επιπτώσεις.8

Η οικονομική κρίση μετά το 1974 οδήγησε σε μέτρα περικοπής των δημόσιων δαπανών πράγμα το οποίο είχε αντίκτυπο και στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Ετσι από το 1977 εφαρμόστηκε ένα είδος σφαιρικού προυπολογισμού, τα "cash limits",σύμφωνα με τα οποία κάθε υγειονομική υπηρεσία δεν πρέπει να ξεπερνά έναν ορισμένο προυπολογισμό, αφού αν γίνει κάτι τέτοιο

---

6. Ham, 1985, ό.π., σελ.38-39, Klein, 1989, ό.π., σελ.68-70

7. Abel-Smith, 1978, ό.π., σελ.13-14, Klein, 1989, ό.π., σελ.34

8. Klein, 1989, ό.π., σελ.38

(και ιδιαίτερα αν οφείλονταν σε αύξηση των μισθών οι οποίοι απορροφούσαν το 70% του προυπολογισμού του NHS), ο προυπολογισμός της επόμενης χρονιάς θα είναι μειωμένος κατά το ποσό της υπέρβασης.9

Επίσης τη δεκαετία του 1980 δίνεται έμφαση πέρα από τις πολιτικές διευθυνόμενου ανταγωνισμού οι οποίες αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο και σε μια άλλη πολιτική: την πολιτική της ιδιωτικοποίησης στην οποία αναφέρεται το επόμενο υποκεφάλαιο.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ένα από τα βασικότερα ζητήματα είναι ο καθορισμός ενός κατάλληλου και γενικά αποδεκτού επιπέδου δαπανών δεδομένου του προβλήματος καθορισμού και μέτρησης των αναγκών για φροντίδα υγείας. Συνέπεια αυτού του προβλήματος είναι και η αναζήτηση μέτρων για τον προσδιορισμό της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας στην χρήση των πόρων.10

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έμφαση στην ιδιωτικοποίηση του τομέα υγείας δόθηκε μετά το 1979 με την άνοδο των συντηρητικών στην κυβέρνηση και σε σχέση με το NHS εκφράστηκε κυρίως με τους παρακάτω τρόπους:11 α) Την παραγωγή υπηρεσιών φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα με ιδιωτική χρηματοδότηση που περιλαμβάνει τόσο την άμμεση παροχή υπηρεσιών όσο και τις ιδιωτικές ασφάλειες υγείας, δηλαδή τον ιδιωτικό τομέα με την καθαρή έννοια του όρου. β) Την αγορά από το δημόσιο υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα όπως για παράδειγμα υπηρεσίες τροφοδοσίας κλπ, πολιτική που εντάσσεται στα πλαίσια της εισαγωγής στοιχείων ανταγωνισμού στο σύστημα. γ) Την παροχή δημόσιων χρημάτων για την αγορά από τα άτομα υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, όπως για παράδειγμα τα επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης για την ιδρυματική φροντίδα των ηλικιωμένων. δ) Την ιδιωτική χρηματοδότηση του NHS από τα άτομα όπως για παράδειγμα οι επιβαρύνσεις για φάρμακα και για οφθαλμολογικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. ε) Την ύπαρξη στα δημόσια νοσοκομεία των "paybeds", δηλαδή ενός αριθμού κρεβατιών στα οποία οι γιατροί θα μπορούσαν να περιθάλπουν ασθενείς εκτός NHS με πληρωμή.

---

9. Allsop, 1984, ό.π., σελ.91, Levitt, Wall, 1989, ό.π., σελ.104, Klein, 1989, ό.π., σελ.109-110

10. Allsop, 1984, ό.π., σελ.98

11. Klein, 1989, ό.π., σελ.214, J.Le Grand, D.Winter, F.Woolley, "The NHS: Safe in whose hands?", στο Barr, Coulter et al., "The state of welfare. The welfare state in Britain since 1974", 1990, σελ.103-108, Doyal, 1989, ό.π.

Στον προβληματισμό που προέκυψε αναφέρθηκαν επιχειρήματα υπέρ και κατά της ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας.12 Τα επιχειρήματα υπέρ ήταν ότι ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής από πλευράς του καταναλωτή, καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών αφού η όποια εγχείρηση γίνεται από γιατρό της επιλογής του ασθενή και χωρίς καθυστερήσεις και λίστες αναμονής και τέλος εναλλακτικές λύσεις χρηματοδότησης του συστήματος σε μια περίοδο χρηματοδοτικών δυσκολιών και στενοτήτων.

Τα επιχειρήματα κατά ήταν ότι η εμπειρία από την περίοδο πριν το 1948 έδειχνε ότι ο ιδιωτικός τομέας απέτυχε να παράσχει επαρκείς και κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, μεγάλο ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας γίνεται από τους εργοδότες προς τους εργαζομένους τους πράγμα που σημαίνει ότι μετά τη συνταξιοδότηση αυτά τα άτομα δεν θα καλύπτονται πλέον με αποτέλεσμα και πάλι το βάρος να πέφτει στο κράτος, η ιδιωτικοποίση θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του αναγκαίου προσωπικού στο NHS και επομένως αύξηση της ανεργίας καθώς και τη χειροτέρευση των συνθηκών εργασίας στο NHS. Επίσης εμφανίζεται ο κίνδυνος ο ιδιωτικός τομέας να απορροφήσει τα καλύτερα εκπαιδευμένα στελέχη του NHS. Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η έντονη αντίδραση των συνδικάτων στην ιδιωτικοποίηση.

Ειδικότερα οι τάσεις που εμφανίστηκαν στην Αγγλία τη δεκαετία του 1980 ήταν η αύξηση των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινών όπου ενώ το 1979 υπήρχαν 149 ιδιωτικά νοσοκομεία με 6.600 κρεβάτια το 1988 τα αντίστοιχα νούμερα ήταν 203 νοσοκομεία με 10.370 κρεβάτια. Επίσης ενώ το 1979 μόνο το 5% του πληθυσμού είχε ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το 1987 το ποσοστό ήταν 10%. Οσο αφορά την πολιτική του ανταγωνισμού στην αγορά βοηθητικών μη ιατρικών υπηρεσιών τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα αφού π.χ. το 1986 οι εξοικονόμηση χρημάτων ήταν 86 εκατομμύρια λίρες. Σε σχέση με τα επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάστηκε και εδώ μια σημαντική αύξηση αφού για παράδειγμα το 1986 τα επιδόματα για ιδρυματική φροντίδα για τους ηλικιωμένους ήταν 500 εκατομμύρια λίρες ενώ το 1988 έφτασαν το 1 δις λίρες. Οι επιβαρύνσεις των χρηστών του NHS δεν σημείωσαν σημαντική μεταβολή αφού το 1980 αποτελούσαν το 2,2 των εσόδων του NHS και το 1988 το 2,8%.13

Τέλος εμφανίστηκε μια αύξηση των "paybeds" δηλαδή των κρεβατιών εντός των δημόσιων νοσοκομείων στα οποία οι σύμβουλοι ειδικοτήτων μπορούσαν να περιθάλπουν δικούς τους ασθενείς οι οποίοι πλήρωναν για τη νοσηλεία τους.14

---

12. Για τα επιχειρήματα υπέρ και κατά βλ. J.Chandra, A.Kakabadse, "Privatisation and the NHS. The scope for collaboration", 1985, σελ.35-46

13. Klein, 1989, ό.π., σελ.214-222

14. Doyal., 1989, ό.π.

Η ερμηνεία που δόθηκε για την επέκταση του ιδιωτικού τομέα της φροντίδας υγείας ήταν ότι αυτό ήταν αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας για ορισμένες από τις υπηρεσίες που παρείχε το NHS ή για τον τρόπο με τις οποίες τις παρείχε.15 Ο Klein δίνει μια διαφορετική ερμηνεία και υποστηρίζει ότι αυτή η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα μπορεί να μην εκφράζει οπωσδήποτε δυσαρέσκεια αλλά την τάση που πάντα εμφάνιζαν οι πιο εύποροι, να χρησιμοποιούν τον ιδιωτικό τομέα όποτε τους βολεύει. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που έγιναν έδοσαν αυτή την ευκαιρία σε περισσότερα άτομα και έτσι αυξήθηκε η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες. Επίσης αυτή η αύξηση μπορεί να οφείλεται στις αποφάσεις των γιατρών ως δημιουργών ζήτησης και όχι των ασθενών.16

Τελικά υποστηρίζεται ότι η ουσία του προβλήματος έγκειται όχι τόσο στον κίνδυνο αντικατάστασης του NHS από τον ιδιωτικό τομέα όσο στην έμφαση που δίνεται στις δυνατότητες συνεργασίας μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα.17

---

15. Αυτή την άποψη υποστηρίζουν οι Chandra, Kakabadse, 1985, ό.π, σελ.66

16. Klein, 1989, ό.π., σελ.216

17. Chandra, Kakabadse, 1985, ό.π., σελ.73

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ

1.ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ (MANAGEMENT)

Η έννοια της διαχείρησης στα συστήματα υγείας περιλαμβάνει κυρίως τέσσερεις δραστηριότητες:το σχεδιασμό,τη διοίκηση,τη ρύθμιση και τη νομοθεσία.1

Ο σχεδιασμός αναφέρεται στη λήψη των αποφάσεων για την μελλοντική ανάπτυξη των πόρων και των υπηρεσιών έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν οι προβλεπόμενες ανάγκες. Με αυτή την έννοια ο σχεδιασμός αντιτίθεται στο μηχανισμό της αγοράς όπου η κατανομή των πόρων γίνεται με βάση το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης.2

Η διοίκηση είναι η άσκηση ελέγχου στα πλαίσια ενός οργανισμού και ειδικότερα στα πλαίσια του συστήματος υγείας αναφέρεται στην άσκηση ελέγχου εντός των οργανισμών υγείας. Περιλαμβάνει εννέα δραστηριότητες: την οργάνωση των πόρων, την στελέχωση, την κατάρτιση του προυπολογισμού, την επίβλεψη της απόδωσης της λειτουργίας του οργανισμού, την παροχή συμβουλών, την προμήθεια υλικού και εξοπλισμού, την καταγραφή αρχείων, τον συντονισμό των υπηρεσιών και την αξιολόγηση.3

Ρύθμιση είναι η άσκηση ελέγχου μιας κεντρικής αρχής πάνω στην ανοικτή αγορά μιας κοινωνίας ο οποίος έλεγχος μπορεί να ενσωματώνεται σε νομοθεσία.4

Εμείς σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στο NHS.

2.Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Μια πρώτη προσπάθεια εφαρμογής μιας διαδικασίας σχεδιασμού ήταν το "Hospital Plan" του 1962 το οποίο ήταν ένα δεκαετές σχέδιο για την κατασκευή νοσοκομείων σύμφωνα με την εφαρμογή ομοιόμορφων κριτηρίων για τον καθορισμό των αναγκών για νοσοκομειακή φροντίδα.5

---

1. Roemer, 1993, ό.π., σελ.156

2. Roemer, 1993, ό.π., σελ.156

3. Roemer, 1993, ό.π., σελ.164-165

4. Roemer, 1993, ό.π., σελ.173

5. Abel-Smith, 1978, ό.π., σ.19, Levitt, Wall, 1989, ό.π., σ.128-129

Το βασικό όργανο σχεδιασμού της κατανομής των πόρων στο NHS είναι το "NHS Planning System" το οποίο ήταν ένα βασικό στοιχείο της αναδιοργάνωσης του 1974 και το οποίο μπήκε σε λειτουργία το 1976. Το Υπουργείο Υγείας δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές τις οποίες τις επεξεργάζονται και τις προσαρμόζουν στις τοπικές ανάγκες οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (RHA). Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του 1976 δίνεται η δυνατότητα κατάρτισης στρατηγικών σχεδίων από τις υγειονομικές αρχές σε επίπεδο περιφέρειας και περιοχής τα οποία να καλύπτουν μία περίοδο 10-15 χρόνων και με βάση τα οποία οι τοπικές υγειονομικές αρχές προετοιμάζουν ετήσια επιχειρησιακά σχέδια που να προσδιορίζουν τις αλλαγές που θα συμβούν σε διάστημα τριών ετών. Ενα κύριο χαρακτηριστικό των κατευθυντήριων γραμμών που εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας είναι η προσπάθεια καθορισμού προτεραιοτήτων για την ανάπτυξη των υπηρεσιών και η κατάρτιση ετήσιου προγραμματικού προυπολογισμού από το υπουργείο ως εργαλείο διανομής των πόρων μεταξύ προγραμμάτων και ομάδων ασθενών.6

Ομως το σύστημα σχεδιασμού δεν λειτούργησε πάντα σωστά αφού δεν ετοίμασαν σχέδια όλες οι υγειονομικές αρχές, οι προσδοκίες του συστήματος αποδείχθηκαν πολύ υψηλές, υπήρξαν αλλαγές στις κατευθυντήριες γραμμές και παρέκλιση από τις αρχικές προθέσεις. Σημαντική αιτία των παραπάνω προβλημάτων ήταν η δύναμη ομάδων-κλειδιών και η ύπαρξη συμφερόντων ικανών να επηρεάσουν την κατανομή των οφελών όπως π.χ. οι γιατροί.7

Με την αναδιοργάνωση του 1982 βασική μονάδα σχεδιασμού έγιναν οι Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές (DHA) και αντί ολοκληρωμένων επιχειρησιακών πλάνων τώρα δόθηκε έμφαση στα βραχυχρόνια προγράμματα 1-2 ετών. Επίσης καθιερώθηκε ο ετήσιος περιφερειακός απολογισμός και εισήχθηκε περισσότερη κρατική ανάμειξη στο σχεδιασμό.8

3.ΟΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ

Η κατανομή των πόρων μπορεί να εξεταστεί με βάση 4 άξονες:9 α) μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, β) μεταξύ διαφορετικών τύπων υπηρεσιών, γ) μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, δ) μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών.

Η δεκαετία του 1970 χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια κατανομής των πόρων με βάση νέα κριτήρια αναγκών. Η αναδιοργάνωση του 1974 δίνει έμφαση στην ανακατανομή των πόρων υπέρ των φτωχότερων

---

6. Ham, 1985, ό.π., σελ.69, Abel-Smith, 1978, ό.π., σελ.48

7. Ham, 1985, ό.π., σ.69-71

8. Ham, 1985, ό.π., σελ.71-72

9. Ham, 1985, ό.π., σελ.50-51

περιοχών, υπέρ των υπηρεσιών για τις εξαρτημένες ομάδες και υπέρ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε αντίθεση με το τι επικρατούσε τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 όπου η έμφαση ήταν στον νοσοκομειακό τομέα, οι υπηρεσίες για τις εξαρτημένες ομάδες ήταν υποανάπτυκτες και οι περιοχές με το υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών έπαιρναν και τους περισσότερους πόρους.10

Τα βασικότερα προβλήματα που απασχόλησαν το ενδιαφέρον ήταν πρώτον η γεωγραφική ανισοκατανομή των πόρων και το πώς αυτή επιδρά στην ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία, δεύτερον οι ανισότητες υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και τρίτον οι ανισότητες μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών.

Οι διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας καθώς και στην κατανομή των δαπανών υγείας και του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα φροντίδας υγείας μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών οδήγησαν το 1975 στη σύσταση του "Resource Allocation Working Party" (RAWP) με σκοπό την εξέταση του προβλήματος.

Αυτό, τελικά ανέπτυξε μια μέθοδο κατανομής των πόρων σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια προσδιορισμού της ανάγκης. Το σκεπτικό ήταν ότι οι ανάγκες για φροντίδα υγείας μπορούν να μετρηθούν, ότι η παροχή περισσότερων πόρων μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες και ότι η παροχή περισσότερων υπηρεσιών μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες. Τα κριτήρια προσδιορισμού των αναγκών ήταν το μέγεθος του πληθυσμού, η διάρθρωση του κατά ηλικία και φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η θνησιμότητα και η γονιμότητα. Αυτή η φόρμουλα δέχθηκε ποικίλες κριτικές όπως τεχνικής υφής π.χ. ότι στηρίχθηκε σε ελλειπή δεδομένα, ότι εξέτασε μόνο τις εισροές των πόρων και όχι και τις εκροές, ότι δεν χρησιμοποίησε δείκτες κοινωνικής αποστέρησης όπως π.χ. οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και πολιτικής διάστασης κυρίως από τις περιοχές οι οποίες θα έχαναν πόρους κλπ. και αντιμετώπισε αρκετά προβλήματα εφαρμογής.11

Η επιτυχία του RAWP αμφισβητήται από αρκετούς. Ενώ οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας αυξήθηκαν στις υποβαθμισμένες περιοχές και έμειναν σταθερές ή έπεσαν στις περιοχές με τις περισσότερες υπηρεσίες, ωστόσο εξετάζοντας τον αριθμό των γενικών γιατρών ανά 100.000 κατοίκους η παραπάνω εξισωτική τάση εξαφανίζεται.12 Η Allsop υποστηρίζει ότι η επιτυχία του RAWP ως προς τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των περιφερειών ήταν περιορισμένη.13

Η δεκαετία του 1980 κυριαρχήθηκε από το πρόβλημα των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία με επίκεντρο αναφοράς την έκθεση Black. Γενικά είχε παρατηρηθεί ότι υπήρχε μια

---

10. Allsop, 1984, ό.π., σελ.92

11. Allsop, 1984, ό.π., σελ.93-96, Ham, 1985, ό.π., σελ.166-172

12. Le Grand, Winter, Wooley, 1990, ό.π., σελ.116

13. Allsop, 1984, ό.π., σελ.99

συνεχιζόμενη διαφοροποίηση στους δείκτες θανάτου μεταξύ των κοινωνικο-οικονομικών τάξεων, οι χαμηλότερες τάξεις είχαν υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας, οι υπηρεσίες υγείας ήταν διαθέσιμες περισσότερο στις μεσαίες παρά στις εργατικές τάξεις και οι μεσαίες τάξεις χρησιμοποιούν περισσότερο από τις εργατικές τις υπηρεσίες υγείας και κάνουν καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.14

Ετσι συστάθηκε η επιτροπή Black με σκοπό να μελετήσει τις υλικές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες εξηγούν τις ταξικές ανισότητες στην υγεία. Η έκθεση επιβεβαίωσε τις παραπάνω διαπιστώσεις και έδωσε έμφαση σε παράγοντες εκτός NHS όμως τόνισε και την ανάγκη λήψης μέτρων για τη βελτίωση της χρησημοποίησης των υπηρεσιών του NHS.15 Οι ανισότητες στην υγεία εξηγούνταν με βάση τέσσερεις άξονες:16 α) Τα πιθανά στατιστικά σφάλματα λόγω των δυσκολιών στο να γίνουν διαχρονικές συγκρίσεις μεταξύ ομάδων. β) Τις θεωρίες περί κοινωνικής ή φυσικής επιλογής με βάση τις οποίες οι ανισότητες στην υγεία ήταν αποτέλεσμα της κοινωνικής κινητικότητας. γ) Τις υλιστικές εξηγήσεις που τόνιζαν τη διαφοροποίηση των υλικών συνθηκών διαβίωσης μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. δ) Τις συμπεριφορικές ερμηνείες που επικεντρώνονταν στην ατομική συμπεριφορά. Με βάση αυτές τις εξηγήσεις προτείνονταν η αναμόρφωση του NHS και η βελτίωση στην κατανομή των οικονομικών πόρων.17

Τα αποτελέσματα της Εκθεσης Black αμφισβητήθηκαν κυρίως για μεθοδολογικές ανεπάρκειες.18 Μεταγενέστερες έρευνες υποστηρίζουν ότι κατά τη περίοδο 1931-1981 οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία δεν αυξήθηκαν αλλά αντίθετα αν και παραμένουν μέχρι ενός βαθμού, ωστόσο μειώθηκαν δραματικά.19

Εξετάζοντας την ισότητα ως προς την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ΠΦΥ και των κατ'οίκον υπηρεσιών, οι Evandrou, Falkingham, Le Grand, Winter, βρίσκουν ότι οι παραπάνω υπηρεσίες δεν διανέμονται ισότιμα αλλά υπάρχουν ανισότητες οι οποίες εξηγούνται με βάση δημογραφικούς και οικονομικούς παράγοντες. Ειδικότερα όσο αφορά τις κατ'οίκον υπηρεσίες διαπιστώνουν ότι οι ανισότητες εξηγούνται σε μεγάλο βαθμό και από τις πολιτικές των τοπικών αρχών που αφορούν την πλευρά της προσφοράς και έχουν σχέση με τις τιμές των υπηρεσιών και τις δαπάνες ανά άτομο.20

---

14. Ham, 1985, ό.π., σελ.173

15. Ham, 1985, ό.π., σελ.179

16. Βλ.J.Le Grand 1985,ό.π.,σελ.17-18

17. J.Le Grand, 1985, ό.π., σελ.22

18. Βλ. κριτική του Le Grand, 1985, ό.π., σελ.5-12

19. R.Illsley, J.Le Grand, C.Mullings, "Regional Inequalities in Mortality", 1991

Οι O'Donnell και Propper εξετάζοντας και αυτοί την κατανομή των υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη διαπιστώνουν μια ανισότητα των πόρων υπέρ των φτωχών, με την έννοια ότι τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα λαμβάνουν κατά μέσο όρο περισσότερους πόρους από το NHS απ'ότι τα άτομα με υψηλά εισοδήματα. Αυτό το γεγονός σύμφωνα με τους συγγραφείς μπορεί να οφείλεται στο ότι η κατάσταση της υγείας των φτωχώτερων είναι χειρότερη από την αντίστοιχη των πιο εύπορων και συνεπώς αυτή η κατανομή των πόρων υπέρ των φτωχώτερων δεν αντιβαίνει την έννοια της ισοτιμίας και της ισότητας, αλλά μπορεί να είναι σύμφωνη με την διανομή ανάλογα με την ανάγκη.21

Τέλος φαίνεται να υπάρχουν ανισότητες ως προς την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε ομάδες ασθενών όπως οι πνευματικά μειονεκτούντες, οι πνευματικά άρρωστοι, οι σωματικά μειονεκτούντες και οι ηλικιωμένοι.22 Μετά το 1975 ένας από τους στόχους της πολιτικής υγείας ήταν η κατεύθυνση πόρων προς τις παραπάνω υπηρεσίες.23

---

20. M.Evandrou, J.Falkingham, J.Le Grand, D.Winter,"Equity in health and social care", 1990

21. O.O'Donnell, C.Propper, "Equity and the distribution of NHS resources", 1989

22. Ham, 1985, ό.π., σελ.180

23. Le Grand, Winter, Wooley, 1990, ό.π., σελ.112

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ - ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

1. ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ ΣΗΜΕΡΑ

Στα πλαίσια του NHS παρέχεται σε όλους τους πολίτες της Αγγλίας δωρεάν ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την γενική φορολογία. Μέχρι το 1991 δηλαδή πριν την εφαρμογή της νέας αναδιοργάνωσης του συστήματος οι νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες παρέχονταν σε δημόσια νοσοκομεία και από προσωπικό που αμοίβονταν με μισθό. Οι μη νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από ανεξάρτητους γενικούς γιατρούς. Υπάρχει επίσης ένας μικρός αλλά αυξανόμενος ιδιωτικός τομέας που χρηματοδοτήται από την κοινωνική ασφάλιση και από τους ίδιους τους χρήστες.

Οι προμηθευτές υπηρεσιών είναι οι ανεξάρτητοι φαρμακοποιοί, οι ανεξάρτητοι γενικοί γιατροί, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ως το 1991 τις νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες τις χρηματοδοτούσαν και τις διαχειρίζονταν οι επαρχιακές υγειονομικές υπηρεσίες (DHA).

Οι τρίτοι πληρωτές περιλαμβάνουν το Υπουργείο Υγείας που ως το 1989 χρηματοδοτούσε τις περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες (RHA) για τις νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες και τις επιτροπές των οικογενειακών γιατρών που χρηματοδοτούν τους ανεξάρτητους προμηθευτές.

Ως προς τη σχέση ασθενών-προμηθευτών το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι όλοι οι πολίτες είναι εγγεγραμμένοι στην λίστα ενός γενικού γιατρού στον οποίο και απευθύνονται σε πρώτη φάση, εκτός από τα επείγοντα περιστατικά που μπορούν να επευθυνθούν αμέσως σε κάποιο νοσοκομείο. Ο γενικός γιατρός αν το κρίνει σκόπιμο παραπέμπει τον ασθενή για περαιτέρω θεραπεία σε κάποιο νοσοκομείο όπου ο ασθενής θα εξεταστεί από τον κατάλληλο γιατρό ο οποίος θα αποφασίσει για την εισαγωγή ή όχι του ασθενή στο νοσοκομείο. Αν ο ασθενής θέλει να έχει το δικαίωμα επιλογής και να γλιτώσει τη λίστα αναμονής μπορεί να απευθυνθεί και σε ιδιώτες γιατρούς.

Στην περίπτωση των ηλικιωμένων και των πνευματικά μειονεκτούντων ατόμων που χρειάζονται μακροχρόνια εξωνοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται ιδρυματική ή περίθαλψη κατ'οίκον που χρηματοδοτήται από την τοπική αυτοδιοίκηση.

Σχετικά με τη διασύνδεση ασθενών και τρίτων πληρωτών διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας το απορροφά το NHS τα έσοδα του οποίου προέρχονται κυρίως από τη γενική φορολογία και δευτερευόντως από την κοινωνική ασφάλιση και

τις επιβαρύνσεις των χρηστών. Επίσης ένα σχετικά μικρό μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται κυρίως από τοπική και γενική φορολογία και από επιβαρύνσεις των χρηστών.

Τέλος όσο αφορά τη σχέση τρίτων πληρωτών και προμηθευτών η διαδικασία περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια. Το Υπουργικό Συμβούλιο καθορίζει τις δαπάνες για το NHS κατά τη διάρκεια της ετήσιας εξέτασης των δημόσιων δαπανών. Τα χρήματα κατανέμονται και διατίθενται στο Υπουργείο Υγείας ξεχωριστά για τις υπηρεσίες των οικογενειακών γιατρών και ξεχωριστά για τις νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες οι οποίες υπόκεινται και στη διαδικασία των χρηματικών περιορισμών (cash limits).

Οι γενικοί γιατροί πληρώνονται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους και κατά πράξη και περίπτωση. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται σύμφωνα με τη μέθοδο του σφαιρικού προυπολογισμού και οι γιατροί που δουλεύουν σε αυτά είναι μισθωτοί και μπορούν να είναι και μερικής απασχόλησης.

Ο σχεδιασμός και η ρύθμιση του συστήματος γίνεται ως εξής. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ανεξάρτητοι και αυτοδιαχειριζόμενοι και τα συμβόλαια τα διαχειρίζονται τοπικές επιτροπές αλλά η γενική πολιτική καθορίζεται από το υπουργείο. Οι νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες διαχειρίζονταν το 1989 από γενικούς διοικητές υπό την επίβλεψη 14 μη εκλεγμένων περιφερειακών υγειονομικών αρχών οι οποίες κατανέμουν τους προυπολογισμούς στις επαρχίες, είναι υπεύθυνες για το στρατηγικό σχεδιασμό, την παρακολούθηση της λειτουργίας του συστήματος και τη λήψη αποφάσεων για κεφαλαιακές δαπάνες και 192 επαρχιακών υγειονομικών αρχών οι οποίες είναι υπεύθυνες για την καθημερινή λειτουργία και διαχείρηση των νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τη γενικότερη πολιτική,τη νομοθεσία, τη κατανομή των προυπολογισμών στις περιφέρειες, την διαπραγμάτευση των μισθών του προσωπικού και των τιμών των φαρμάκων και την έγκριση κεφαλαιακών δαπανών ή του κλεισίματος νοσοκομείων.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 ζητήθηκε από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές να υποβάλουν πλάνα στο υπουργείο υγείας, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 εφαρμόστηκε το σύστημα των περιφερειακών επιθεωρήσεων και ο θεσμός του γενικού διοικητή στις νοσοκομειακές καο κοινοτικές υπηρεσίες. Στον ιδιωτικό τομέα ουσιαστικά δεν υπάρχουν παρεμβάσεις εκτός του ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές πρέπει να δηλώνονται στις επαρχιακές υγειονομικές αρχές. Τέλος οι προσωπικές υπηρεσίες διαχειρίζονται από την τοπική αυτοδιοίκηση.

2.ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ NHS ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ

Οι τρεις αναδιοργανώσεις του NHS το 1974, το 1982 και το 1989 ήταν αποτέλεσμα της αλλαγής του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού πλαισίου της Αγγλικής κοινωνίας μέσα στο οποίο λειτούργησε το NHS και μια προσπάθεια προσαρμογής στις μεταβαλόμενες συνθήκες. Από αυτή τη σκοπιά και σε μια ιστορική διάσταση θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το NHS χαρακτηρίστηκε από μια σταθερότητα μέσα σε μια μακροχρόνια περίοδο έντονων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτικών αλλαγών. Από τη στιγμή που αυτές οι αλλαγές γίνονταν πιο έντονες και σε πιο βραχυχρόνια διαστήματα, και η οργάνωση του NHS έπρεπε να μεταρυθμίζεται σε πιο σύντομα χρονικά διαστήματα για να μπορεί να προσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι ενώ η πρώτη αναδιοργάνωση του συστήματος έγινε 26 χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση του η δεύτερη έγινε μετά από 8 χρόνια και η τρίτη μετά από 7 χρόνια. Ετσι οι δημογραφικές και τεχνολογικές αλλαγές και η συνεπαγώμενη αύξηση των προσδοκιών και η οικονομική κρίση μετά το 1974 οδήγησαν στην ανάγκη αλλαγών της οργάνωσης του NHS.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια σημαντικά ζητήματα που απασχόλησαν την πολιτική υγείας ήταν η χρηματοδότηση του συστήματος, η σχέση κέντρου-περιφέρειας, η ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών και η αποδοτικότητα του συστήματος.

Αν θα θέλαμε να κάνουμε μια περιοδολόγηση των φάσεων ανάπτυξης του NHS θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για τρείς μεγάλες περιόδους.1 Η πρώτη περίοδος εκτείνεται από το 1948 ως τα τέλη της δεκαετίας του 1950 και χαρακτηρίζεται σε ένα πρώτο επίπεδο από την προσπάθεια διαμόρφωσης του συστήματος και κατόπιν από την προσπάθεια σταθεροποίησης του και οργανωτικής σταθερότητας.

Η δεύτερη περίοδος περιλαμβάνει τα χρόνια 1960-1975 όπου το κύριο χαρακτηριστικό είναι η έμφαση στην ενδυνάμωση της τεχνοκρατικής διαχείρησης του συστήματος. Υπάρχει μια διάρηξη της συναίνεσης μεταξύ των κομμάτων όσο αφορά κυρίως όχι την ιδεολογία και τους σκοπούς του NHS αλλά τα μέσα και τα εργαλεία της πολιτικής και της οργανωτικής μορφής για την επίτευξη των στόχων. Τα βασικά σημεία αναφοράς γίνονται η αποδοτικότητα και ο ορθολογισμός στη διαχείρηση των πόρων.

Η τρίτη περίοδος αναφέρεται στα χρόνια μετά το 1975 όπου ολοκληρώνεται η διάρηξη της συναίνεσης αφού η διαμάχη για τα μέσα μετατρέπεται σε διαμάχη για τους σκοπούς. Αιτίες αυτής της εξέλιξης ήταν τόσο η αυξανόμενη πολυπλοκότητα του συστήματος και η ανάμειξη σε αυτό όλο και περισσότερων παραγόντων που ασκούσαν επίδραση, όσο και η διεθνής οικονομική κρίση που εμφανίζεται μετά το 1974 η οποία οδηγεί σε ύφεση και πληθωρισμό. Ετσι ενώ από τη μία πλευρά αυξάνονται οι απαιτήσεις που απορρέουν μέσα από το

---

1. Βλέπε Allsop, 1984, ό.π., σελ.36 και Klein, 1989, ό.π.

σύστημα υγείας, από την άλλη υπάρχει αδυναμία του συστήματος διακυβέρνησης να ανταποκριθεί στις ανάγκες.

Μια σειρά κριτικών ασκήθηκαν κατά καιρούς στο NHS2 και οι οποίες θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μεγάλες ομάδες. Από τη μία πλευρά είναι οι κριτικές που αναφέρονται στον τρόπο λειτουργίας και στην απόδοση του NHS. Εδώ εντάσσονται κριτικές που αφορούν την έντονη γραφειοκρατικοποίηση του NHS, το πρόβλημα της αποδοτικότητας και τον κυρίαρχο ρόλο του ιατρικού σώματος στη λήψη σημαντικών αποφάσεων όπως για την κατανομή των πόρων. Η δεύτερη ομάδα κριτικών αμφισβητεί το ρόλο και τη σημασία της ίδιας της ύπαρξης του NHS. Ετσι υπάρχει η άποψη ότι η καλυτέρευση της υγείας των ατόμων οφείλεται όχι τόσο στην ιατρική όσο στην καλυτέρευση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης, υπάρχει η μαρξιστική κριτική που τονίζει το ρόλο της ατομικής θεραπευτικής ιατρικής στην καπιταλιστική ανάπτυξη αφού ενισχύει την αστική ατομοκεντρική ιδεολογία και αποτελεί μέσο κοινωνικού ελέγχου και τέλος υπάρχει και η ριζοσπαστική δεξιά κριτική η οποία αμφισβητεί την έννοια της υγείας ως δημόσιου αγαθού και υποστηρίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας όχι από τον δημόσιο αλλά από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι παραπάνω κριτικές σε συνδυασμό με την παρατεταμένη περίοδο οικονομικής κρίσης θέτουν σε αμφισβήτηση τον λόγο ύπαρξης και το μέλλον του NHS. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια φαίνεται ότι τρεις παράγοντες θα παίξουν πρωταρχικό ρόλο στις εξελίξεις: η πορεία της οικονομίας, η ιδεολογία των εκάστοτε κυβερνήσεων και η γνώμη των ίδιων των χρηστών του συστήματος.

Σ'αυτόν τον τελευταίο παράγοντα αξίζει να σταθούμε περισσότερο. Γίνεται γενικά αποδεκτό ότι οι εμπειρίες και οι προσδοκίες των χρηστών είναι ένας σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης της πολιτικής διαμάχης για το σύστημα υγείας. Ετσι σύμφωνα με μελέτες που έγιναν μεταξύ 1983-1992 διαπιστώθηκε ότι κατά τη δεκαετία του 1980 η δυσαρέσκεια των χρηστών του NHS αυξήθηκε και ιδιαίτερα στα τέλη της δεκαετίας ενώ μετά το 1991 η δυσαρέσκεια άρχισε να μειώνεται αλλά παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα. Η δυσαρέσκεια αυτή φαίνεται ότι αφορά περισσότερο συγκεκριμένες υπηρεσίες του NHS και όχι το ίδιο το NHS ως θεσμό. Μια ερμηνεία για αυτή την αύξηση της δυσαρέσκειας τη δεκαετία του 1980 είναι η μεταβολή των προσδοκιών των χρηστών σε σχέση με τα απόλυτα επίπεδα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας αποτελούν οι δημογραφικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί παράγοντες, το επίπεδο υγείας και η κάλυψη των ζητημάτων υγείας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.3

---

2. Για τις κριτικές αυτές βλ.αναλυτικότερα στο Allsop, 1984, ό.π., σελ.207-218 και Carrier, 1986, σελ.46-50, στο P.Wilding, (ed.), "In defence of the welfare state", 1986

3. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτών των ερευνών στο K.Judge, M.Solomon, "Public opinion and the NHS. Patterns and perspectives in consumer satisfaction", στο Journal of Social Policy, vol.22, part 3, July 1993, σελ.299-327

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια ιστορική αναδρομή και θα σκιαγραφηθεί η υγειονομική πολιτική και τα πρώτα μέτρα άσκησης πολιτικής υγείας στο Ελληνικό κράτος από τη στιγμή της σύστασης του νεοελληνικού κράτους μέχρι το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου.

Η κύρια διαπίστωση είναι η απουσία χάραξης συστηματικής και προγραμματισμένης υγειονομικής πολιτικής τουλάχιστον μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα αφού από τη μια πλευρά, τα όποια μέτρα πάρθηκαν μέχρι τα μισά του 19ου αιώνα ήταν αποσπασματικά και αποσκοπούσαν κυρίως στην εκ των υστέρων αντιμετώπιση διαφόρων έκτακτων περιστατικών όπως επιδημίες χολέρας ή πανώλης, ενώ από την άλλη εμφανίζεται ένα τεράστιο κενό στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής και η απουσία θεσμικών μέτρων στο τομέα της υγείας στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Μια πιο συστηματική αντιμετώπιση του θέματος από το Ελληνικό κράτος φαίνεται να διαμορφώνεται μετά το 1914 και κυρίως μετά το 1922 όπου η είσοδος των προσφύγων από τη Μικρά Ασία ασκεί ιδιαίτερη πίεση και δημιουργεί την ανάγκη άσκησης πιο συστηματικής κοινωνικής πολιτικής.

1.Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΜΕΧΡΙ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ 20ου ΑΙΩΝΑ

Τα πρώτα μέτρα που πάρθηκαν από το νεοελληνικό κράτος και τον Καποδίστρια στον τομέα της κοινωνικής προστασίας αφορούσαν το τομέα της παιδικής μέριμνας και το πρόβλημα των επιδημιών.

Οσο αφορά τον πρώτο τομέα, έχουμε την ίδρυση το 1829 του κρατικού ορφανοτροφείου της Αίγινας το οποίο θα δώσει το εύναομα για την ίδρυση αργότερα και άλλων ορφανοτροφείων είτε ιδιωτικών όπως της Ανδρου το 1834 από τον Θ. Καίρη, του Αμαλιείου το 1855, των Χατζηκώνστα το 1856 κλπ., είτε αργότερα και δημοτικών όπως για παράδειγμα της Ερμούπολης το 1856.1

---

1. Αναλυτικότερη παρουσίαση της ιδρυματικής παιδικής πρόνοιας στην Ελλάδα το 19ο αιώνα βλ. Ε.Καλλιγά, "Η πρόνοια για το παιδί στην Ελλάδα του 19ου αιώνα", 1990

Σχετικά με την αντιμετώπιση των επιδημιών, η μεγάλη επιδημία της πανώλης του 1828 που έπληξε την Υδρα, τις Σπέτσες και την Πελοπόννησο οδήγησε στην λήψη των πρώτων μέτρων υγιεινής τα οποία αμαφέρονται στην ίδρυση το 1828 του πρώτου υγειονομείου στις Σπέτσες. Επίσης τον ίδιο χρόνο ιδρύεται από τον Καποδίστρια το πρώτο στρατιωτικό νοσοκομείο στο Ναύπλιο, ενώ ένα χρόνο πριν δηλαδή το 1827 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο για πολίτες στη Σύρο από τον ευεργέτη Μηλιώνη το οποίο συντηρούνταν από εισαφορές των κατοίκων της Σύρου.2

Κατά τη περίοδο της Αντιβασιλείας και της διακυβέρνησης από τον Οθωνα (1833-1862) παίρνονται μια σειρά μέτρων που αποσκοπούν στην καταπολέμηση των επιδημιών και στη ρύθμιση της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Ειδικότερα εδώ πρέπει να σημειωθούν οι δύο μεγάλες επιδημίες πανώλης του 1837 στον Πόρο και χολέρας του 1854 στην Αθήνα.3 Η απουσία οργανωμένου συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών και η προσπάθεια αντιμετώπισης των επιδημιών με αστυνομευτικά μέτρα και όχι με βάση υγειονομικό σχεδιασμό επεξέτεινε ακόμα περισσότερο τις αρνητικές επιδράσεις των επιδημιών.4

Με το Β.Δ. της 3/4/1833 ανατίθεται η εποπτεία της δημόσιας υγείας στο Υπουργείο Εσωτερικών το οποίο οργανώνει την υγειονομική αστυνομία με σκοπό την καταπολέμιση των διαφόρων ασθενειών ενώ με το Β.Δ. της 30/10/1833 "Περί συστάσεως ιατρών κατά νομούς και των καθηκόντων αυτών" γίνεται ο διορισμός νομίατρων και επαρχιακών γιατρών. Το 1834 ιδρύεται ένα επιτελικό όργανο το "Ιατροσυνέδριο" που είναι το ανώτατο υγειονομικό συμβούλιο της

---

2. Κ.Πανουτσοπούλου, "Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη-Σύγχρονες τάσεις", 1984, σ.100, Ε.Θωμόπουλος, "Η ιστορία της κοινωνικής προστασίας από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα", 1977, σ.173, Καλλιγά, 1990, ό.π., σελ.150. Αναλυτικότερη παρουσίαση στο Ι.Μαστρογιάννης, "Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος 1821-1960", 1960, σελ.81-100

3. Μαστρογιάννης, 1960, ό.π., σελ.163-173

4. Η σχέση κατάστασης υγείας και οργανωμένου συστήματος υγείας είναι πολύ πιο πολύπλοκη όπως έχει σημειωθεί και στο Πρώτο Μέρος, αφού από πολλούς αμφισβητείται η μεγάλη βαρύτητα που έχει δοθεί στην άποψη ότι η πρόοδος της ιατρικής οδήγησε σε καλυτέρευση της υγείας. Φαίνεται ότι σημαντικότερη για την καταπολέμιση των επιδημιών ήταν η καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης. Αυτό μπορεί να υποστηριχθεί και για την Ελλάδα εξετάζοντας την επιδημία του 1854 με τις συνθήκες διαβίωσης αλλά και με την οικονομική κρίση της περιόδου αφού φαίνεται ότι η ακρίβεια και η ανεπάρκεια των τροφίμων αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, συντέλεσε στην μεγαλύτερη επέκταση της χολέρας. Για τη σχέση οικονομικής κρίσης και χολέρας του 1854 στην Ελλάδα βλ. Θ.Σακελλαρόπουλος, "Οι κρίσεις στην Ελλάδα 1830-1857. Οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές όψεις", 1994, σελ.158-161

χώρας και έχει ως καθήκοντα την χορήγηση αδειών ασκήσεως επαγγέλματος στους γιατρούς και τις μαίες και την παροχή συμβουλών στο Υπουργείο Εσωτερικών για υγειονομικά θέματα. Με βάση εισηγήσεις του Ιατροσυνεδρίου εκδίδονται το Β.Δ. της 14/5/1834 και το Β.Δ. της 7/12/1834 σχετικά με τα απαραίτητα αποδεικτικά σπουδών των γιατρών,των φαρμακοποιών, των κτηνιάτρων, των οδοντογιατρών και των μαιών, για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, καθώς και το Β.Δ. της 26/2-10/3 του 1838 και ο Ν.ΤΝΖ/1856 σχετικά με τη σύσταση σχολής για μαίες. Ακόμα ιδρύθηκε χειρουργικό σχολείο ενώ το 1837 ιδρύθηκε η ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου. Δηλαδή βλέπουμε ότι γίνεται μια πρώτη προσπάθεια καθορισμού επιστημονικών κριτηρίων άσκησης των σχετικών με την υγεία επαγγελμάτων έτσι ώστε να καταπολεμηθεί η κυριαρχία ως τότε των πρακτικών γιατρών και μαιών και να προσδιοριστούν οι ανάγκες της χώρας σε ιατρικό προσωπικό, η έλλειψη του οποίου ήταν σημαντική και δεν ευνοούσε την ανάπτυξη ενός υγειονομικού συστήματος.5

Με τον Νόμο της 27/12-8/1 του 1833/1834 "Περί συστάσεως δήμων" ορίζονται οι δήμοι και οι κοινότητες ως όργανα άσκησης πολιτικής πρόνοιας και υγείας, ενώ με το Β.Δ. της 4/4/1835 "Περί εισαγωγής εμβολίου δαμαλίτιδος" καθιερώνεται ο υποχρεωτικός δαμαλισμός. Το 1836 ιδρύεται το νοσοκομείο "Ελπίς" και εκδίδονται το Β.Δ "Περί εμποδισμού της μεταδόσεως κολλητικών αρρωστειών" το οποίο είχε ως στόχο την αντιμετώπιση ασθενειών όπως χολέρα, λέπρα κλπ. και το Β.Δ. της 26/10/1836 το οποίο προέβλεπε τον διορισμό γιατρών διοικήσεων.6

Το 1845 εκδόθηκαν μια σειρά άλλων διαταγμάτων και νόμων όπως ο Ν.ΚΒ'/1845 "Περί υγειονομικού και ποινικαί αυτού διατάξεις", ο Ν.ΚΓ'/1845 "Περί υγειονομικών αρχών εν γένει", ο Ν.ΚΔ'/1845 "Περί διατιμήσεως των υγειονομικών και λοιπών λοιμοκαθαρτικών δικαιωμάτων" και το Β.Δ. της 25/11/1845 "Περί κανονισμού των υγειονομείων και λοιμοκαθαρτηρίων του Βασιλείου της Ελλάδος". Τέλος με Νόμο του 1852 "Περί συστάσεως επαρχιακών γιατρών" διορίζονται επαρχιακοί γιατροί.7

---

5. Για τα παραπάνω νομοθετήματα βλ. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.107-108, Θωμόπουλος, 1977, ό.π.,σ.174, Χ.Ζηλίδης, "Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού", 1989, σ.111-113, Μ.Κορασίδου, "Υγεία και υγειονομική πολιτική στην νεώτερη Ελλάδα", Σημειώσεις παραδόσεων, Πάντειο Πανεπιστήμιο 1994, σελ.4-9

6. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.108, Θωμόπουλος, 1977, ό.π., σ.174, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σ.113-114, Μαστρογιάννης, 1960, ό.π., σ.159-163

7. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.108, Θωμόπουλος, 1977, ό.π., σ.174, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.114

Μετά το 1864 και μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα υπήρξε μια στασιμότητα από θεσμική άποψη στον υγειονομικό τομέα και ουσιαστικά εμφανίστηκε μια οπισθοδρόμηση αφού καταργούνται σταδιακά οι νομίατροι και οι επαρχιακοί γιατροί, μειώνεται το προσωπικό των υγειονομικών υπηρεσιών, δεν συνεχίζεται ο υποχρεωτικός δαμαλισμός και γενικά δεν ψηφίζεται κανένας αξιόλογος νόμος. Οι μόνες θετικές εξελίξεις της περιόδου αυτής ήταν πρώτον η αύξηση του αριθμού των γιατρών και των μαιών όπου μεταξύ 1865-1914 αποφοίτησαν από το Πανεπιστήμιο 6.500 γιατροί και από τη μαιευτική σχολή 1500 μαίες και δεύτερον η δημιουργία αρκετών νοσοκομείων κυρίως από τους δήμους και με τη βοήθεια ευεργετών όπως ο Αγιος Ανδρέας Πατρών το 1872, το Ζάννειο Δημοτικό Πειραιώς το 1875, ο Ευαγγελισμός το 1884 κλπ. Τα δημόσια νοσοκομεία θα αρχίσουν να ιδρύονται κυρίως μετά το 1922.8

Το 1875 ιδρύεται το σώμα Νοσοκόμων Γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1877 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ο οποίος το 1911 ιδρύει την πρώτη σχολή νοσοκόμων, τη Σχολή Επικούρων Αδελφών, την Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών το 1916, τη Σχολή Βοηθητικών Αδελφών το 1923 και τη Σχολή Νοσοκόμων το 1924.9

Το 1908 συστήνεται στο Υπουργείο Παιδείας, Γραφείο Σχολικής Υγιεινής και εκδίδεται ο νόμος για την κινίνη, το 1911 γίνεται η πρόσληψη ειδικών υγειονολόγων λόγω επιδημίας χολέρας ή πανώλης ενώ το 1912 με τον Ν.ΔΞΓ'/1912 "Περί ασκήσεως του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος" καθορίζονται τα σχετικά με την άσκηση των ιατρικών επαγγελμάτων. Τέλος μετά το 1912 αρχίζουν να ιδρύονται ειδικά κρατικά νοσοκομεία όπως σανατόρια, μαιευτήρια, ψυχιατρεία κλπ.10

---

8. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.109, Ε.Θωμόπουλος, "Το κράτος πρόνοιας", 1990, σ.161, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σ.115, Ι.Σιγάλας, "Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα", στο Ιατρικό Βήμα, τεύχος 32, Ιούν.-Αύγ.1993, σελ.25, Μαστρογιάννης, 1960, ό.π., σελ.215-230

9. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.109-110, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σ.116,129

10. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.109, Τ.Λέβετ, "Η δημόσια υγεία και η αρχική φάση της ΥΣΑ", στο "Τα 60 χρόνια της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών", 1992, σ.17, Α.Λαδά-Χατζοπούλου, "Η δημόσια υγεία-περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα", στο Σύγχρονα Θέματα, περίοδος β, χρόνος 1ος, τεύχος 3, Δεκέμ.1978, σελ.4

2.Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑ ΤΟ 1914 : ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Συμπερασματικά από την παραπάνω ανασκόπιση θα λέγαμε ότι μέχρι το 1914 είναι φανερή η ουσιαστική απουσία συστηματικής κρατική παρέμβασης στον τομέα της υγείας, γεγονός που φαίνεται και από τη νομοθεσία της εποχής. Κυρίως λήφθησαν σποραδικά μέτρα για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών όπως οι επιδημίες, ενώ έγιναν και κάποιες προσπάθειες για τη στοιχειώδη κάλυψη των αναγκών σε ιατρικό και μαιευτικό δυναμικό. Η απουσία του κατάλληλου ειδικευμένου και εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να έπαιξε σημαντικό ρόλο στην υπανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα και στην αδυναμία υλοποίησης οποιουδήποτε προγράμματος.

Την ανεπάρκεια της κρατικής πολιτικής κυρίως όσο αφορά την ιδρυματική προστασία, τη συμπλήρωνε η συνεισφορά των ευεργετών με χρηματοδότηση των οποίων κτίστηκαν ορφανοτροφεία και νοσοκομεία.

Μετά το 1914 γίνεται όλο και περισσότερο φανερή η έλλειψη συντονισμού και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας και αρχίζει μια προσπάθεια κάλυψης αυτού του κενού με την ίδρυση ενός δημόσιου φορέα για την άσκηση υγειονονικής πολιτικής. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια εντάσσονται μια σειρά νομοθετημάτων και μέτρων σημαντικότερα από τα οποία ήταν:11

α) Ο Ν.346/1914 " Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας" ο οποίος αποτέλεσε σημαντικό σταθμό για την πρώτη προσπάθεια ενοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Προέβλεπε την δημιουργία στο Υπ.Εσωτερικών μιας κεντρικής υγειονομικής υπηρεσίας στην οποία θα συμμετείχαν το Ιατροσδυνέδριο και πέντε υγειονομικοί επιθεωρητές. Επίσης προβλεπόταν ο διορισμός ενός νομίατρου και ενός εμβολιαστή σε κάθε νομό, ρυθμίζονταν η λειτουργία των υγειονομίων και των λοιμοκαθαρτηρίων και θεσμοθετούνταν τα νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια. Ομως μέχρι το 1922 καμμία διάταξή του δεν εφαρμόστηκε.
β) Η ανασύσταση το 1914 των θέσεων νομιάτρων και εμβολιαστών.
γ) Η ίδρυση το 1914 της Διεύθυνσης Υγιεινής και Δημόσιας Αντίληψης στο Υπουργείο Εσωτερικών.
δ) Η ίδρυση με τον Ν.748/1917 του Υπουργείου Περίθαλψης.
ε) Το Ν.Δ. της 12/6/1919 με βάση το οποίο ιδρύθηκε το Εθνικό Ιδρυμα Περιθάλψεως και Μορφώσεως Ορφανών και Απόρων Ανατολικής Μακεδονίας.

Ακόμα σημαντικός σταθμός της εποχής ήταν η ίδρυση από τη βασίλισσα Σοφία το 1915 του Πατριωτικού Συλλόγου Ελληνίδων, μετέπειτα Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ).12

---

11. Θωμόπουλος, 1977, ό.π., σ.175, Λέβετ, 1992, ό.π., σ.17, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.116-118

12. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.116, Μαστρογιάννης, 1960, ό.π.,

Ενα σημαντικό σημείο που πρέπει να τονιστεί είναι το ότι αυτή τη περίοδο δηλαδή μεταξύ 1911-1922 τοποθετούνται και τα πρώτα ουσιαστικά θεμέλια για την ανάπτυξη της ασφαλιστικής προστασίας στην Ελλάδα η οποία περιλαμβάνει τόσο την ασφάλιση υγείας όσο και την υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας. Με αυτό το θέμα ασχολείται η επόμενη παράγραφος.

2.1.ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στις 21/11/1911 θεσπίζεται ο Ν.ΓΠΛΔ'(3934) "Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περί ωρών εργασίας", ο οποίος αποσκοπεί στην λήψη από τους εργοδότες μέτρων ασφάλισης των εργαζομένων για τους κινδύνους ζωής ,υγείας,αναπηρίας. Ο νόμος αυτός εφαρμόστηκε με το Β.Δ. της 25/4/1913 και αργότερα τροποποιήθηκε με το Ν.2943 της 8/8/1922. Επίσης με το Β.Δ. της 10/2/1915 επεκτάθηκε στις νέες επαρχίες της Μακεδονίας, της Ηπείρου, της Κρήτης και των νησιών του Αιγαίου.13

Το 1914 εκδίδεται ο Ν.281 "Περί σωματείων", με βάση τον οποίο δόθηκε η δυνατότητα ίδρυσης αλληλοβοηθητικών σωματείων τα οποία θα εξασφάλιζαν στα μέλη τους και τις οικογένειες τους ιατρική και φαρμακευτική αγωγή, χορήγηση επιδομάτων τοκετού, ανεργίας, κηδείας και εφάπαξ χρηματικά βοηθήματα ή συντάξεις λόγω γήρατος, ατυχήματος, ασθένειας ή θανάτου. Ομως ο νόμος αυτός δεν βοήθησε και πολύ στη σύσταση ασφαλιστικών ταμείων παρά μόνο λίγων αλληλοβοηθητικών ταμείων μεταλλευτών.14

Ο πρώτος σημαντικός σταθμός στην ιστορία της ελληνικής κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να θεωρηθεί ο Ν.551/8-1-1915 "Περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων". Με τον νόμο αυτό ο εργοδότης υποχρεώνεται να αποζημιώσει τους εργάτες του που είχαν κάποιο εργατικό ατύχημα στο χώρο της εργασίας ή έγιναν ανίκανοι για εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος. Οι εργοδότες διαμαρτυρήθηκαν έντονα για τις διατάξεις του νόμου, υποστηρίζοντας ότι η Ελληνική βιομηχανία δεν θα μπορούσε να ανταπεξέλθει στο βάρος αυτό λόγω της μη ικανοποιητικής της ανάπτυξης. Ωστόσο το βάρος των εργοδοτών και

σ.292-294

13. Γ.Αναστασόπουλος, "Ιστορία της Ελληνικής βιομηχανίας 1840-1940", χ.χ., τόμος 2. Αργότερα εκδόθηκαν και μια σειρά άλλων εργατικών νόμων που αφορούσαν μέτρα προστασίας στους χώρους εργασίας, τον καθορισμό των αργιών, την εργασία παιδιών και γυναικών, τον καθορισμό των μισθών κλπ. Αναλυτικότερα στο Μαστρογιάννης, 1960, ό.π., σελ.310-311

14. Χ.Αγαλλόπουλος, "Κοινωνικαί ασφαλίσεις", 1955, σελ.20

η ασφάλεια των εργατών ήταν μικρού μεγέθους αφού από τη μία οι προβλεπόμενες αποζημιώσεις ήταν χαμηλές και από την άλλη δεν παρέχονταν ασφάλιση κατά των επαγγελματικών ασθενειών. Αργότερα οι νόμοι 2114/1920, 2193/1920 και 4705/1930 τροποποίησαν τον Ν.551/1915.15

Ενα δεύτερο κομβικό σημείο πρέπει να θεωρηθεί ο Ν.2868 της 20-7-1922 "Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων". Με βάση αυτό το νόμο οι επιχειρήσεις με πάνω από 70 απασχολούμενους έπρεπε να ιδρύσουν ταμείο ασφάλισης. Στόχος του νόμου ήταν η επέκταση και γενίκευση της κοινωνικής ασφάλισης στους εργαζόμενους στη βιοτεχνία, βιομηχανία, εμπόριο, οικοδομές και μεταφορές. Καλύπτονταν οι κίνδυνοι ασθένειας, γήρατος, αναπηρίας και θανάτου. Ακόμα προβλεπόταν η ίση εισφορά εργοδοτών-εργατών. Ετσι ιδρύθηκαν πολλά ταμεία με οργανωτική αρχή την κατά επιχείρηση. Ομως τελικά δεν επιτεύχθηκε η γενίκευση της κοινωνικής ασφάλισης. Η ασφάλιση κατά της ασθένειας δεν προωθήθηκε όσο θα έπρεπε, ενώ οι προβλεπόμενοι κανονισμοί για τις συντάξεις δεν εφαρμόστηκαν εκτεταμένα με συνέπεια την κάλυψη μικρού αριθμού εργαζομένων και την μη ικανοποιητική ασφάλιση από άποψη ύψους συντάξεων και ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών. Επίσης δεν έγινε δυνατή η συντονισμένη δράση των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων με αποτέλεσμα την ανομοιομορφία ως προς την εφαρμογή του νόμου, το ύψος και την ποιότητα των παροχών, τις προυποθέσεις κλπ. Τέλος ένα ακόμα μειονέκτημα ήταν η δημιουργία ταμείων κατά επιχείρηση γεγονός που συνεπάγεται πρώτον μη ικανοποιητική χρηματοδότηση των ταμείων αφού ο αριθμός των ασφαλισμένων σε κάθε ταμείο είναι μικρός και συνεπώς και οι παροχές είναι χαμηλές και δεύτερον εξάρτηση της βιωσιμότητας του ταμείου από την βιωσιμότητα της επιχείρησης.16

Η σπουδαιότερη όμως περίοδος για την κοινωνική σφάλιση ήταν η δεκαετία του 1930. Μέχρι τότε το επίπεδο ασφάλισης εξακολουθεί να είναι ανεπαρκές και ο αριθμός των ασφαλισμένων μικρός. Το πρόβλημα θα πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις μετά την οικονομική κρίση του 1929 όπου το εισόδημα των μισθωτών θα αρχίσει να μειώνεται με γρήγορους ρυθμούς. Γίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη προστασίας του εργατικού εισοδήματος και το βασικότερο μέτρο για αυτό είναι η καθιέρωση της κοινωνικής ασφάλισης. Ετσι η κυβέρνηση του Βενιζέλου μπροστά στον κίνδυνο της πλήρους εξαθλίωσης της εργατικής τάξης και τους κινδύνους που εγγυμονεί αυτή για την νομιμοποίηση της αστικής τάξης, καθώς και κάτω από τις διεθνείς πιέσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, ψηφίζει τον Ν.5733/1932 "Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων.17

---

15. Αγαλλόπουλος, 1955, ό.π., σελ.21, Μ.Περάκης, "Η ιστορία της κοινωνικής ασφαλίσεως", 1975, σελ.62

16. Αγαλλόπουλος, 1955, ό.π., σελ.22, Περάκης, 1975, ό.π., σελ.64

17. Αγαλλόπουλος, 1955, ό.π., σελ.24

Στην εισηγητική του έκθεση ο υπουργός Εθνικής Οικονομίας Π.Βουρλούμης τονίζει την αναγκαιότητα καθιέρωσης στην Ελλάδα ενός κράτους πρόνοιας για την ανακούφιση της εργατικής τάξης και την αποτροπή των κοινωνικών εντάσεων που θα ήταν κίνδυνος για το υπάρχον καθεστώς.18 Εδώ φαίνεται ο ρόλος του κοινωνικού κράτους στην αστική αντίληψη όχι σαν δικαίωμα που απορρέει από το δημοκρατικό πολίτευμα αλλά ως όργανο στα χέρια της άρχουσας τάξης για την εκτόνωση των κοινωνικών εντάσεων.

Το κύριο χαρακτηριστικό του Ν.5733 ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα όλων των μισθωτών (ΙΚΑ) για την προστασία κατά των κινδύνων γήρατος, αναπηρίας,ασθένειας και θανάτου, όχι όμως και κατά της ανεργίας.19

Οι αντιδράσεις που ξεσήκωσε αυτός ο νόμος ήταν έντονες και οι απόψεις για την αναγκαιότητα του αλληλοσυγκρουόμενες. Οι μέν υποστήριζαν ότι η ελληνική οικονομία θα καταρρεύσει αφού η ελληνική βιομηχανία λόγω της κρίσης δεν θα μπορέσει ν'αντέξει το βάρος του ασφάλιστρου. Οι δέ αντέτειναν ότι το βάρος για την ελληνική οικονομία θα ήταν μικρό αφού το ασφάλιστρο ήταν χαμηλό και το βάρος του τελικά θα μετακυλιόταν στους καταναλωτές μέσω της επιβάρυνσης του κόστους παραγωγής και των τιμών.20 Τελικά ο Ν.5733/1932 δεν εφαρμόστηκε λόγω της πτώσης του Βενιζέλου.

Το 1934 το Λαικό Κόμμα ψηφίζει τον Ν.6298 "Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων". Η διαφορά αυτού του νόμου από τον Ν.5733/1932 περιγράφεται παραστατικά από τον υπουργό Εθνικής Οικονομίας Γ.Πεσμαζόγλου ο οποίος σε ομιλία του το 1934 στο συνέδριο του Βιομηχανικού και Εμπορικού Επιμελητηρίου τονίζει ότι τελικά με τον Ν.6298 πέτυχε να επιβαρυνθεί η οικονομία μονο κατά 6,9% αντί 11% όπως θα γινόταν με τον Ν.5733/1932 και να χορηγείται το επίδομα ασθενείας από την όγδοη ημέρα αντί από την δεύτερη. Συνοψίζοντας δηλώνει ότι πέτυχε τη λιγότερη επιβάρυνση της αστικής τάξης.21 Δηλαδή φαίνεται ότι μεγάλο μέρος των εξόδων της κοινωνικής ασφάλισης θα το υπέμεναν οι εργαζόμενοι. Ενα δεύτερο αρνητικό σημείο ήταν ότι εξακολουθούσαν να μένουν χωρίς κάλυψη μεγάλα τμήματα του πληθυσμού όπως οι αγρότες, οι άνεργοι, οι μερικώς απασχολούμενοι κλπ.

---

18. Περάκης, 1975, ό.π., σελ.77

19. Αγγαλόπουλος, 1955, ό.π., σελ.27

20. Περάκης, 1975, ό.π., σελ.75

21. Σ.Μπαμπανάσης, "Η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα 1835-1983", στο Υ.Κ.Α., "Εισηγήσεις πάνω σε θέματα κοινωνικής ασφάλειας", 1984, σ.221

Τελικά σε λειτουργία το ΙΚΑ μπαίνει αρκετά αργότερα,στις 1/12/1937 και η λειτουργία του στηρίχθηκε στις αρχές της κλασσικού τύπου κοινωνικής ασφάλισης (Bismark) που επικρατούσε στην Κεντρική Ευρώπη.

Τέλος στις 16/3/1933 εγκρίνεται ο γενικός κανονισμός "Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και υπαλλήλων της πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργοστασίων, εργαστηρίων κλπ.". Αυτός ο κανονισμός υποχρέωνε τους εργοδότες να διατηρούν τους χώρους εργασίας και τα μηχανήματα σε κατάσταση που να μην εγγυμονεί κινδύνους για τη ζωή, την υγεία και την σωματική ακεραιότητα των εργαζομένων. Η εφαρμογή του κανονισμού άρχισε από 14/3/1934.22

2.2.Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΠΟΛΕΜΟΥ : ΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΤΟΥ 1922 ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η περίοδος 1922-1940 χαρακτηρίζεται από δύο σημαντικά γεγονότα τα οποία καθόρισαν την κατοπινή εξέλιξη της κρατικής κοινωνικής πολιτικής γενικότερα και της πολιτικής υγείας ειδικότερα: την είσοδο 1.500.000 προσφύγων από τη Μ. Ασία το 1922 και την παγκόσμια οικονομική κρίση του 1929 που είχε αντίκτυπο και στην Ελλάδα. Η κρίση του 1929 όπως είδαμε οδηγεί στην επιτακτική ανάγκη ίδρυσης του ΙΚΑ ενώ η εισροή των προσφύγων το 1922 γεννά αυτόματα το πρόβλημα της στέγασης και των συνθηκών διαβίωσης. Έτσι το κράτος αναγκάζεται να παρέμβει και να πάρει μέτρα σε δύο βασικούς τομείς: της κοινωνικής κατοικίας και των μέτρων υποδομής από τη μία και της υγείας από την άλλη.

Το 1922 ψηφίζεται ο Ν.2882/1922 "Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περίθαλψης μετονομαζόμενου σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας", ο οποίος όμως δεν εφαρμόζεται λόγω της Μικρασιατικής καταστροφής, αλλά αμέσως μετά εκδίδεται το Ν.Δ. της 31/12/1922 με βάση το οποίο το Υπουργείο Περιθάλψεως που είχε ιδρυθεί το 1917 μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως. Ο Πάγκαλος το 1926 καταργεί το υπουργείο και εντάσσει τις αρμοδιότητες του στο Υπουργείο Εσωτερικών. Με το Ν.Δ. της 28/8/1926 ξανασυστήνεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως και το 1928 συστήνεται στο υπουργείο Υφυπουργείο Υγιεινής το οποίο το 1929 γίνεται αυτόνομο και λειτουργεί ως υπουργείο, για να ξαναενταχθεί στο Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το 1932.

Αυτή η πορεία του Υπουργείου Υγιεινής αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την απουσία μιας συγκεκριμένης κρατικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, γεγονός που δείχνει ότι τα όποια μέτρα παίρνονταν, παίρνονταν κάτω από το βάρος των περιστάσεων και της στιγμής και αποσκοπούσαν στην εκ των υστέρων αντιμετώπιση των προβλημάτων.23

---

22. Αναστασόπουλος, χ.χ., ό.π., τόμος 3

23. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.118, Θωμόπουλος, 1977, ό.π.,

Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και κατοικίας ευνόησαν την εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών και κυρίως φυματίωσης. Το κράτος αναγκάζεται να πάρει μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας. Το 1922 ιδρύεται το Βασιλικό Ιατροσυνέδριο το οποίο αργότερα ονομάζεται Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο και με το Ν.Δ. της 28/10/1923 "Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας" καθορίζεται η οργάνωση περιφερειακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας και η ίδρυση τουλάχιστον μιας υγειονομικής μονάδας σε κάθε νομό. Ακόμα παίρνονται μέτρα για την κατάρτηση υγειονομικού προσωπικού με την ίδρυση της Σχολής Υγειονομικών Γιατρών το 1925, της Υγειονομικής Σχολής το 1929 και της Σχολής Επισκεπτριών το 1930.24

Ενα από τα σημαντικότερα γεγονότα της εποχής ήταν το πρόγραμμα αναμόρφωσης και οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας που καταρτίστηκε από την Οργάνωση Υγείας της ΚΤΕ το 1928 μετά από αίτηση της Ελληνικής κυβέρνησης και του υφυπουργού Α. Δοξιάδη. Η έκθεση που συντάχθηκε διαπίστωνε την άνιση κατανομή του ιατρικού δυναμικού, την ανεπάρκεια της εκπαίδευσης των γιατρών, των νοσοκόμων και των μαιών και την μη ικανοποιητική παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών αφού υπήρχε έλλειψη επαρκούς εξοπλισμού, κακές κτιριακές εγκαταστάσεις και υπερπληθώρα νοσηλευομένων. Προτείνονταν η σύσταση ενός κεντρικού συντονιστικού οργάνου υπεύθυνου για την λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Τα κέντρα υγείας θα ήταν η βασική υγειονομική μονάδα τόσο στις πόλεις όσο και στις αγροτικές περιοχές και θα διοικούνταν από το Κέντρο Διαμερίσματος που θα υπήρχε σε κάθε περιφέρεια. Στην Αθήνα και τον Πειραιά ιδρύονταν η Μητροπολιτική Υπηρεσία Υγιεινής που θα ενοποιούσε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες οι οποίες περιελέμβαναν και τον έλεγχο των συνθηκών υγιεινής στους χώρους εργασίας και στις κατοικίες. Τελικά το πρόγραμμα αυτό δεν εφαρμόστηκε και έτσι χάθηκε η ευκαιρία οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας.25

Ομως με βάση το πρόγραμμα της ΚΤΕ ιδρύθηκε το 1929 η Υγειονομική Σχολή Αθηνών η οποία το 1935 ίδρυσε σε συνεργασία με τον Δήμο Αθηναίων και το Ιδρυμα Ροκφέλλερ την Πρότυπη Υγειονομική Οργάνωση Αμπελοκήπων, η οποία αποτέλεσε το πρώτο Πολυδύναμο Κέντρο στην Ελλάδα, με σκοπό:26 την οργάνωση μιας τοπικής υγειονομικής

σ.175-176, Ζηλίδης, 1989, ό.π., σ.122-123, Λαδά-Χατζοπούλου, 1978, ό.π., σελ.5, Μαστρογιάννης, 1960, ό.π., σελ.297-306

24. Πανουτσοπούλου, 1984, ό.π., σ.124, Λέβετ, 1992, ό.π., σ.17

25. Αναλυτικότερη παρουσίαση του προγράμματος στο Α.Λιάκος, "Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του μεσοπολέμου", 1993, σελ.326-333

26. Δ.Μεσσηνέζης, "Η πρότυπος υγειονομική οργάνωσις Αμπελοκήπων του Δήμου Αθηναίων και της Υγειονομικής Σχολής. Το πρόγραμμα και τα πεπραγμένα μιας υγειονομικής υπηρεσίας. Οκτώβριος 1935-

υπηρεσίας που να παρέχει υπηρεσίες δημόσιας υγιεινής όπως καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων, υγιεινή της μητρότητας, βρεφική, προσχολική και σχολική υγιεινή, υγιεινή περιβάλλοντος κλπ., την πρακτική εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού όπως υγειονολόγων και αδελφών επισκεπτριών και την μελέτη διαφόρων υγειονομικών προβλημάτων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Εκθεση των Πεπραγμένων του Κέντρου αναφέρεται ως το βασικότερο πρόβλημα στη λειτουργία του όχι τόσο η έλλειψη χρηματικών πόρων όσο η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού, η οποία τονίζεται ότι αποτελεί τροχοπέδη για την ανάπτυξη και άλλων παρόμοιων κέντρων υγιεινής σε όλη τη χώρα.27

Μετά το 1935 εκδίδονται και κάποια σημαντικά διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η είσοδος των προσφύγων το 1922 αλλά και νωρίτερα οι ανάγκες λόγω των πολέμων τόνισαν τις ανεπάρκειες της νοσοκομειακής υποδομής της χώρας όπου το κύριο χαρακτηριστικό ήταν η ανεπάρκεια και η ανισοκατανομή των κλινών.28

Το 1937 εκδίδεται ο Α.Ν.965/1937 (ΦΕΚ Α 476) "Περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων", ο οποίος θεωρήται ο βασικός νόμος και το θεμέλιο για την μετέπειτα οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα. Στόχος του ήταν η σύσταση κρατικών νοσοκομείων, η ομοιόμορφη λειτουργία τους με την άσκηση κεντρικού ελέγχου από το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως, η εξασφάλιση των απαιτούμενων χρηματικών πόρων για τη λειτουργία τους και η επιλογή του κατάλληλου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Κύρια πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων καθοριζόταν ο κρατικός προυπολογισμός.29 Τέλος με τον Α.Ν.2769/1941 και κάτω από τις ανάγκες του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, δίνεται η δυνατότητα στους υπουργούς υγείας και οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με το νόμο αυτό αντί να καταργηθούν μετά τη λήξη του πολέμου, παρέμειναν σε λειτουργία για να καλύψουν τις μεγάλες ανάγκες που υπήρχαν.30

Δεκέμβριος 1936", 1937, σελ.2-4

27. Για τη λειτουργία του Κέντρου Αμπελοκήπων απαιτούνταν 200 υγειονολόγοι και πάνω από 1000 αδελφές επισκέπτριες. Βλ. Μεσσηνέζης, 1937, ό.π., σελ.66

28. Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.124-127

29. Εκθεση Πεπραγμένων Υπ. Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως, έτους 1937-1938, σελ.30, Λαδά-Χατζοπούλου, 1978, ό.π., σελ.8

30. Λαδά-Χατζοπούλου, 1978, ό.π., σ.5,8 Γ.Υφαντόπουλος, "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις", 1988, σ.82-83, Σιγάλας, 1993, ό.π., σ.25

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Για "ενδείξεις" άσκησης κρατικής υγειονομικής πολιτικής στην Ελλάδα μπορούμε να μιλάμε μόνο μετά το 1911, ενώ πιο οργανωμένη και συστηματική μορφή παίρνει μετά το 1922 και συμπίπτει με την περίοδο εισροής των προσφύγων του 1922 και με την οικονομική κρίση του 1929. Το πρώτο γεγονός ήταν ο καταλυτικός παράγοντας που ώθησε στα άκρα και έκανε εμφανείς τις αδυναμίες του κράτους και τις ελλείψεις του όχι μόνο στον τομέα της υγείας αλλά και της κατοικίας και γενικότερα στον τομέα της κοινωνικής προστασίας. Το δεύτερο γεγονός ήταν η αιτία για την ραγδαία πτώση του επιπέδου διαβίωσης των εργατικών τάξεων και την ανάγκη μέτρων προστασίας του εργατικού εισοδήματος η οποία οδηγεί στην καθιέρωση της κοινωνικής ασφάλισης. Το κράτος εμφανίζεται απροετοίμαστο για την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών με αποτέλεσμα την έλλειψη σαφούς σχεδιασμού, οργάνωσης και ενότητας στόχων και σκοπών.

ΕΝΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ Β'ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 1983 - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια σύντομη περιγραφή της οργάνωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα μέχρι το 1983 καθώς και αναφορά στο κυριώτερο θεσμικό πλαίσιο που καθόριζε τη λειτουργία του. Επίσης θα τονιστούν οι αδυναμίες λειτουργίας του συστήματος και οι βασικότερες προτάσεις που έγιναν για το ξεπέρασμα αυτών των προβλημάτων, με αποκορύφωμα την πρόταση Δοξιάδη το 1981. Ως σημείο τομής θεωρείται το 1983, χρονολογία θέσπισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας η οποία σηματοδοτεί τη βασικότερη ίσως προσπάθεια συνολικής αντιμετώπισης των προβλημάτων που αντιμετώπιζε το ελληνικό σύστημα υγείας μέχρι εκείνη τη στιγμή, μέσω της αναδιοργάνωσης του συστήματος και της γενίκευσης της παροχής υπηρεσιών σε όλο τον πληθυσμό. Το αν αυτή η προσπάθεια είχε το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι το αντικείμενο του επόμενου κεφαλαίου.

1.Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΤΟ 1951 : Η ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μετά το τέλος του β' παγκόσμιου πολέμου αρχίζει η προσπάθεια ανασυγκρότησης των ζημιών που είχαν προκληθεί λόγω του πολέμου αλλά και του εμφύλιου που ακολούθησε. Μεγάλο μέρος αυτής της προσπάθειας στηρίχθηκε στην εξωτερική βοήθεια ιδιαίτερα από την Αμερική. Το 1947 υπογράφεται η συμφωνία μεταξύ Ελλάδας-ΗΠΑ για την παροχή βοήθειας εκ μέρους των ΗΠΑ για την ανασυγκρότηση της Ελλάδας. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια υπογράφεται την ίδια χρονιά και μια δεύτερη συμφωνία για την παροχή βοήθειας περίθαλψης.1

Κάτω από την αιγίδα της Αμερικάνικης Αποστολής Βοήθειας προς την Ελλάδα (AMAG), δραστηριοποιήται η Ομάδα της Αμερικάνικης Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων του τομέα υγείας και τη διαχείρηση της βοήθειας των ΗΠΑ στον τομέα αυτό. Οι δραστηριότητες της ομάδας αυτής καθώς και η υφιστάμενη κατάσταση και τα προβλήματα του τομέα υγείας περιγράφονται στις ετήσιες εκθέσεις της ομάδας.

---

1. Α.Φατούρος, "Πώς κατασκευάζεται ένα επίσημο πλαίσιο διείσδυσης. Οι ΗΠΑ στην Ελλάδα 1947-1948", στον συλλογικό τόμο με τίτλο, "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-50. Ενα έθνος σε κρίση", 1984, σ.431

Στην Εκθεση για το οικονομικό έτος 1951-52 δίνονται μια σειρά πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού καθώς και για την κατάσταση της υποδομής του υγειονομικού τομέα και τις ανάγκες του σε εγκαταστάσεις και ειδικευμένο προσωπικό.2

Μια σειρά μεταδοτικών νόσων έκαναν θραύση στον Ελληνικό πληθυσμό ενώ απουσίαζαν τα αναγκαία ειδικά μέτρα αντιμετώπισης τους. Η επίπτωση της φυματίωσης στον πληθυσμό ήταν 3,05% το 1947 για να πέσει στο 0,6% το 1951 ύστερα από τη δραστηριοποίηση της UNRRA και της AMAG οι οποίες έδωσαν έμφαση στην κατασκευή σανατορίων (ως το 1951 είχαν κατασκευαστεί 4 σανατόρια 1050 κλινών), στον εμβολιασμό του πληθυσμού και στην εκπαίδευση φυματιολόγων. Η αντιμετώπιση των αφροδίσιων νοσημάτων ήταν υποτυπώδης ενώ η θεραπεία και ο έλεγχος της λέπρας γινόταν με ξεπερασμένες μεθόδους. Πριν τον β' παγκόσμιο πόλεμο το 6% του πληθυσμού είχε προσβληθεί από τράχωμα αλλά με τη χρήση σουλφοναμιδών το ποσοστό έπεσε σημαντικά. Ωστόσο παρέμεινε υψηλό το ποσοστό των παιδιών με τράχωμα. Τέλος όσο αφορά την προστασία της μητρότητας και της υγείας των παιδιών μετά τον β' παγκόσμιο πόλεμο δραστηριοποιήθηκαν και πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους οργανισμοί όπως η UNICEF και το ΠΙΚΠΑ.3

Η υποδομή του υγειονομικού τομέα σε εγκαταστάσεις και η στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό ήταν και αυτές σε άσχημη κατάσταση. Οπως ενδεικτικά αναφέρει η έκθεση, τα 52 κέντρα υγείας που υπήρχαν στην Ελλάδα αμέσως μετά τον πόλεμο ήταν σε αξιοθρήνητη κατάσταση αφού άλλα από αυτά δεν είχαν καθόλου γιατρούς, άλλα είχαν ελλειπώς εκπαιδευμένο προσωπικό, οι νοσοκόμες ήταν κυρίως συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα την ελλειπή στελέχωση των επαρχιακών κέντρων υγείας ενώ ειδικότητες όπως τεχνικοί εργαστηρίων ή υγειονολόγοι απουσίαζαν παντελώς. Δεν υπήρχαν οχήματα μεταφοράς των ασθενών και οι κτιριακές εγκαταστάσεις ήταν σε άθλια κατάσταση. Η κατάσταση αρχίζει να καλυτερεύει μετά το 1947 όπου μεταξύ 1947-50 κτίζονται 11 σύγχρονα κέντρα υγείας πλήρως εξοπλισμένα, γιατροί στέλνονται για εκπαίδευση στην Αθήνα ή το εξωτερικό ενώ ήδη υπάρχοντα κέντρα υγείας εξοπλίζονται με σύγχρονα όργανα. Ωστόσο τα προβλήματα παρέμεναν αφού τουλάχιστον τα μισά κέντρα υγείας εξακολουθούσαν να έχουν ελλείψεις σε εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε ασθενοφόρα, τα εργαστήρια και οι ακτινολογικές μονάδες δεν λειτουργούσαν, τα κτίρια ήταν σε κακή κατάσταση κλπ.4

Ειδικότερα όσο αφορά τα εργαστήρια η παρουσία τους αμέσως μετά τον πόλεμο ήταν ανύπαρκτη, ενώ όσα κατασκευάστηκαν μετά υπολειτουργούσαν λόγω έλλειψης εκπαιδευμένου προσωπικού.5

---

2. Public Health Division M.S.A. Greece, Annual Report, Fiscal Year 1951-1952

3. ό.π., σελ.4-15

4. ό.π., σελ.16

Σε σχέση με τις νοσοκόμες διαπιστώνεται η χαμηλή αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος και η συγκέντρωση του στην Αθήνα αφού και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργάζονταν στην Αθήνα ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργάζονταν κυρίως πρακτικές νοσοκόμες.6

Ως προς την εκπαίδευση των γιατρών τα προβλήματα ήταν ανάλογα: έλλειψη κτιρίων για τη στέγαση των ιατρικών σχολών, έλλειψη κατάλληλου υλικού διδασκαλίας κλπ.7

Εκείνη την περίοδο κατασκευάζονται ή βρίσκεται στο τέλος η κατασκευή αρκετών νοσοκομείων, σανατορείων, μαιευτηρίων, κέντρων δημόσιας υγείας και νοσηλευτικών σχολών. Μέχρι το 1952 για αυτά τα προγράμματα κατασκευών είχαν δαπανηθεί 104.147.000 δρχ. Επίσης κατά τη διάρκεια του έτους 1951-52 έγινε προμήθεια υγειονομικού υλικού, εξαρτημάτων και εξοπλισμού ύψους 1.278.505 δολλαρίων.8

Ενδεικτική της κατάστασης που επικρατούσε στον νοσοκομειακό τομέα είναι και η αγόρευση του βουλευτή Στεφάνου στη συζήτηση της βουλής για το Ν.Δ.2592/1953 ο οποίος παρουσιάζει στοιχεία της Εθνικής Νοσοκομειακής Απογραφής του 1948, τα οποία επιβεβαιώνουν και τις παραπάνω διαπιστώσεις.9 Διαπιστώνεται για μια ακόμα φορά η έλλειψη των αναγκαίων κλινών αφού απαιτούνταν 40.000 ενώ υπήρχαν μόνο 22.000, η άνιση γεωγραφική κατανομή των κλινών, η άσχημη κτιριακή κατάσταση των νοσοκομείων, η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού και ειδικευμένου προσωπικού αφού σε πολλά νοσοκομεία δεν υπήρχαν χειρουργεία αλλά και από τα υπάρχοντα χειρουργείο μόνο το 57% ήταν επαρκώς εξοπλισμένα, η απουσία αίθουσας τοκετών στα 42 από τα 91 γενικά νοσοκομεία κλπ. Επίσης από τις 1760 θεσμοθετημένες θέσεις γιατρών οι 505 ήταν κενές, ενώ σημαντικό πρόβλημα ήταν και η γεωγραφική κατανομή τους αφού από τους 8.500 γιατρούς οι 4.100 ήταν εγκατεστημένοι στην Αθήνα. Ανάλογες διαπιστώσεις γίνονται και για την έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων όπως μικροβιολόγων, που υπήρχαν μόνο 96 σε όλα τα νοσοκομεία από τους οποίους οι 68 υπηρετούσαν σε νοσοκομεία της Αττικής και ακτινολόγων οι οποίοι ήταν μόνο 76. Από τις απαραίτητες 8.676 νοσοκόμες υπήρχαν μόνο 3.456 ενώ σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν ακόμα πρακτικές μαίες. Επίσης επισημαίνεται ότι για την εισαγωγή στα καλά νοσοκομεία της εποχής όπως το Ιπποκράτειο χρειάζονταν η μεσολάβηση γνωστών και η κυκλοφορία

---

5. ό.π., σελ.24

6. ό.π., σελ.17

7. ό.π., σελ.25

8. ό.π., σελ.39,40,47

9. Αγόρευση του βουλευτή Στεφάνου στη συνεδρίαση της 26/8/1953

σημειωμάτων.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα το 1951 ήταν σε άσχημη κατάσταση και αντιμετώπιζε ένα πλήθος προβλημάτων που αναφέρονταν στην έλλειψη εγκαταστάσεων, εξοπλισμού και εκπαιδευμένου προσωπικού.

2.ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σε θεσμικό επίπεδο η περίοδος που ξεκινά μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και φτάνει ως το 1983 μπορεί να χαρακτηριστεί από μια γενική στασιμότητα. Ωστόσο αυτή την περίοδο ψηφίζονται δύο βασικά νομοθετήματα τα οποία προσπαθούν σε μεγάλο βαθμό να αντιμετωπίσουν τις υφιστάμενες ανάγκες και τα προβλήματα που εμφανίζονταν στην οργάνωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας και στην κάλυψη όλου του πληθυσμού για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Τα νομοθετήματα αυτά ήταν το Ν.Δ.2592/1953 "Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως" το οποίο επιχειρούσε την ριζική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας και το άλλο ήταν ο Ν.4169/1961 "Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων" ο οποίος επεκτείνει την παροχή υπηρεσιών υγείας και την ασφαλιστική κάλυψη στο μεγαλύτερο τμήμα του Ελληνικού πληθυσμού, δηλαδή τους αγρότες. Στα επόμενα δύο υποκεφάλαια θα παρουσιαστούν διεξοδικότερα αυτά τα δύο νομοθετήματα.

Πέρα όμως από το Ν.Δ.2592/1953 και τον Ν.4169/1961 και μερικούς νόμους όπως το Ν.Δ.3487/1955 που προέβλεπε τη δημιουργία κοινοτικών ιατρείων, το Ν.Δ.67/1968 που θεσμοθετούσε την υποχρεωτική υπηρεσία στην ύπαιθρο για τους γιατρούς και τον Ν.123/1975 που αναφερόταν σε θέματα των ειδικευόμενων γιατρών, καμμία άλλη προσπάθεια δεν γίνεται για τη δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

2.1.ΤΟ Ν.Δ.2592/1953 "ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ"

Με σκοπό την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων του υγειονομικού μας συστήματος ψηφίζεται το Ν.Δ.2592/1953 (Φ.Ε.Κ. 254 Α,18/9/1953), το οποίο αποτελεί μια σημαντική τομή σε σχέση με την μέχρι τότε ισχύουσα κατάσταση. Σύμφωνα με τον Υπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας Κ.Αδαμόπουλου ο βασικός σκοπός του διατάγματος αυτού ήταν η οργάνωση ενός σύγχρονου υγειονομικού συστήματος το οποίο να ανταποκρίνεται στις αρχές της διοικητικής και οικονομικής αποκέντρωσης, στον προγραμματισμό με βάση τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή της κοινότητας και στην συγκέντρωση των διατιθέμενων πόρων σε ένα λογαριασμό.10

---

10. Βλ. την ομιλία του Αδαμόπουλου στη Βουλή στη συνεδρίαση ΛΓ' της Τετάρτης 26/8/1953

Στην συζήτηση της Βουλής, από τους εισηγητές της πλειοψηφίας τονίστηκαν ακριβώς οι έννοιες της αποκέντρωσης, του συντονισμού, της περιφερειακοποίησης, της διοικητικής αυτονομίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, της συγκέντρωσης των πόρων σε κοινό ταμείο καθώς και η παροχή κινήτρων στους γιατρούς για μετακίνηση τους στην ύπαιθρο.11 Δηλαδή έννοιες που εξακολουθούν να απασχολούν την άσκηση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα και οι οποίες ξανασυζητήθηκαν και 30 χρόνια μετά με την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ.

Οι βασικότερες διατάξεις και καινοτομίες του νομοθετήματος αυτού αφορούσαν τη σύσταση οργάνων διαχείρησης και σχεδιασμού τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο με τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων, το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο οργάνωσης της παροχής των υπηρεσιών.

Ειδικότερα όσο αφορά τη διαχείρηση και το σχεδιασμό συστήνεται σε κεντρικό επίπεδο το Κεντρικό Συμβούλιο Ιατρικής Αντιλήψεως το οποίο είχε ως αρμοδιότητες τη γνωμοδότηση για οποιοδήποτε θέμα είχε σχέση με την ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών και των ιδρυμάτων υγείας σύμφωνα με τα σχέδια που υποβάλλονταν από τα Περιφερειακά Συμβούλια Ιατρικής Αντιλήψεως και τη γνωμάτευση για θέματα που αφορούσαν την νοσοκομειακή πολιτική του κράτους.

Σε περιφερειακό επίπεδο η χώρα χωρίζεται σε υγειονομικές περιφέρειες και σε κάθε μια από αυτές συστήνεται περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας η οποία έχει ως αρμοδιότητες τον προγραμματισμό και των συντονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και την οργάνωση, παρακολούθηση και έλεγχο των νοσοκομείων.Με αυτό το τρόπο γίνεται μια προσπάθεια αποκέντρωσης και περιφερειακής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια συνίσταται Περιφερειακό Συμβούλιο Ιατρικής Αντιλήψεως, διάταξη η οποία τονίζει την σημασία της συμμετοχής της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων. Αυτό φαίνεται και από τη σύνθεση των συμβουλίων στα οποία μεταξύ άλλων συμμετείχε και ο αντιπρόσωπος των επαγγελματικών σωματείων της περιοχής, ο πρόεδρος των Ενώσεων των Γεωργικών Συνεταιρισμών, ο Δήμαρχος της έδρας της περιφέρειας κλπ. Αρμοδιότητα των συμβουλίων αυτών ήταν η γνωμοδότηση για τις νοσηλευτικές ανάγκες της περιφέρειας, για τις κτιριακές ανάγκες και για τις ανάγκες σε εξοπλισμό. Επίσης ενέκριναν τους προυπολογισμούς των νοσοκομείων, τα τιμολόγια και τα νοσήλεια και τις πράξεις των Δ.Σ. των νοσοκομείων. Στην πρωτεύουσα κάθε επαρχίας ή νομού προβλεπόταν η σύσταση Επιτροπής Ιατρικής Αντιλήψεως έργο της οποίας ήταν κυρίως η παρακολούθηση της εφαρμογής των προγραμμάτων της ανοικτής περίθαλψης αλλά και η παρακολούθηση της λειτουργίας των νοσοκομείων με σκοπό την εισήγηση στο περιφερειακό συμβούλιο

---

11. Βλ. αγορεύσεις των βουλευτών Σταθόπουλου και Κατσαφάδου στη συνεδρίαση της 26/8/1953

για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων βελτίωσης της λειτουργίας των ιδρυμάτων.

Οσο αφορά τη χρηματοδότηση οι βασικότερες διατάξεις αφορούσαν τη σύσταση ειδικού λογαριασμού στο υποκατάστημα της Εθνικής Τράπεζας στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας με σκοπό την συγκέντρωση όλων των πόρων που προορίζονταν για το υγειονομικό σύστημα και προέρχονταν από πιστώσεις των δήμων και κοινοτήτων, την επιχορήγηση από το υπουργείο και από άλλες πηγές. Επίσης προβλέπονταν οι πηγές άντλησης πόρων για την ανέγερση νέων νοσοκομείων ή υγειονομικών σταθμών οι οποίες προέρχονταν από πιστώσεις των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων και του υπουργείου κοινωνικής πρόνοιας και η κατάθεση των χρημάτων σε ειδικό λογαριασμό στην Εθνική Τράπεζα. Τέλος προβλέπονταν η παροχή πιστώσεων για την περίθαλψη των άπορων ασθενών.

Σχετικά με την οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών προβλεπόταν η ύπαρξη σε κάθε περιφέρεια: α) ενός κεντρικού νοσοκομείου στην έδρα της περιφέρειας δυναμικότητας 150 κλινών και με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, β) περισσότερων του ενός γενικών νοσοκομείων δυναμικότητας 60 κλινών με ειδικότητες παθολογίας, χειρουργικής, μαιευτικής και μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, γ) κοινοτικών υγειονομικών σταθμών στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές που να εξυπηρετούν πληθυσμό 5.000-6.000 κατοίκους. Οσο αφορά τα ειδικά νοσοκομεία όπως μαιευτήρια, σανατόρια κλπ. θα εξυπηρετούσαν τις ανάγκες σε διαπεριφερειακό επίπεδο.

Αλλες σημαντικές διατάξεις αφορούσαν την παροχή σημαντικών οικονομικών κινήτρων στους γιατρούς για τη στελέχωση υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές, την προστασία της ίσης μεταχείρησης των πολιτών, τα προσόντα και την εκπαίδευση των διοικητικών διευθυντών των νοσοκομείων κλπ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τονιζόταν η αναγκαιότητα προσδιορισμού του αριθμού των κλινών σε κάθε περιφέρεια με βάση τον πληθυσμό, τα συγκοινωνιακά μέσα, δηλαδή με βάση τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες, τη νοσηρότητα και τον αριθμό των ιδιωτικών κλινών που υπήρχαν στη περιφέρεια. Αυτή η ρύθμιση θα μπορούσε να ειπωθεί ότι σε εμβρυικό στάδιο παραπέμπει σε σκεπτικό ανάλογο με την φόρμουλα του RAWP για τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στο Αγγλικό σύστημα υγείας τη δεκαετία του 1970.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το Ν.Δ.2592/1953 ήταν ένα πρωτοποριακό νομοθέτημα για την εποχή του, το οποίο άλλωστε ψηφίστηκε από τη Βουλή ομόφωνα και αποτέλεσε την πρώτη σοβαρή προσπάθεια συστηματικής αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Κάνοντας μια σύγκριση του διατάγματος αυτού με τον ιδρυτικό νόμο του NHS στην Αγγλία μπορούμε να διαπιστώσουμε διαπνέονται από κοινές αρχές ιδιαίτερα όσο αφορά το θέμα το σχεδιασμού και της συμμετοχής της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων.

Ομως δυστυχώς η εφαρμογή του διατάγματος ήταν μερική αφού πολλές διατάξεις του δεν εφαρμόστηκαν ή τροποποιήθηκαν πολύ σύντομα. Ο διαχωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες καταργήθηκε με τον Ν.3487/1955, ο τρόπος λειτουργίας και ο ρόλος του Κεντρικού Συμβουλίου Ιατρικής Αντιλήψεως υποβαθμίστηκε με το Ν.3487/1955 και με το Β.Δ.682/1960, τα Περιφερειακά Συμβούλια καταργήθηκαν με τον Ν.3487/1955 και τη θέση τους πήραν τα Νομαρχιακά Συμβούλια Υγείας τα οποία είχαν περιορισμένες αρμοδιότητες, οι Επιτροπές Ιατρικής Αντιλήψεως καταργήθηκαν και αυτές με τον Ν.3487/1955.12

Επίσης με τον ίδιο νόμο καταργήθηκαν και οι λογαριασμοί ιατρικής αντίληψης που προέβλεπε το άρθρο 13 του Ν.Δ.2592/1953. Ετσι χάθηκε ακόμα μια μεγάλη ευκαιρία η οποία αν εφαρμοζόταν, η κατάσταση του υγειονομικού συστήματος της χώρας θα ήταν διαφορετική. Το εγχείρημα έμεινε ανολοκλήρωτο και χρειάστηκε η πάροδος 30 χρόνων για να επαναληφθεί.

Και εδώ τίθεται το ερώτημα: Γιατί μια τόσο σημαντική θεσμική παρέμβαση όπως το Ν.Δ.2592/53 η οποία θα οδηγούσε στην οργάνωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας ικανού να καλύψει τις ανάγκες της χώρας, τελικά δεν εφαρμόστηκε αλλά με μεταγενέστερες ρυθμίσεις τροποποιήθηκε οδηγώντας στην επαναφορά της προηγούμενης κατάστασης, τη στιγμή μάλιστα που οι τεράστιες ανάγκες της χώρας είχαν διαπιστωθεί και επισημανθεί επανηλλειμένα;13

Για να δοθεί απάντηση στο παραπάνω ερώτημα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη τόσο ο βασικός σκοπός του διατάγματος αυτού όσο και το γενικότερο θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα εφαρμόζονταν το διάταγμα.

Ο βασικός στόχος του Ν.Δ.2592/53 ήταν η οργάνωση ενός ολοκληρωμένου αποκεντρωμένου συστήματος υγείας και η ορθότερη περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Από αυτή την άποψη θα μπορούσε να θεωρηθεί αρκετά προωθημένο για την εποχή του ακόμα και σε διεθνές επίπεδο αφού η τάση που κυριαρχούσε τότε ήταν όχι η διοικητική αποκέντρωση αλλά αντίθετα το συγκεντρωτικό μοντέλο λήψης των αποφάσεων σε όλους τους τομείς. Εξαίρεση στον κανόνα αποτελούσε μόνο η εγκαθίδρυση του Αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Από την άλλη μεριά και σύμφωνα με την κύρια αποδοχή της θεσμικής προσέγγισης, αποτελεί βασική διαπίστωση το γεγονός ότι ο τρόπος με τον οποίο οι δυτικές φιλελεύθερες δημοκρατίες υιοθέτησαν μέτρα κοινωνικής πολιτικής δεν ήταν μόνο μια λειτουργία κοινωνικής δικαιοσύνης που στηρίζονταν στις κοινωνικές ανάγκες, αλλά και ένα

---

12. Ε.Μωραίτης, "Το Ν.Δ.2592/53 Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως. Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της χώρας", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έτος 2, τεύχος 4, 1987, σελ.5-11

13. Βλ. παραπάνω την Εκθεση της Αμερικάνικης Αποστολής Βοήθειας αλλά και το υπόμνημα Ζαίμη όπως αναφέρεται στο Ζηλίδης, 1989, σελ.156

αποτέλεσμα του πώς οι πολιτικές και διοικητικές δομές των δημοκρατιών αυτών μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες της θεσμικής δομής της δημοκρατικής διακυβέρνησης. Ετσι διατυπώνεται το πρόβλημα των ορίων που τίθενται σε σχέση με τις προσδιοριστικές θεσμικές δυνατότητες παρέμβασης σε συγκεκριμένους τομείς. Παρέμβαση τόσο με την έννοια του σχεδιασμού όσο και με την έννοια της λήψης και της εφαρμογής νέων κοινωνικών πολιτικών. Στα πλαίσια αυτά αποκτούν ιδιαίτερη σημασία οι διαδικασίες με τις οποίες οι πολιτικές και διοικητικές δυνάμεις μετατρέπουν τους στόχους, τις προτεραιότητες και τους πόρους σε πραγματικότητα.14

Στην περίπτωση της Ελλάδας μελέτες διαπιστώνουν την εξαιρετικά συγκεντρωτική δομή του συστήματος διοίκησης των κρατικών δημόσιων υπηρεσιών όπου το σύνολο των αποφάσεων λάμβανε χώρα σε κεντρικό επίπεδο ή δια μέσου κυβερνητικών αντιπροσώπων στο τοπικό επίπεδο. Η τοπική αυτοδιοίκηση περιορίζονταν σε ελάχιστες αρμοδιότητες, με περιορισμένη εξουσία, χαρακτηριστικό το οποίο μπορεί εν μέρη να αποδοθεί στην ύπαρξη πολλών και μικρών κοινοτήτων. Επί πλέον δεν υπήρχε δεύτερος βαθμός αυτοδιοίκησης.15

Ενα δεύτερο χαρακτηριστικό το οποίο επιβάρυνε την κατάσταση ήταν η έλλειψη μιας καλά οργανωμένης διοικητικής γραφειοκρατίας, αφού ο κυρίαρχος τρόπος στρατολόγησης αυτής της γραφειοκρατίας ήταν οι πελατειακές σχέσεις.16

Μια τρίτη παράμετρο αποτελούν οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στην Ελλάδα ως προς τη διαδικασία του σχεδιασμού και της εφαρμογής των προγραμμάτων. Για παράδειγμα με αφορμή το πρόγραμμα 1968-72 η Wood-Ritsatakis διαπιστώνει την αδυναμία να επιτευχθούν οι προγραμματισμένοι στόχοι στον τομέα υγείας αφού αγνοήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ της οικονομικής και κοινωνικής διάστασης, δεν συμμετείχε ο πληθυσμός στη διαδικασία του προγραμματισμού, δεν επιτεύχθηκε ο στόχος της κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά ούτε και οι ποσοτικοί στόχοι του προγράμματος.17

Ενας δεύτερος επεξηγηματικός άξονας θα πρέπει να λάβει υπόψη του το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο της εποχής το οποίο χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία του φαινομένου της μετανάστευσης, τόσο της εξωτερικής όσο και της εσωτερικής. Μια σειρά κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών παραγόντων όπως ανεργία, υποαπασχόληση, χαμηλό και άνισα κατανεμημένο εισόδημα, πολιτική αστάθεια και γενικά άσχημες συνθήκες διαβίωσης, οδήγησαν κυρίως τον αγροτικό

---

14. Αναλυτικότερη παρουσίαση αυτής της προσέγγισης στο Ashford, 1986, ό.π., κυρίως σελ.1-29 και 300-318

15. A.Wood-Ritsatakis, "Unified social planning in the Greek context", 1986, σελ.91-93

16. J.Meynaud, "Πολιτικές δυνάμεις στην Ελλάδα", 1964, σελ.32

17. Wood-Ritsatakis, 1986, ό.π., σελ.223-224

πληθυσμό είτε στην εξωτερική μετανάστευση είτε στη μετακίνηση προς τα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας.18

Αποτέλεσμα ήταν η αύξηση του ποσοστού του αστικού πληθυσμού από 37,7% το 1951, σε 43,3% το 1961 και η αντίστοιχη πτώση τόσο του αγροτικού πληθυσμού από 47,5% σε 43,8%, όσο και του ημιαστικού από 14,8% σε 12,9%. Ενας άλλος χαρακτηριστικός δείκτης είναι η πυκνότητα του πληθυσμού, η οποία τη περίοδο 1951-1971 κυμαίνονταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα: το 1951 υπήρχαν 57,48 κάτοικοι ανά τ.χμ., το 1961 63,57 και το 1971 66,45.19 Επίσης πάνω από το 80% των κοινοτήτων είχαν πληθυσμό κάτω των 1000 κατοίκων.20 Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν ακριβώς ότι η κακή κατανομή του πληθυσμού δημιουργούσε προβλήματα στην ανάπτυξη ενός περιφερειακοποιημένου συστήματος υγείας. Το πρόβλημα επιτείνονταν και από την γεωγραφική κατανομή των επαγγελματιών υγείας όπου εμφανίζονταν έλλειψη τόσο γιατρών όσο και νοσηλευτικού προσωπικού στις αγροτικές περιοχές λόγω της μετακίνησής τους στα αστικά κέντρα.21

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι μια σειρά δυσκολιών που σχετίζονται με το θεσμικό και το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο ανάπτυξης της Ελλάδας ματαίωσαν την εφαρμογή του Ν.Δ.2592/53 και οδήγησαν στη σταδιακή τροποποίησή του.

2.2.Ο Ν.4169/1961 "ΠΕΡΙ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ"

Η ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε ουσιαστικά το 1961 δηλαδή αργότερα από όλες τις άλλες παραγωγικές ομάδες της χώρας, αν και ήταν το πολυπληθέστερο τμήμα του πληθυσμού: το 1951 αποτελούσε το 47,5% του συνολικού πληθυσμού και το 1961 το 43,8%.22 Ως το 1961 καλύπτονταν ασφαλιστικά όλοι οι απασχολούμενοι σε γεωργικές,κτηνοτροφικές και δασικές εργασίες οι οποίοι όμως βρίσκονταν εντός ασφαλιστικής περιοχής του ΙΚΑ.23 Ως προς την υγειονομική περίθαλψη το Ν.Δ.2592/1953 καθόριζε όπως είπαμε παραπάνω, την δημιουργία υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές.

---

18. Βλ. αναλυτικότερα Η.Εμκε-Πουλοπούλου, "Προβλήματα μετανάστευσης παλιννόστησης", 1986, σελ.145-189

19. Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 1988

20. Wood-Ritsatakis, 1986, ό.π., σελ.93

21. Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.154,185-186

22. Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 1988,σελ.17

23. Φ.Χατζηδημητρίου, Γ.Ψηλός, "Ασφαλιστική νομοθεσία", 1991, σ.234

Μια πρώτη σοβαρή προσπάθεια για την παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης στους αγρότες γίνεται με τον Ν.3487/1955 (Φ.Ε.Κ. 354 Α,1955) ο οποίος όμως, όπως δείξαμε παραπάνω, στην ουσία με αρκετές διατάξεις του αναιρούσε πολλές θετικές προβλέψεις του Ν.Δ.2592/1953. Ως προς την περίθαλψη των αγροτών, ο Ν.3487/1955 καθόριζε την ανοικτή και κλειστή ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη, τα μέτρα δημόσιας υγείας και τη μέριμνα για τη μητρότητα και το παιδί. Ο νόμος έκανε το διαχωρισμό εύπορων και άπορων αγροτών με βάση τον οποίο οι εύποροι αγρότες έπρεπε να πληρώνουν ετήσιο ασφάλιστρο 50 δρχ., ενώ οι άποροι είχαν δωρεάν κάλυψη. Απότερος στόχος του νόμου ήταν η δημιουργία ιατρείων στην ύπαιθρο. Τίθεται το όριο των 3.000 κατοίκων με βάση το οποίο ιδρύεται κοινοτικό ιατρείο με προσωπικό ένα γιατρό, μια μαία και μια νοσοκόμα, ενώ αν ο πληθυσμός ήταν κάτω των 3.000 ιδρύεται αγροτικό ιατρείο με ένα γενικό γιατρό. Για περιοχές δυσπρόσιτες και αραιοκατοικημένες η ίδρυση κοινοτικού ιατρείου εξαρτιόταν από την κατάσταση της συγκοινωνίας.

Η αποτελεσματικότητα του ιατρικού δικτύου που δημιουργήθηκε ήταν περιορισμένη αφού η έλλειψη συγκοινωνιακής υποδομής, η απουσία φαρμακείων και η έλλειψη ιατρείων και προσωπικού (αναλογούσε 1 γιατρός/4.000 άτομα), οδήγησε σε ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών.24 Ενδεικτικά το 1961 λειτουργούσαν 1137 αγροτικά ιατρεία, με προσωπικό 1141 γιατρούς, 436 μαίες και 415 νοσοκόμες.25 Επίσης ο νόμος αυτός είχε προνοιακό χαρακτήρα αφού έθετε το διαχωρισμό απόρων και εύπορων και δεν ανταποκρινόταν στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης.

Η ανάγκη για καλύτερη παροχή προστασίας στους αγρότες γίνεται αμέσως εμφανής.26 Ο Γ.Παπανδρέου είναι αυτός που πρώτος τονίζει το πρόβλημα και καταθέτει σχέδιο νόμου για την παροχή σύνταξης στους αγρότες άνω των 65 ετών και τον ακολουθεί η ΕΔΑ που καταθέτει παρόμοιο νομοσχέδιο τον Ιανουάριο του 1960. Ομως και τα δύο νομοσχέδια κρίνονται ως αντισυνταγματικά γιατί θα έπρεπε να είχαν κατατεθεί από τον υπουργό των οικονομικών και μετά από γνωμάτευση του ελεγκτικού συνεδρίου.27

---

24. Γ.Κράν, "Εκθεσις περί των κοινωνικών ασφαλίσεων του αγροτικού πληθυσμού της Ελλάδος", στο Δελτίο ΙΚΑ, τεύχος 1-2, Ιαν.-Φεβρ. 1961

25. Εισηγητική έκθεση επί του σχεδίου νόμου "Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

26. Για την αναγκαιότητα της ασφάλισης των αγροτών κατά των κινδύνων γήρατος, αναπηρίας, θανάτου αλλά και για τις πρώτες σκέψεις σχετικά με τον τρόπο παροχής αυτής της ασφάλισης βλ. Χ.Σύρκας, "Κοινωνική ασφάλιση των αγροτών μας κατά των κινδύνων αναπηρίας, γήρατος και θανάτου", στο Δελτίο ΙΚΑ, τεύχος 9, Σεπτέμβριος 1955, σελ.667-681

27. Γ.Σαριδάκης, "Αγροτικαί κοινωνικαί ασφαλίσεις", 1960, σ.131-132

Τα δύο αυτά νομοσχέδια ακολουθεί το νομοσχέδιο της κυβέρνησης το οποίο ψηφίζεται και γίνεται ο Ν.4169/1961 "Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων" (Φ.Ε.Κ. 18/Α/18-5-1961). Με βάση το νόμο αυτό δημιουργούνται τρεις κλάδοι ασφάλισης: παροχής σύνταξης λόγω γήρατος, παροχής περίθαλψης ασθένειας στους ασφαλισμένους και τις οικογένειες τους και παροχής αποζημίωσης για ζημιές λόγω χαλαζιού ή παγετού. Για την εξασφάλιση των εσόδων του οργανισμού καθορίστηκε εισφορά 2% επί της συνολικής ετήσιας ακαθάριστης προσόδου από την άσκηση αγροτικού επαγγέλματος28 και κοινωνική εισφορά από πρόσθετο ποσοστό επί του φόρου εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων και επί των τελών χαρτοσήμου, καθώς και ειδική εισφορά στα τσιγάρα, το καφέ, το κακάο, τη μπύρα και τα είδη πολυτελείας.

Οι κριτικές που δέχθηκε το νομοσχέδιο κινήθηκαν σε δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά τη γενική φιλοσοφία για τη σχέση οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια της ελληνικής οικονομίας. Πιο συγκεκριμένα, εμφανίστηκαν δύο απόψεις. Η μία υποστήριζε την προτεραιότητα της οικονομικής ανάπτυξης και των παραγωγικών επενδύσεων έναντι της άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Πρώτα θα έπρεπε να επέλθει η αύξηση του εθνικού εισοδήματος και μετά η κοινωνική προστασία η οποία θα έπρεπε να φτάνει μέχρι του σημείου στο οποίο δεν θα παρακώλυε την οικονομική ανάπτυξη.29

Η δεύτερη άποψη τόνιζε ότι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής δεν αντιτίθεται στην αναπτυξιακή διαδικασία αλλά η μια συμπληρώνει την άλλη, αρκεί να βρεθεί η χρυσή τομή.30 Στην εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου φαίνεται καθαρά ότι η κυβέρνηση υιοθετούσε την πρώτη άποψη. Ωστόσο αναγκάζεται να παραδεχθεί ότι η ασφαλιστική κάλυψη των αγροτών επιβάλλεται για τρεις λόγους: ίσης μεταχείρησης του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού, δικαιότερης κατανομής του εθνικού εισοδήματος και υιθέτησης των διεθνών τάσεων που επιβάλλουν την τάση κάλυψης όλο και περισσότερου πληθυσμού. Η αντίφαση αυτή στη στάση και τη σκέψη της κυβέρνησης αίρεται ως ένα σημείο από τη διαπίστωση ότι το εθνικό εισόδημα έχει αυξηθεί από 54,6 δις δρχ. το 1955,σε 75,4 δις το 1959 και επομένως η οικονομική μεγέθυνση κάνει δυνατές τις κοινωνικές παροχές. Αλλωστε η αύξηση του αγροτικού εισοδήματος θα οδηγούσε σε αύξηση της ζήτησης του αγροτικού πληθυσμού για βιομηχανικά προιόντα με αποτέλεσμα πολλαπλασιαστές επιπτώσεις και αναθέρμανση του οικονομικού κυκλώματος.31

---

28. Η οποία όμως από 1/1/1964 καταργήθηκε γιατί θεωρήθηκε πολύ υψηλή για τους αγρότες. Βλ. Α.Μπερνάρης, "Ιστορικόν και προβλήματα του ΟΓΑ", στα "Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου Αγροτικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων", Αθήνα 26-29 Απριλίου 1966, 1967, σ.162

29. Ενδεικτικά βλ. τις αγορεύσεις στη Βουλή του Μαρκεζίνη στις 9/2/60 και του Τσιγάρα στις 28/11/60.

30. Αγορεύσεις των Βουρδουμπά, Αλλαμανή στις 28/11/60 και του Παπανδρέου στις 5/12/60

31. Εισηγητική Εκθεση του Ν.4169/61

Η κυβέρνηση κατηγορήθηκε ότι καταθέτοντας το νομοσχέδιο είχε εισπρακτικούς σκοπούς μεταφέροντας τα βάρη της ασφαλιστικής κάλυψης στους ασφαλισμένους, αφού ο Ν.3487/55 παρείχε ικανοποιητική κάλυψη.32

Επίσης ασκήθηκε κριτική στο νομοσχέδιο -εδώ περνάμε στον δεύτερο άξονα- και από τεχνικής άποψης, η οποία εντοπίστηκε σε τρία σημεία. Πρώτον όσο αφορά τα οργανωτικά, κατακρίθηκε η δημιουργία νέου φορέα αφού αυτό θα ήταν πολυδάπανο και υποστηρίχθηκε η άποψη ότι έπρεπε να γίνει εκμετάλλευση των ήδη υπαρχόντων υπηρεσιών της ΑΤΕ33 ως προς την ασφάλιση της παραγωγής και του Υπ. Πρόνοιας για την υγειονομική περίθαλψη.

Δεύτερον ως προς τις παροχές τονίστηκε το χαμηλό ύψος της σύνταξης και η έλλειψη ασφάλισης των άλλων κινδύνων όπως η αναπηρία από ατύχημα κλπ. Τέλος σχετικά με τους οικονομικούς πόρους η κριτική αναφερόταν στην ασφαλιστική εισφορά η οποία θεωρήθηκε υπέρογκη για το αγροτικό εισόδημα και μη συμβατή με το πολύ χαμηλό ύψος της σύνταξης, στην μη συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση και στην αναντιστοιχεία μεταξύ της συνολικής επιβάρυνσης των αγροτών με εισφορές και φόρους και των συνολικών απολαβών από συντάξεις.34

Τους βαθύτερους λόγους για τους οποίους θεσπίστηκε ο Ν.4169/61 τους αποκαλύπτει η έκθεση του Γερμανού καθηγητή Κρόν ο οποίος τονίζει ότι η χορήγηση σύνταξης δεν θα κρατήσει τους αγρότες στην ύπαιθρο αφού η δομή της γεωργίας στην Ελλάδα είναι τέτοια που δεν προσφέρει τις προυποθέσεις για την επιβίωση του αγροτικού πληθυσμού. Θα ήταν προτιμότερη η απορρόφηση του αγροτικού υπερπληθυσμού σε νεοδημιουργούμενες βιομηχανικές θέσεις εργασίας.35 Αυτή η διαπίστωση μας παραπέμπει στις συνθήκες διαβίωσης του αγροτικού πληθυσμού και στον τρόπο απόσπασης αγροτικού υπερπροιόντος στην ελληνική οικονομία. Το βασικό χαρακτηριστικό ήταν η κρατική παρέμβαση στον αγροτικό τομέα και η καθιέρωση μηχανισμών απόσπασης και μεταφοράς του αγροτικού πλεονάσματος στον αστικό τομέα.36

---

32. Αλλαμανής, ό.π. και αγόρευση Ηλιού στις 3/12/60

33. Για την ακαταλληλότητα της ΑΤΕ να παίξει το ρόλο του ασφαλιστικού οργανισμού βλ. Σύρκας, 1955, ό.π., σελ.668-669

34. Για όλες αυτές τις κριτικές βλ. Αλλαμανής, Τσιγάρας, Παπανδρέου ό.π.

35. Κρον, 1961, ό.π.

36. Θ.Σακελλαρόπουλος, "Η μεταπολεμική αγροτική πολιτική και οι μακροπρόθεσμες τάσεις αλλαγής της", στο Θ.Σακελλαρόπουλος, (επιμ.), Οικονομία και πολιτική στην σύγχρονη Ελλάδα", 1992, σ.113-115

Το αποτέλεσμα ήταν το χαμηλό αγροτικό εισόδημα και το πολύ χαμηλό επίπεδο διαβίωσης. Αυτό οδήγησε σε μία έξαρση της μετανάστευσης των αγροτών και στην εμφάνιση έλλειψης εργατικών χεριών στην γεωργία μετά το 1955.37

Το κράτος για να σταματήσει αυτή τη φυγή εφάρμοσε μέτρα τόσο εισοδηματικής υφής όπως εισοδηματικές ενισχύσεις και φορολογικές απαλλαγές, όσο και κοινωνικής όπως οι νόμοι 3487/55 και 4169/61.38

Αργότερα εκδίδονται το Ν.Δ.4440/1964 που μετονομάζει τα κοινοτικά και αγροτικά ιατρεία σε αγροτικά ιατρεία Α' και Β' τάξης και τα διαχωρίζει σε πεδινά, ορεινά και ημιορεινά, το Β.Δ.984/1966 που καταργεί το πιστοποιητικό απορίας για τη νοσοκομειακή περίθαλψη και το Ν.Δ.67/1968 σύμφωνα με το οποίο εισάγεται η υποχρεωτική θητεία στην ύπαιθρο για τους πτυχιούχους των ιατρικών σχολών.39

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι μέχρι το 1981 η πρωτοβάθμια προστασία των αγροτών παρουσίαζε αρκετά προβλήματα όπως η άνιση κατανομή των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών, έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ανεπάρκεια κτιριακού και ιατρικού εξοπλισμού με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη καθιερώθηκε μόλις το 1982 με τον Ν.1287.40

---

37. Εμκε-Πουλοπούλου, 1986, ό.π., σελ.83-86, όπου φαίνεται ότι το 54% των μεταναστών προέρχονταν από αγροτικές περιοχές, σελ.154 όπου αναφέρεται ότι το 1963 το μέσο γεωργικό εισόδημα ήταν 8.000-9.000 έναντι 17.000-18.000 του μη γεωργικού εισοδήματος και σελ.257 όπου τονίζεται το γεγονός ότι μεταξύ 1956-1960 υπήρχε εποχιακή έλλειψη αγροτικών χεριών που κυμαινόταν από 2,6% ως 7,8%.

38. ΟΓΑ, "Πρώτη δεκαετία 1961-71", 1972, Α.Μπερνάρης, "Ο ΟΓΑ", στην Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων, τεύχος 9-10, Δεκέμβριος 1964 και Μπερνάρης, 1966, ό.π., Κ.Ιατρός, "Η αγροτική κοινωνική ασφάλισις ιδίως εν Ελλάδι. Το πρόβλημα και η εν Ελλάδι λύσις του", στο Ασφαλιστική Βιβλιοθήκη Σύγχρονων Εκδόσεων, Νο 3Α,χ.χ., Λ.Πάτρας, "Εκθεσις επί της επεκτάσεως των κοινωνικών ασφαλίσεων εις τον αγροτικόν πληθυσμόν", στο Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων, τεύχος Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 1962, Ομιλία του Χ.Δημητριάδη στο Πανευρωπαικό συνέδριο αγροτικών κοινωνικών ασφαλίσεων στη Βουδαπέστη, στο Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων, τεύχος 23, Ιούνιος 1970, Χ.Ανδρικόπουλος, "Η Ελληνική αγροτική ασφάλιση και τα προβλήματά της", στο Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων, τεύχος 23, Ιούνιος 1970

39. Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.57

40. Ζηλίδης, 1989, σελ.58-61

3.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα μέχρι το 1983 στηρίζονταν στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης. Ετσι οι ιδιωτικοί μισθωτοί και οι συνταξιούχοι αυτής της κατηγορίας καλύπτονταν από 22 ασφαλιστικά ταμεία από τα οποία ο γενικός φορέας ασφάλισης των μισθωτών ήταν το ΙΚΑ. Οι αυτοτελώς εργαζόμενοι σε αστικά επαγγέλματα καλύπτονταν από 9 ταμεία από τα οποία τα κυριώτερα ήταν το ΤΑΕ και το ΤΕΒΕ. Οι δημόσιοι υπάλληλοι καλύπτονταν από το κράτος ενώ οι αγρότες καλύπτονταν από τον ΟΓΑ.

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της οργάνωσης ήταν η κατάτμηση της ασφάλισης σε μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανισοτήτων και έντονων διαφοροποιήσεων τόσο ως προς την έκταση και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος. Επίσης ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που προέκυπτε από την απουσία ενός κεντρικού συντονιστικού οργάνου ήταν η έντονη γεωγραφική ανισοκατανομή των πόρων (κλινών και γιατρών) ιδιαίτερα μεταξύ αστικών κέντρων και επαρχίας,ενώ υπήρχε ακόμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού το οποίο δεν είχε ιατρική περίθαλψη. Τα προβλήματα εντείνονταν και από το χαμηλό επίπεδο των δαπανών για την υγεία αφού ενδεικτικά το 1975 οι δαπάνες υγείας αντιπροσώπευαν μόλις το 2,23% του ΑΕΠ.41

Η βασική διαπίστωση που προκύπτει από τα παραπάνω είναι η απουσία σε όλη τη μεταπολεμική περίοδο σαφούς πολιτικής στον τομέα της υγείας που να αποβλέπει στον συντονισμό των δραστηριοτήτων των αρμόδιων φορέων. Αυτή η κατάσταση οδήγησε στη διατύπωση μιας σειράς προτάσεων για την μεταρρύθμιση και την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας. Το κυρίαρχο σημείο προβληματισμού αυτών των προτάσεων ήταν ακριβώς η έλλειψη συντονισμού και σαφούς χάραξης πολιτικής σε συνδυασμό με τις ποιοτικές ανεπάρκειες αλλά και τα κενά στην κάλυψη του πληθυσμού. Παρακάτω θα παρουσιαστούν σύντομα μερικές από τις πιο ολοκληρωμένες προτάσεις που διατυπώθηκαν.

---

41. Θ.Ζαφείρας, Α.Ελευθερίου, "Καθολική υγειονομική ασφάλισις. Συμβολή εις την λύσιν του υγειονομικού και ιατρικού προβλήματος της χώρας", 1965, σ.20-22, Βασιλικόν Ιδρυμα Ερευνών, "Κοινωνική προστασία εν Ελλάδι. Ερευνα επί της υφισταμένης καταστάσεως και προοπτικαί", 1970, σ.257-270, Κ.Κούρτης, "Το πρόβλημα της οργανώσεως της παροχής της ιατρικής περιθάλψεως εις την Ελλάδα και εις άλλας χώρας", 1970, σ.15-17, ΚΕΠΕ, "Πρόγραμμα ανάπτυξης 1976-80, Υγεία", 1976, σ.106-131, Γ.Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σ.47-111

Το 1965 διατυπώνεται η πρόταση από τους Ζαφείρα και Ελευθερίου για τη δημιουργία ενός συστήματος καθολικής υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού. Οι βασικές αρχές του συστήματος θα έπρεπε να είναι η σύσταση ενός και μοναδικού φορέα ασφάλισης υγείας, η ασφάλιση υγείας όλων των Ελλήνων και η πλήρης ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.42

Ειδικότερα, η σύσταση ενιαίου οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Υγείας), επιβάλλονταν για την επίτευξη της κάλυψης όλου του πληθυσμού, την αποφυγή των πολλαπλών καλύψεων, τον καλύτερο προγραμματισμό και έλεγχο, την μείωση των δαπανών διοίκησης και την συγκέντρωση και ορθολογική διαχείρηση των πόρων.43 Ο ΕΟΥ θα εποπτεύονταν από το Υπουργείο Υγιεινής και σταδιακά όλα τα ταμεία ή οι κλάδοι υγείας θα υπάγονταν σε αυτόν.44

Η καθολική ασφάλιση του πληθυσμού υποστηρίζονταν για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης και την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων.45 Η έννοια της πλήρους κάλυψης περιελάμβανε τόσο την κάλυψη όλου του πληθυσμού για όλες τις υπηρεσίες όσο και την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.46

Οσο αφορά την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων σημειώνεται κατ'αρχάς η πιθανή αντίθεση των ταμείων κατά του διαχωρισμού του κλάδου ασθένειας από τον κλάδο συντάξεων γιατί έτσι θα χάσουν την δυνατότητα μεταφοράς κονδυλίων από τον ένα κλάδο στον άλλο.47 Για την εξεύρεση νέων πόρων εκτός από τις εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών προτείνονταν και η επιβολή ενιαίου έμμεσου φόρου υπέρ της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η συμβολή του κράτους μέσω του προυπολογισμού.48

Ως προς την παροχή των υπηρεσιών προτείνονταν η υιοθέτηση ενός μικτού συστήματος εκλογής του οικογενειακού γιατρού και κατά κεφαλή αμοιβής, ενώ όπου αυτό δεν είναι δυνατό, ο διορισμός έμμισθου γιατρού.49

---

42. Ζαφείρας, Ελευθερίου, 1965, ό.π., σ.57-58

43. Ζαφείρας, Ελευθερίου, 1965, ό.π., σελ.59-60

44. Ζαφείρας, Ελευθερίου, 1965, ό.π., σελ.68

45. ό.π., σελ.71

46. ό.π., σελ.75

47. ό.π., σελ.79

48. ό.π., σελ.95

49. ό.π., σελ.104

Η νοσοκομειακή περίθαλψη θα έπρεπε να ανήκει εξ ολοκλήρου στο κράτος και προτείνονταν η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών. Θα έπρεπε να ιδρυθούν μέσου μεγέθους (200-400 κλίνες) γενικά νοσοκομεία στις πρωτεύουσες των νομών, να γίνει υποχρεωτική η ειδίκευση των νέων γιατρών στα επαρχιακά νοσοκομεία, να καθιερωθεί ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών και να προσδιορίζεται κάθε έτος ο αριθμός των ειδικευόμενων γιατρών ανά ειδικότητα.50 Για την εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία θα έπρεπε να υπάρχει γνωμάτευση του οικογενειακού ή αγροτικού γιατρού, εκτός από τα επείγοντα περιστατικά. Ο ασθενής θα παραπέμποταν στους ειδικευμένους γιατρούς των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου οι οποίοι και θα ενέκριναν ή όχι την εισαγωγή στο νοσοκομείο.51

Σε σχέση με την φαρμακευτική περίθαλψη προτείνονταν η συμμετοχή του χρήστη κατά 20% ενώ τονίζονταν και η ανάγκη δημιουργίας εθνικής φαρμακοβιομηχανίας.52

Η εφαρμογή του παραπάνω προγράμματος θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία οι οποίες θα έφτανων στο 5% του Εθνικού Εισοδήματος και στο 20% του Κρατικού Προυπολογισμού.53

Μια δεύτερη σημαντική πρόταση γίνεται από τον Λ.Πάτρα ο οποίος διατυπώνει την αναγκαιότητα του κοινωνικού σχεδιασμού για την άσκηση της ορθής κοινωνικής πολιτικής.54 Η αναγκαιότητα αυτή πηγάζει από το γεγονός ότι αν δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός της κοινωνικής πολιτικής τότε το σύστημα της κοινωνικής προστασίας καταντά τροχοπέδη στην οικονομική ανάπτυξη. Επίσης αποτυγχάνει να εξασφαλίσει ένα ελάχιστο όριο προστασίας, δεν επιτυγχάνει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και δεν βελτιώνει τους όρους διαβίωσης των φτωχώτερων στρωμάτων.55

Μέσα στα πλαίσια αυτά προτείνεται η οργάνωση του υγειονομικού συστήματος πάνω σε νέα βάση. Η βάση αυτή είναι η σύσταση ενός συντονιστικού οργάνου το οποίο θα ελέγχει και θα συντονίζει όλους τους ασφαλιστικούς φορείς υγείας. Η μελέτη, επεξεργασία και

---

50. ό.π., σελ.151-155

51. ό.π., σελ.167

52. ό.π., σελ.171-177

53. ό.π., σελ.274

54. Για τα προβλήματα και τις αδυναμίες που παρουσιάζει η διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού στην Ελλάδα με αφορμή το σχέδιο 1968-1972 αλλά και ειδικότερα για τις ελλείψεις στον σχεδιασμό στον τομέα της υγείας βλ. Wood-Ritsatakis 1986, ό.π. και κυρίως τις σελ. 164-226 όπου αναφέρονται στον σχεδιασμό του τομέα υγείας.

55. Λ.Πάτρας, "Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής", 1972, σελ.25-26

αναπροσαρμογή των προγραμμάτων πολιτικής υγείας θα γίνονταν από το "Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο". Η σύσταση ενός ενιαίου φορέα περίθαλψης της υγείας θεωρήται βραχυπρόθεσμα ανέφικτη λόγω της ύπαρξης των πολλών νομικών καθεστώτων και της κατάτμησης των φορέων. Επίσης προτείνονταν η σύσταση ενός "Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας" το οποίο και θα κατανέμει τα οικονομικά βάρη λειτουργίας του συστήματος υγείας.56

Η ανοικτή περίθαλψη θα οργανώνονταν με βάση τους γενικούς γιατρούς οι οποίοι θα συνάπτονταν με το φορέα υγείας και θα πληρώνονταν κατά κεφαλή ανάλογα με τον εγγεγραμμένο αριθμό ατόμων στις λίστες των γιατρών ή με μισθό. Στις αγροτικές περιοχές θα ίσχυε το υπάρχον σύστημα των αγροτικών ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών. Ο γενικός γιατρός θα παρέπεμπε τους ασθενείς στους γιατρούς ειδικοτήτων οι οποίοι θα βρίσκονταν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή στα ιατρεία τους και θα αμοίβονταν με βάση μηνιαίο μισθό και κατά πράξη.57

Η οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης θα γίνονταν με βάση το χωρισμό της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη σύσταση σε κάθε περιφέρεια ενός περιφερειακού νοσοκομείου και σε κάθε νομό ενός νομαρχιακού νοσοκομείου 50-250 κλινών. Οι νοσοκομειακοί γιατροί θα είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η σύσταση ιδιωτικών κλινικών δεν θα απαγορεύονταν αλλά θα έπρεπε να τηρούν ορισμένες προυποθέσεις έτσι ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες τους να είναι ανταγωνιστικές των υπηρεσιών των κρατικών νοσοκομείων.58

Σχετικά με την πολιτική ως προς τα φάρμακα τονίζονταν η ανάγκη σύνταξης εθνικού συνταγολογίου και η αναθεώρηση της νομοθεσίας με σκοπό υποστήριξη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας.59

Η εξεύρεση των αναγκαίων επιπρόσθετων πόρων θα μπορούσε να γίνει μέσω της αύξησης των εισφορών, της συμμετοχής των χρηστών και του κρατικού προυπολογισμού ενώ θα μπορούσε να συζητηθεί και η μερική συμβολή του αγροτικού πληθυσμού.60

Τέλος, προς τη σύσταση ενός ενιαίου φορέα υγείας προσανατολίζονταν και η έκθεση της ομάδας εργασίας του ΚΕΠΕ στα πλαίσια του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος 1976-1980 στον τομέα της υγείας. Ως βασική επιδιώξη της πολιτικής υγείας προσδιορίζεται η εξασφάλιση της παροχής υπηρεσιών σε όλο το πληθυσμό με βάση την αρχή της ισότητας και της υψηλής ποιότητας.

---

56. Πάτρας, 1972, ό.π., σελ.211-216

57. ό.π., σελ.156-161

58. ό.π., σελ.173-190

59. ό.π., σελ.205-206

60. ό.π., σελ.230-231

Απαραίτητα μέτρα προς την κατεύθυνση αυτή είναι η γενίκευση της προστασίας της υγείας σε όλο τον πληθυσμό, η εναρμόνιση των παρεχομένων υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή των πόρων και η εξεύρεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων.61 Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων,η καλύτερη αλλά και η πιο δύσκολη ως προς την εφαρμογή της λύση θεωρήται η δημιουργία μιας "ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας".62

Λόγω όμως των μεγάλων θεσμικών αλλαγών που απαιτούνταν, η ομάδα τελικά θεωρεί ως πιο εφικτή βραχυπρόθεσμα τη θέσπιση μηχανισμών συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων που θα αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας του υφιστάμενου συστήματος και στην βελτίωση της προστασίας των φτωχώτερων στρωμάτων του πληθυσμού.63

Συμπερασματικά από την παρουσίαση των παραπάνω προτάσεων που διατυπώθηκαν κατά καιρούς φαίνεται να υπήρχε μια συμφωνία μεταξύ των μελετητών ως προς την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός εθνικού συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, το αίτημα για την δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας με σκοπό την βελτίωση της φροντίδας υγείας γινόταν αποδεκτό και από την πλειοψηφία των πολιτών οι οποίοι εξέφραζαν την μη ικανοποίηση τους από την ασφάλιση ασθένειας αφού εμφάνιζε μια σειρά αδυναμιών όπως ύπαρξη ανασφάλιστων, η ασφάλιση στηρίζονταν στην απασχόληση, οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες, ανεπαρκή χρηματοδότηση, ύπαρξη ανισοτήτων και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών.64

Τη πορεία καθώς και τις διαδικασίες που οδήγησαν στη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ εξετάζει το επόμενο κεφάλαιο.

---

61. ΚΕΠΕ, 1976, ό.π., σελ.131-134

62. ό.π., σελ.138

63. ό.π., σελ.143

64. Μ.Μαδιανός, Ο.Ζάρναρη κ.α., "Υγεία,και Ελληνική κοινωνία", 1988, σελ.237

ΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στις διαδικασίες θεσμοθέτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας με το Ν.1397/1983. Εκτος από την παρουσίαση των γενικών κατευθυντήριων γραμμών και των καινοτομιών του νέου νόμου θα παρουσιαστεί και η πρώτη αποτυχημένη προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας που έγινε το 1980 από τον Δοξιάδη και η οποία αποτέλεσε προπομπό του Ν.1397/1983.

1.ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΟΞΙΑΔΗ

Το 1980 το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών με υπουργό τον Δοξιάδη συνέταξε ένα σχέδιο νόμου με τίτλο "Μέτρα προστασίας της υγείας" με σκοπό την ριζική αναμόρφωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Πριν από τη σύνταξη του νομοσχεδίου, με αποφάσεις του υπουργού, είχε ανατεθεί σε μια επιστημονική ομάδα με πρόεδρο το Β.Φίλια η μελέτη του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού και η υποβολή προτάσεων. Η σύσταση της ομάδας έγινε τον Σεπτέμβριο του 1978 και παρέδωσε το πόρισμα της μελέτης το καλοκαίρι του 1979. Η ομάδα, με την αποδοχή ότι ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού δεν μπορεί να μελετηθεί ξεχωριστά από την γενικότερη οργάνωση του υγειονομικού τομέα, προχώρησε παραπέρα στην εξέταση της υφιστάμενης κατάστασης των υπηρεσιών υγείας και στην υποβολή προτάσεων για την γενικότερη αναμόρφωση του συστήματος.1

Η ομάδα εντοπίζει τις αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας της χώρας σε τρείς τομείς: την οικονομικοτεχνική νοσοκομειακή υποδομή, το σύστημα προγραμματισμού και εκπαίδευσης και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων.2 Οι βασικές της προτάσεις είναι η ανάγκη δημιουργίας ενός Εθνικού Φορέα Υγείας στα πλαίσια του οποίου αποκτά ιδιαίτερη σημασία ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ως βασικές προυποθέσεις εφαρμογής του θεσμού θεωρούνται:3 η αύξηση των δαπανών για την υγεία και ιδιαίτερα τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η σύσταση ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας ως ένα πρώτο στάδιο του Εθνικού Φορέα Υγείας, μακροχρόνιος προγραμματισμός και η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, η αναδιοργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας των νοσοκομείων, η επανεξέταση του αριθμού και της ποιότητας των νοσοκομειακών κλινών, η κρατικοποίηση των νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου και ο αυστηρός έλεγχος των

---

1. Βλ. το σκεπτικό της ομάδας στην εισαγωγή της μελέτης με τίτλο "Ο Θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση", όπως δημοσιεύεται στο Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 20α, Αύγουστος 1979, σελ.6

2. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, ό.π., σελ.16-17

3. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, ό.π., σελ.18-19

ιδιωτικών κλινικών.

Ειδικότερα όσο αφορά το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού, που άλλωστε αποτέλεσε και το σημείο τριβής και δημιουργίας εντάσεων όπως θα δούμε αργότερα μεταξύ του υπουργείου και των νοσοκομειακών γιατρών, εμφανίστηκαν δύο απόψεις στα πλαίσια της ομάδας. Η πρώτη άποψη που αποτελούσε την θέση της πλειοψηφίας της ομάδας, υποστήριζε την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών χωρίς το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Η δεύτερη άποψη, την οποία υποστήριζαν και οι εκπρόσωποι του υπουργείου στην ομάδα, δέχονταν ότι κάτω από ορισμένες προυποθέσεις ο νοσοκομειακός γιατρός θα έπρεπε να μπορεί να δέχεται ιδιωτική πελατεία στο νοσοκομείο σε προκαθορισμένες ώρες πέρα από το ωράριο εργασίας ή ακόμα να μπορεί και να παρακολουθεί ιδιώτες νοσηλευόμενους ασθενείς σε κλίνες του νοσοκομείου οι οποίες δεν θα έπρεπε να ξεπερνούν το 10-15% του συνόλου των κλινών του νοσοκομείου.4

Για την εφαρμογή των προτάσεων της η ομάδα προσδιόριζε ως μεταβατικό στάδιο μια χρονική περίοδο 2 ετών μέσα στην οποία θα έπρεπε να ληφθούν μια σειρά μέτρων που ήταν:5 η δημιουργία του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας ως πρώτο στάδιο για τη δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας με την σταδιακή ενοποίηση όλων των ταμείων υγείας σε έναν φορέα, η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, η καλύτερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία πολυιατρείων που θα έχουν τον ρόλο που παίζει και ο ιδιώτης γιατρός, η δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και εθνικής φαρμακοβιομηχανίας, η κρατικοποίηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ο προγραμματισμός των κλινών, η σύσταση ενός κεντρικού οργάνου εκπαίδευσης και η αύξηση των δαπανών για την υγεία.

Το σχέδιο νόμου που καταρτήστηκε από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών και διέρρευσε στη δημοσιότητα το 1980, ακολουθούσε σε αρκετά σημεία τις προτάσεις της επιστημονικής ομάδας, εκτός από ένα σημείο που ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού. Αναλυτικότερα με το νομοσχέδιο συστήνονταν το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και γινόταν η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες στις έδρες των οποίων συστήνονταν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας. Επίσης κάθε νομός χωρίζονταν σε Τομείς Υγείας και στην έδρα κάθε τομέα συστήνονταν η Τοπική Επιτροπή Υγείας. Μια από τις βασικές καινοτομίες ήταν η δημιουργία σε κάθε τομέα Κέντρων Υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας στους αγροτικούς και ημιαστικούς πληθυσμούς της χώρας, τα οποία συνδέονταν με τα κατά τόπους κρατικά νοσοκομεία, στον προυπολογισμό των οποίων εγγράφονταν τα έξοδα λειτουργίας των κέντρων υγείας. Οσο αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονταν σε Περιφερειακά τα οποία παρείχαν περίθαλψη και εκπαίδευση σε μεγάλο αριθμό ειδικοτήτων, σε Νομαρχιακά στα οποία υπήρχαν μόνο οι γενικοί τομείς της ιατρικής

---

4. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, ό.π., σελ.27-29

5. Δελτίο ΕΙΝΑΠ, ό.π., σελ.37-39

και στα Τοπικά τα οποία παρείχαν πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα σε χρόνιες καταστάσεις. Για την ίδρυση νέων νοσηλευτικών μονάδων οποιασδήποτε νομικής μορφής χρειάζονταν προηγούμενη έγκριση σκοπιμότητας από το ΥΚΥ ύστερα από γνωμοδότηση του ΕΣΥ.6

Και φτάνουμε τώρα στο επίμαχο σημείο που αφορά το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού. Στο νομοσχέδιο δεν προβλέπονταν η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών. Στο άρθρο 44 του νομοσχεδίου προβλέπονταν η δυνατότητα της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης μόνο για τις θέσεις των διευθυντών και αυτό μετά την πάροδο μιας τριετίας. Επίσης τους επιτρέπονταν η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής με αμοιβή, μέσα στο νοσοκομείο. Οι ειδικευμένοι Επιμελητές θα απασχολούνταν με βάση τριετείς συμβάσεις οι οποίες μπορούσαν να ανανεωθούν. Τέλος παρέκονταν το δικαίωμα στα κρατικά νοσοκομεία να προσλαμβάνουν γιατρούς ειδικοτήτων που δεν προβλέπονταν στον οργανισμό τους, με ωριαία αποζημίωση ή με αμοιβή κατά περίπτωση.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών σε ανακοίνωση του μετά από γενική συνέλευση στις 30/4/1980, χαρακτήρισε το νομοσχέδιο ως απαράδεκτο, αντιιατρικό, αντικοινωνικό και αντιοικονομικό και ζητούσε να αποσυρθεί και να συνταχθεί καινούργιο. Επίσης ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος μετά από γενική συνέλευση στις 7-8/6/1980 αποφάσισε την απεργιακή κινητοποίηση των γιατρών στην περίπτωση που ναυαγούσε ο διάλογος με το ΥΚΥ.7

Και εδώ τίθεται το ερώτημα γιατί αυτή η επικέντρωση του ιατρικού σώματος στο θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης αφού το νομοσχέδιο αναφερόταν στο σύνολο του υγειονομικού τομέα και κατ'επέκταση στην υγεία του Ελληνικού πληθυσμού και όχι αποκλειστικά στον νοσοκομειακό τομέα.

Διαφωτιστική αυτού του ερωτήματος είναι η εισήγηση του προέδρου της ΕΙΝΑΠ Δ.Στριμμένου, στη διημερίδα συζήτησης με θέμα "Κράτος και Υγεία" που οργανώθηκε στις 12-13/12/1980 από την Ενωση Ελλήνων Πανεπιστημιακών Δ.Ευρώπης , στο Εθνικό Ιδρυμα Ερευνών.8 Σ'αυτή την εισήγηση υποστηρίζεται ότι η έμφαση που δίνεται από το νομοσχέδιο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στηρίζεται στην αποπροσανατολιστική διακήρυξη της Αλμα-Ατα και χρησιμοποιήται απλά σαν άλλοθι για την υποβάθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης με σκοπό την περικοπή των δαπανών για την υγεία. Επίσης τονίζεται ότι η αποκέντρωση για τους γιατρούς νοήται μόνο σαν κατασκευή νοσοκομείων πλήρως εξοπλισμένων με όλες τις ιατρικές

---

6. Βλ. τις διατάξεις του νομοσχεδίου έτσι όπως δημοσιεύθηκε από το Δελτίο ΕΙΝΑΠ στα τεύχη 27 και 28 του 1980

7. Για το χρονικό των γεγονότων βλ. Δελτίο ΙΣΑ, τεύχος 7, 1980

8. Δ.Στριμμένος, "Κριτική στα νέα μέτρα για την υγεία. Τι θα έπρεπε να γίνει", στο Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 36, Δεκέμβριος 1980, σελ.23-32

ειδικότητες. Ως προς το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, τονίζεται η αναγκαιότητα του θεσμού για τη δημιουργία ενός φιλολαικού συστήματος.

Το κατάλληλο μοντέλο του νοσοκομειακού γιατρού θα έπρεπε σύμφωνα με την παραπάνω εισήγηση να στηρίζεται σε κάποια στοιχεία που είναι, εκτός από την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση, η μονιμότητα, οι υψηλές αμοιβές, η πενθήμερη εργασία και η μηνιαία άδεια με πλήρεις αποδοχές καθώς και η χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών.9

Σε σχέση με τις παραπάνω αιτιάσεις μπορούμε να κάνουμε δύο παρατηρήσεις. Πρώτον ότι το μήνυμα της Αλμα-Ατα για έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είτε δεν είχε κατανοηθεί επαρκώς από τους Ελληνες γιατρούς είτε για λόγους σκοπιμότητας διαστρεβλόνονταν το νόημα του. Η διακήρυξη της Αλμα-Ατα δεν στηρίζονταν στην ανάγκη περικοπής των δαπανών για την υγεία αλλά αντίθετα προβλέπονταν ότι για να δημιουργηθεί ένα νέο δίκτυο στηριγμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ένα πρώτο στάδιο οι δαπάνες θα αυξάνονταν ακόμα περισσότερο. Συνεπώς η κατηγορία ότι το νομοσχέδιο αποσκοπούσε στην περικοπή των δαπανών μάλλον δεν ευσταθεί. Δεύτερον η διακήρυξη αυτή σηματοδοτούσε μια μεταβολή των αντιλήψεων σχετικά με την υγεία γεγονός που έπληττε τον ιατρικό κλάδο. Αυτό το δεύτερο στοιχείο θα μπορούσε να κατονομαστεί ως ένας παράγοντας αντίθεσης του ιατρικού σώματος στο νομοσχέδιο. Ομως ως πιο σημαντική αιτία, η οποία δημιουργούσε έναν ανάλογο κίνδυνο για το ιατρικό σώμα, ήταν η προοπτική της ένταξης στην ΕΟΚ και ο κίνδυνος ανταγωνισμού από τους ξένους γιατρούς οι οποίοι πιθανόν να εγκαταστήνονταν στην Ελλάδα. Το κράτος καλούνταν να προστατεύσει την τάξη των υγειονομικών και ένας θεσμός που θα μπορούσε να το πετύχει αυτό ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.10

Παραμένει προς περετέρω διερεύνηση το κατά πόσο η επιμονή των γιατρών στο θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πήγαζε από το δημοκρατικό τους συναίσθημα ή από ιδιοτελή κίνητρα που σχετίζονταν με την κατοχύρωση επαγγελματικών προνομίων.

Η κυριαρχία του ιατρικού σώματος στην λήψη των αποφάσεων σχετικά με το σύστημα υγείας θα φανεί ακόμα περισσότερο στο Ν.1397/1983 όπου το στοιχείο που κυριαρχεί είναι η προσπάθεια επίλυσης των εργασιακών σχέσεων των γιατρών ενώ οι διατάξεις που αναφέρονται στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού είναι αναλογικά πολύ λιγότερες. Και εδώ τίθεται τελικά το ερώτημα ποιοί φορείς διαμορφώνουν την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, που αποβλέπουν και

---

9. Στριμμένος, ό.π., σελ.29-30

10. Ως επιβεβαίωση της παραπάνω θέσης μπορεί να αναφερθεί ένα άρθρο στο Δελτίο ΙΣΑ όπου τονίζονται οι κίνδυνοι που εγκυμονεί για τους γιατρούς η είσοδος στην ΕΟΚ. Βλ. Χ.Χριστόπουλου, "Υγεία και ΕΟΚ", Δελτίο ΙΣΑ, τεύχος 7, 1980

ποια συμφέροντα εξυπηρετούν.11

Τελικά η αντίδραση των γιατρών και οι απεργιακές κινητοποιήσεις τους είχαν ως αποτέλεσμα την μη ψήφιση του νομοσχεδίου.

2.ΟΙ ΝΕΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ Ο Ν.1397/1983 ΚΑΙ Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ

Στα προκαταρκτικά του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος 1983-1987 αναφέρεται ότι στον τομέα της υγείας ο κεντρικός στόχος θα ήταν η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στην προληπτική ιατρική και εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου προβλέπονταν η υπαγωγή όλων των φορέων υγείας σε έναν ενιαίο Εθνικό Φορέα Υγείας και η οργάνωση των υπηρεσιών σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο. Για την υλοποίηση των στόχων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κεντρικό ρόλο θα είχαν οι οικογενειακοί γιατροί και τα κέντρα υγείας.12

Στην Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/1983 τονίζεται ότι η παροχή της φροντίδας υγείας πρέπει να στηρίζεται σε κάποιες αρχές οι οποίες περιλαμβάνουν:13 α) την αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, β) την εξασφάλιση για κάθε πολίτη ανεξαρτήτου κοινωνικής και οικονομικής θέσης, του δικαιώματος για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη, γ) την αποκλειστική ευθύνη του κράτους για την προστασία της υγείας και δ) την ενεργό συμμετοχή του λαού στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας.

Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών και τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας,θα ήταν:14 α) η εφαρμογή διαδικασιών αποκέντρωσης και άσκησης κοινωνικού ελέγχου, β) η εφαρμογή ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας με βάση τον ενιαίο προγραμματισμό και την

---

11. Μέσα στα πλαίσια αυτής της προβληματικής είναι σημαντικό να δει κανείς τις θέσεις που διατυπώθηκαν σε σχέση με το θέμα αυτό, στη συζήτηση στρογγυλής τράπεζας με θέμα την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, που έγινε κατά τη διάρκεια του Α' Πανελλήνιου Συνέδριου Οικονομικών της Υγείας το 1989. Οι απόψεις που αναπτύχθηκαν έδωσαν έμφαση στο ρόλο των γιατρών, στο ρόλο του κυβερνώντος κόμματος ή στο ρόλο της κυβέρνησης ως εκφραστή των γενικότερων τάσεων στην κοινωνία. Η κοινή διαπίστωση όμως και η πιο ανησυχητική, ήταν ότι τελικά ο ρόλος των κατ'εξοχήν αρμόδιων να εκφράσουν τη γνώμη τους, δηλαδή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, είναι τελείως υποβαθμισμένος. Βλ. πρακτικά συνεδρίου, σελ.490-497

12. Πρόγραμμα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης 1983-1987, σελ.187-188

13. Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/1983, σελ.1

14. Εισηγητική Εκθεση..., ό.π., σελ.5

ίση κατανομή των πόρων, γ) η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δ) η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Χαρακτηριστική της φιλοσοφίας του νέου νόμου ήταν η ομιλία του εισηγητή της πλειοψηφίας Γ. Σολωμού κατά τη διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου στη Βουλή. Εκεί τονίζονταν ότι οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την πολιτική υγείας είναι ότι: πρώτον η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό το οποίο δεν πρέπει να υπακούει στους νόμους του κέρδους, πρέπει να αποδίδεται με βάση τις ανάγκες και ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου και δεύτερον ότι είναι ευθύνη του κράτους να παρέχει τις υπηρεσίες υγείας γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό για να το αντέξει το άτομο χωρίς την κρατική βοήθεια και γιατί η αρρώστια και ο θάνατος έχουν κοινωνικό χαρακτήρα αφού επηρρεάζονται από κοινωνικούς, βιολογικούς και οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι γεννούν ανισότητες.

Μέσα στα πλαίσια αυτά δεν γίνονταν δεκτή η άποψη ότι το άτομο και οι επιλογές του ως προς τον τρόπο διαβίωσης του είναι υπεύθυνα για την αρρώστια του, αφού μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση του κοινωνικού χαρακτήρα της υγείας, σε αποπροσανατολισμό από τις πραγματικές αιτίες της κρίσης του συστήματος υγείας και στην υιοθέτηση ατομικών λύσεων που οδηγούν στην εμπορευματοποίηση. Η καταστρατήγηση των δύο παραπάνω αρχών με την κυριαρχία της εμπορευματοποίησης της υγείας και την χρησιμοποίηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης από την ιδιωτική πρωτοβουλία (ενίσχυση ιδιωτικών κλινικών με πελατεία από τα ασφαλιστικά ταμεία) σαν μηχανισμού χρηματοδότησης της και συντήρησης της, θεωρήθηκε ως η βασική αιτία στασιμότητας του υγειονομικού συστήματος και εμφάνισης μιας σειράς προβλημάτων όπως άνιση γεωγραφική και κοινωνική κατανομή των υπηρεσιών υγείας ανεπάρκεια ιατρικού εξοπλισμού των νοσοκομείων, νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση του συστήματος,αύξηση δαπανών υγείας χωρίς ανάλογη αποτελεσματικότητα, πολυδιάσπαση υπηρεσιών υγείας, απουσία κοινωνικού ελέγχου και απόσταση μεταξύ του κέντρου λήψης αποφάσεων και των αποδεκτών των υπηρεσιών. Ως βασικοί στόχοι θεωρήθηκαν η παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις ανάγκες, η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης με την ορθότερη χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την καλύτερη εκπαίδευση των γιατρών, η παροχή της ίδιας περίθαλψης σε όλους με την ίδρυση του Ενιαίου Φορέα Υγείας ο οποίος είναι απαραίτητος για την σωστή λειτουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας και τέλος η καταξίωση του γιατρού ως κοινωνικού λειτουργού με την θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.15

---

15. Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής, Γ'Περίοδος, Σύνοδος Β', Συνεδρίαση ΛΖ', Τρίτη 23/8/1983, Ομιλία Γρ. Σολωμού, σελ.1338-1341 και Ομιλία Α. Φιλιππόπουλου, σελ.1356-1360

Η κριτική από την πλευρά της αξιωματικής αντιπολίτευσης επικεντρώθηκε τόσο επί της αρχής του νομοσχεδίου όσο και σε επιμέρους διατάξεις. Το βασικό ερώτημα ήταν που θα βρεθούν οι αναγκαίοι πόροι για την εφαρμογή του συστήματος αφού δεν υπήρχε ο αναγκαίος προγραμματισμός, η απαραίτητη οικονομικοτεχνική μελέτη και η κατάλληλη υποδομή. Επίσης ασκήθηκε η κριτική ότι οι θεσμικές αλλαγές που προτείνονταν δεν ήταν κάτι το καινούργιο αφού ήταν οι βασικές επιλογές των προτάσεων Δοξιάδη το 1980.

Οσο αφορά την κριτική στα επιμέρους σημεία, η κριτική επικεντρώθηκε στις διατάξεις του νομοσχεδίου οι οποίες αφορούσαν τον τρόπο εφαρμογής της περιφερειακής αποκέντρωσης και της σύστασης των ΠΕΣΥ, την διοίκηση των νοσοκομείων, το θεσμό των κέντρων υγείας και του οικογενειακού γιατρού, την ενοποίηση των ταμείων, την κατάργηση των ιδιωτικών κλινικών και το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού. Η βασική τοποθέτηση ήταν η άρνηση όλων των παραπάνω θεσμών και η αναγκαιότητα διατήρησης του ισχύοντος συστήματος.16

Με τον Ν.1397/1983 η χώρα διαιρέθηκε σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕΣΥ) ως όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Επίσης με τον Ν.1278/1982 είχε συσταθεί το Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) ως συμβουλευτικό όργανο για θέματα υγείας το οποίο αποτελείται από μέλη διορισμένα από τον υπουργό και εκλεγμένα από τον ιατρικό, οδοντιατρικό και νοσηλευτικό σύλλογο, τα συνδικάτα, τις τοπικές αρχές κλπ. Παρόμοια προβλέπονταν να είναι και η σύσταση των ΠΕΣΥ. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ και απαγορεύθηκε η ίδρυση και η επέκταση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά τα οποία διαθέτουν όλες τις ειδικότητες, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και υπάρχει τουλάχιστον ένα σε κάθε περιφέρεια και σε νομαρχιακά τα οποία καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού. Επίσης καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σ'αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι τα 18 από τα 47 άρθρα του νόμου αναφέρονται στη ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων των γιατρών, γεγονός που επιβεβαιώνει την κεντρική θέση του ιατρικού σώματος στην οργάνωση του συστήματος υγείας. Τέλος θεσμοθετήθηκε η δημιουργία των κέντρων υγείας.17 Επειδή η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση των κέντρων υγείας ήταν από τις βασικότερες καινοτομίες του νόμου, στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζεται η εφαρμογή του θεσμού και επιχειρείται η αξιολόγηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας.

Η λειτουργία όμως του ΕΣΥ εμφάνισε μια σειρά προβλημάτων που σχετίζονταν με τους περιορισμούς στην λήψη των αποφάσεων αφού

---

16. Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής, ό.π.,αγορεύσεις των Ι. Κεφαλογιάννη, Π. Κανελλόπουλου, και Γ. Σούρλα

17. Βλ. Ν.1397/1983, ΦΕΚ Α'143

κάθε απόφαση του ΚΕΣΥ έπρεπε να εγκρίνεται από τον υπουργό, με την απουσία επαγγελματιών μάνατζερς για τη διοίκηση των νοσοκομείων, με την γραφειοκρατική δομή του δημόσιου που δυσκολεύει τη διεκπεραίωση των οικονομικών συναλλαγών, με την τάση διορισμού πολιτικών προσώπων σε σημαντικές διοικητικές θέσεις όπως π.χ. στα νοσοκομειακά συμβούλια,την απουσία οικονομικών κινήτρων για αποδοτικότερη απόδοση και συγκράτηση του κόστους (πρόβλημα που θα εξεταστεί διεξοδικότερα στο επόμενο κεφάλαιο).18 Επίσης η έννοια της αποκέντρωσης δεν εφαρμόστηκε αφού τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν και δεν λειτούργησαν, δεν επιχειρήθηκε η ενιαιοποίηση του συστήματος αφού δεν εφαρμόστηκε το άρθρο 16 του νόμου, ενώ και η λειτουργία των κέντρων υγείας και η οργάνωση γενικότερα της ΠΦΥ εμφάνισε προβλήματα.

Δηλαδή το ΕΣΥ εμφάνισε προβλήματα σχεδιασμού και εφαρμογής καθώς και μη ορθής αντίληψης των περιστάσεων και της συγκυρίας, τα οποία έγιναν αμέσως εμφανή.19 Ως προς το σχεδιασμό το βασικότερο πρόβλημα ήταν ότι δόθηκε το περισσότερο βάρος στο θεσμό του νοσοκομείου και του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού. Σε σχέση με τη συγκυρία δεν λήφθηκε υπ'όψη τόσο η κρίση των συστημάτων υγείας διεθνώς λόγω των αυξανόμενων αναγκαίων δαπανών για την υγεία όσο και η στενότητα των πόρων της Ελληνικής οικονομίας. Τέλος παρουσιάστηκαν προβλήματα υλοποίησης όπως για παράδειγμα η μη εφαρμογή του άρθρου 16 ή η μη σύσταση των ΠΕΣΥ.20

Συγκρίνοντας το ΕΣΥ της Ελλάδας με το NHS της Αγγλίας βλέπουμε ότι εμφανίζουν ομοιότητες σε επίπεδο γενικών αρχών ως προς την προστασία της υγείας των πολιτών και σε επίπεδο περιφερειακής οργάνωσης των υπηρεσιών. Επίσης δίνεται έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τους οικογενειακούς γιατρούς, αλλά το ελληνικό σύστημα δίνει μεγαλύτερο βάρος στα κέντρα υγείας και από αυτή την άποψη η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ μοιάζει περισσότερο με το Σουηδικό μοντέλο.

3.ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ: Ο Ν.2071/1992 "ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1992 ψηφίζεται ο Ν.2071 για τον "Εκσυγχρονισμό και οργάνωση Συστήματος Υγείας" με σκοπό την αναμόρφωση του ΕΣΥ. Λαμβάνοντας υπ'όψη όσα αναφέρθηκαν στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας σχετικά με τις διεθνείς εξελίξεις και τις προσπάθειες συγκράτησης

---

18. D.Niakas 1992, "The need for change health care finance method in Greece. Confronting the issue", στο J.Kyriopoylos, J Levett, "Financing and delivering health care in Balkan Region", 1992, σελ.42

19. Βλ. τις εισηγήσεις στο συμπόσιο του ΑΝΤΙ για το ΕΣΥ τον Απρίλιο του 1984, ένα χρόνο μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ.

20. Γ.Τούντας, "Για το ΕΣΥ. Προβλήματα σχεδιασμού και εφαρμογής", στο συμπόσιο τὸυ ΑΝΤΙ για το ΕΣΥ, Απρίλιος 1984

του κόστους των συστημάτων υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ με βάση τις αρχές της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της ισότητας, ο παραπάνω νόμος θα έπρεπε να έδινε έμφαση σε αυτές τις αρχές και να θεσμοθετεί συγκεκριμένα μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση, προσδιορίζοντας επακριβώς τις κατευθυντήριες γραμμές της πολιτικής υγείας.Κάτι τέτοιο όμως δεν έγινε.

Το πνεύμα των αλλαγών και η αντίληψη που διαπερνούσε τις διατάξεις του Ν.2071/92 φαίνονται καλύτερα στην Εισηγητική Εκθεση του νόμου. Αντί για την παρουσίαση μιας συγκεκριμένης πολιτικής και ενός προβληματισμού που να στηρίζεται σε στοιχεία και μελέτες τόσο από το διεθνή χώρο όσο και από την Ελλάδα, γίνεται μια αντιπαράθεση και κριτική του Ν.1397/1983 σε καθαρά ιδεολογικό επίπεδο η οποία επικεντρώνεται κυρίως σε δύο σημεία: στο ότι η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ περιόρισε την ιδιωτική πρωτοβουλία και το δικαίωμα επιλογής των πολιτών.21 Τη στιγμή που η τάση διεθνώς ήταν η αναζήτηση ενδιάμεσων λύσεων συναίνεσης με βάση τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, στην Ελλάδα η διαμάχη εντοπίζονταν για ακόμα μία φορά στη στείρα ιδεολογική αντιπαράθεση. Αντί για την καθιέρωση μέτρων ελέγχου της προσφοράς και της προκλητής ζήτησης, θεσπίζεται η δυνατότητα δημιουργίας ιδιωτικών νοσηλευτηρίων τα οποία θα μπορούν υπό προυποθέσεις να επιδοτούνται από το κράτος.

Για ακόμα μια φορά είναι εμφανής η ιατροκεντρική και νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση της εθνικής πολιτικής υγείας αφού και πάλι πολλά άρθρα του νόμου αναφέρονται στις εργασιακές σχέσεις των γιατρών. Επομένως μπορούμε να πούμε ότι εμφανίζονται και πάλι τα γνωστά προβλήματα έλλειψης σωστού σχεδιασμού και εκτίμησης της συγκυρίας.

Ειδικότερα, τρία ήταν τα κύρια σημεία του νόμου αυτού. Το πρώτο ήταν ότι τα κέντρα υγείας παύουν να συνδέονται πλέον με τα νοσοκομεία μέσω του προυπολογισμού των οποίων χρηματοδοτούνταν και υπάγονται στις νομαρχίες. Δεύτερον, αλλάζει το εργασιακό καθεστώς των νοσοκομειακών γιατρών παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης από τη μια και της μερικής απασχόλησης από την άλλη, με μειωμένο όμως μισθό αλλά με το δικαίωμα παράλληλης άσκησης της ιδιωτικής ιατρικής. Το τρίτο σημείο ήταν ότι απελευθερώνονταν ο ιδιωτικός τομέας και επιτρέπονταν η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Χαρακτηριστική είναι η κριτική που άσκησε η ΠΟΕΔΗΝ στο νομοσχέδιο.22 Η κριτική εντοπίζονταν στο ότι το νομοσχέδιο αφορούσε την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και όχι την φροντίδα υγείας, δεν είχε γίνει προσεκτική μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης, δεν γίνονταν λόγος για την ισότητα στην φροντίδα

---

21. Εισηγητική Εκθεση του Ν.2071/1992, σελ.1

22. Σ.Παπασπύρου, 1992, "Οι θέσεις της ΠΟΕΔΗΝ για Εθνική Στρατηγική στην Υγεία", στο Δημόσιος Τομέα, τεύχος 77, σελ.34-37

υγείας, αφήνονταν χωρίς έλεγχο η εξάπλωση του ιδιωτικού τομέα και επιτρέπονταν η χρησιμοποίηση της υποδομής του δημόσιου τομέα από τον ιδιωτικό, υποβαθμίζονταν η ΠΦΥ, αποδυναμώνονταν η συμμετοχή των κοινωνικών φορέων στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και υποβαθμίζονταν η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Δεν γίνονταν καμμία αναφορά σε διαδικασίες αξιολόγησης του συστήματος, προγραμματισμού και σχεδιασμού, θέσπισης κανόνων λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, προγραμματισμού της προσφοράς γιατρών και ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του νομοσχεδίου θα ήταν η ανισοκατανομή και η άνιση πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η υπέρμετρη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Τελικά, με την επάνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία, ψηφίζεται ο Ν.2194/1994 (Φ.Ε.Κ.34 Α'), για την "Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις", με βάση τον οποίο καταργούνται οι ρυθμίσεις του Ν.2071/92 και επανέρχονται σε ισχύ οι διατάξεις του Ν.1278/1982 (Φ.Ε.Κ.105 Α') για τη σύσταση του ΚΕΣΥ και του 1397/83 για το ΕΣΥ.

ΕΝΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρέχεται από τέσσερεις φορείς:1 α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, β) τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν, κυρίως το ΙΚΑ και των συμβεβλημένων με αυτά ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων, γ) την τοπική αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία και δ) τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει τους ιδιώτες γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία, τους ιδιώτες γιατρούς χωρίς συμβάσεις με ταμεία και τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια

Η παραπάνω διάρθρωση του συστήματος οδηγεί σε πολυκερματισμό με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανισοτήτων ως προς το εύρος και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Επίσης εμφανίζονται μια σειρά λειτουργικών προβλημάτων όπως ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, σε εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.2

Εμείς στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με τη λειτουργία των κέντρων υγείας μιας και αποτέλεσαν μια από τις μεγαλύτερες καινοτομίες της θέσπισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥΣ

Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες της λειτουργίας των κέντρων υγείας πρέπει να προσβλέπουν:3 α) στην κοινοτική συμμετοχή στα προγράμματα υγείας και στην εξασφάλιση της αρμονικής συνεργασίας όλων των ατόμων που εμπλέκονται στο σύστημα, β) στην καθολική πρόσβαση των υπηρεσιών και στην εξασφάλιση της αποδοχής της λειτουργίας τους με βάση τις τοπικές συνήθειες και γ) στον συντονισμό με τις άλλες βαθμίδες περίθαλψης. Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητο να προσφέρονται εντοπίζονται: α) σε ατομικά και

---

1. Μ.Θεοδώρου, "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας", στο Υ.Υ.Π.Κ.Α., "Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος", 1994, σελ.96-97

2. Αναλυτική περιγραφή του συστήματος ΠΦΥ και παρουσίαση των προβλημάτων,στο Μ.Θεοδώρου, 1994, ό.π., σελ.25-93

3. Γ.Τούντας, "Κέντρα υγείας. Η εξέλιξη του θεσμού και οι προυποθέσεις για τη λειτουργία τους", στο Σύγχρονα θέματα, τεύχος 29, Φεβρ.1987

συλλογικά προληπτικά προγράμματα όπως εμβολιασμοί, συμβουλές οικογενειακού προγραμματισμού κλπ., β) στην θεραπεία όπου αυτό είναι δυνατό, στην παροχή πρώτων βοηθειών και οδοντιατρικής περίθαλψης και γ) σε προγράμματα που αναφέρονται σε ευπαθείς ομάδες και αφορούν την ψυχική υγεία, την αναπηρία, τις χρόνιες παθήσεις κλπ.

Η διαπίστωση του κατά πόσο επιτυγχάνονται οι παραπάνω στόχοι, είναι το έργο της αξιολόγησης η οποία σκοπεύει στην βελτίωση των προγραμμάτων και της υποδομής της υγείας και στην ορθότερη κατανομή των πόρων.4 Τα βασικά στοιχεία της αξιολόγησης είναι:5 α) η συνάφεια των προγραμμάτων υγείας με τις ανάγκες των ανθρώπων, β) η επάρκεια των υπηρεσιών και των πόρων, γ) η πρόοδος επίτευξης των προγραμματισθέντων δραστηριοτήτων, δ) η αποδοτικότητα των προγραμμάτων με βάση τη σχέση αποτελέσματα-μέσα, ε) η επίδραση των υπηρεσιών υγείας στην ανάπτυξη της κοινότητας, στ) η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων με βάση τη σχέση στόχοι που είχαν τεθεί-αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν.

Η προσπάθεια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ στην Ελλάδα και ειδικότερα της λειτουργίας των κέντρων υγείας, αντιμετωπίζει δυσκολίες λόγω των μη αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων, της απουσίας μελετών και της ανυπαρξίας συγκεκριμένων στόχων.6 Οι δυσκολίες αυτές εντείνονται και από την ύπαρξη δύο ακόμα παραγόντων: της αδυναμίας εκτίμησης των αποτελεσμάτων της δραστηριότητας του τομέα υγείας γιατί έχουν περισσότερο ποιοτικό παρά ποσοτικό χαρακτήρα και της αδυναμίας κατασκευής μιας γενικά αποδεκτής μεθοδολογικά τεχνικής μέτρησης που προσκρούει στην ευρύτητα του νοσολογικού φάσματος, στην έλλειψη του ιστορικού του ασθενή και στο τρόπο χρηματοδότησης της ΠΦΥ.7

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα επιχειρειθεί η αξιολόγηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας με βάση το τρίπτυχο: Εισροές-Διαδικασία-Αποτέλεσμα. Επειδή όμως είναι δύσκολη η μέτρηση των αποτελεσμάτων στον τομέα υγείας, η αξιολόγηση θα επικεντρωθεί στα άλλα δύο στοιχεία. Δηλαδή πρώτον στην εκτίμηση των εισροών, οι οποίες περιλαμβάνουν παραμέτρους όπως ο αριθμός των κέντρων υγείας, η στελέχωση τους, ο εξοπλισμός τους και η χρηματοδότηση τους. Και δεύτερον στην εκτίμηση της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών έτσι όπως εμφανίζεται μέσα από τον αριθμό των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων.8 Τέλος θα διαπιστωθεί κατά πόσο η όλη οργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα ανταποκρίνεται

---

4. Π.Ο.Υ., "Αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας", 1981, σελ.9

5. Π.Ο.Υ., 1981, ό.π., σελ.20

6. Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.179

7. Ε.Γεωργούση, "Αξιολόγηση προγραμμάτων και υπηρεσιών στην ΠΦΥ", στο Συμπόσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 25-27/10/1991

8. Για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, βλ. Γεωργούση, 1991, ό.π.

στις κατευθύνσεις που χάραξε η ΠΟΥ.

3.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ : Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΤΟ 1983

Το βασικό χαρακτηριστικό της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν η πολυδιάσπαση του συστήματος και η απουσία προγραμματισμού και συντονισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση τόσο επικαλύψεων όσο και ελλείψεων στην παροχή των υπηρεσιών, οι οποίες εκφράζονταν με την ανισοκατανομή των υπηρεσιών και την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων.9

Οι φορείς που προσέφεραν πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν: α) τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί, β) τα ιατρεία και πολυιατρεία των ασφαλιστικών φορέων, γ) τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δ) τα ιατρεία αγαθοεργών ιδρυμάτων και ε) τα ιδιωτικά ιατρεία. Η παροχή υπηρεσιών από τους παραπάνω φορείς αντιμετώπιζε μια σειρά προβλημάτων τα κυριώτερα των οποίων αναφέρονται παρακάτω.

Ως προς τις υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το ΙΚΑ προσφέρει τις πιο ολοκληρωμένες υπηρεσίες αλλά η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών είναι χαμηλή και η υποδομή ελλειπής. Ακόμα εμφανίζονται προβλήματα υπερβάλλουσας ζήτησης και έλλειψης διασύνδεσης των παθολόγων με τις άλλες ειδικότητες.10 Το κύριο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών των ασφαλιστικών φορέων είναι οι ανισότητες της προστασίας αφού το φάσμα των παροχών κυμαίνεται από την ανυπαρξία εξωνοσοκομειακής περίθαλψης όπως στο ΤΕΒΕ, μέχρι την πολύ υψηλή ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στους δημόσιους υπάλληλους.11 Οι ανισότητες αυτές οφείλονται στην πολυδιάσπαση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Ενδεικτικά υπήρχαν 100 περίπου φορείς και κλάδοι υγείας.

Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που το 1982 έφταναν τα 941 αντιμετώπιζαν πολλά προβλήματα όπως έλλειψη κτιρίων, εργαστηρίων, γιατρών και νοσοκόμων καθώς και προβλήματα κίνησης των ασθενών.12

Η κάλυψη των αγροτών γινόταν από τα αγροτικά ιατρεία, τους υγειονομικούς σταθμούς και τις κινητές υγειονομικές μονάδες οι

---

9. ΚΕΠΕ, 1976, σελ.174, Μαθιανάκης, 1987, Υφαντόπουλος, 1988, σελ.65

10. ΚΕΠΕ, 1976, ό.π., σ.159-163, Μ.Θεοδώρου, 1994, ό.π., σ.116-124

11. Γ.Μαθιανάκης, "Κοινωνικοοικολογικές μεταβολές και ΠΦΥ στην μεταπολεμική Ελληνική κοινωνία, στο Σύγχρονα Θέματα, τεύχος 29, Φεβρουάριος 1987, Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σελ.113-134

12. Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σ.70-73. Τα προβλήματα εξακολούθησαν να παραμένουν και μετά την λειτουργία του ΕΣΥ αφού η μη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου οδήγησε στην υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων. Βλ. Θεοδώρου, 1994, ό.π.,

οποίες όμως ουσιαστικά δεν αναπτύχθηκαν. Τα προβλήματα που εμφανίστηκαν σχετίζονταν με:13 α) την απόκλιση μεταξύ προβλεπόμενων και πραγματοποιηθέντων ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και την άνιση χωροταξική κατανομή των σχηματισμών αυτών, β) την ανεπαρκή στελέχωση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γ) την ελλειπή κτιριακή υποδομή και την έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού, δ) την χαμηλή ποιότητα και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών,14 και ε) την έλλειψη σε φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό. Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν παραπάνω οδήγησαν στην ύπαρξη αυξημένου αριθμού ιδιωτικών ιατρείων όπου το 1976 έφταναν τις 12.000.15

Τέλος υπηρεσίες παρέχονταν από τις διευθύνσεις και τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών και τα κρατικά πολυιατρεία καθώς και από τις υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ και του ΕΕΣ.16

Εξετάζοντας τις δαπάνες του δημοσίου για την πρωτοβάθμια περίθαλψη τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ όσο και ως ποσοστό στο σύνολο των δημόσιων δαπανών για υγεία διαπιστώνουμε την ελάχιστη σημασία που της είχε δοθεί από το κράτος. Το 1970 το ποσοστό του ΑΕΠ για πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν μόλις 0,4% για να φτάσει το 1980 στο 0,5%.17 Σε σχέση με την κατανομή των δημόσιων δαπανών μεταξύ των διαφόρων επιπέδων περίθαλψης βλέπουμε ότι το 1977 η πρωτοβάθμια περίθαλψη απορροφούσε το 17,6% έναντι του 51,2% της νοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ το 1982 τα ποσοστά ήταν 15,5% και 54,6% αντίστοιχα.18 Δηλαδή φαίνεται ότι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Συγκρίνοντας το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι όπως διαμορφώθηκε στην Ελλάδα ως το 1983, με τις κατευθύνσεις της Π.Ο.Υ., βλέπουμε ότι το ελληνικό σύστημα δεν ανταποκρινόταν στις αρχές της Π.Ο.Υ. αφού απουσίαζε η ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης, τα προγράμματα προστασίας της μητρότητας, του παιδιού, οικογενειακού προγραμματισμού και δημόσιας υγιεινής ήταν περιορισμένα, απουσίαζε ο συντονισμός των φορέων, δεν υπήρχε συμμετοχή της κοινότητας στα προγράμματα, απουσίαζε ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού κλπ.19

σελ.106-108

13. Ζηλίδης, 1989, ό.π., σελ.197-244

14. Ζηλίδης, ό.π., σελ.245-265

15. ΚΕΠΕ, 1976, σ.164-167, Μαθιανάκης, 1987, ό.π., Υφαντόπουλος 1988, σ.66

16. ΚΕΠΕ, 1976, ό.π., σελ.167-173

17. Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σελ.174

18. Γ.Κυριόπουλος, "Οι δαπάνες υγείας", 1993, σελ.72

4.Η ΤΟΜΗ : Ο Ν.1397/83 ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μια πρώτη σκέψη για τη δημιουργία κέντρων υγείας στην Ελλάδα γίνεται με το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980 το οποίο όμως δεν ψηφίστηκε.20 Τελικά η θεσμοθέτησή τους έγινε το 1983 με τον Ν.1397 για το "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ Α'143) και αποτέλεσε ίσως τη βασικότερη καινοτομία του νόμου αυτού.

Στην Εισηγητική Εκθεση του νόμου τονίζεται ότι ένας από τους βασικούς άξονες του ΕΣΥ θα ήταν η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.21 Αυτό θα γινόταν εφικτό με την δημιουργία των κέντρων υγείας που σταδιακά θα αντικαταστούσαν όλες τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Σκοπός τους θα ήταν η παροχή ιατρικής περίθαλψης και υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης του κοινού. Θα επιτυγχάνονταν τόσο οικονομικά οφέλη, αφού το κόστος λειτουργίας του συστήματος θα μειωνόταν λόγω της αποφυγής υπερβολικής χρήσης των νοσοκομείων, όσο και κοινωνικά οφέλη μέσω της ενημέρωσης του πληθυσμού, της προστασίας στους χώρους κατοικίας και εργασίας και της ανάπτυξης της κοινωνικής ιατρικής.22

Ειδικότερα στο άρθρο 14 του Ν.1397/83 οριζόταν η σύσταση σε κάθε νομό κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και περιφερειακών ιατρείων ως αποκεντρωμένων μονάδων των κέντρων υγείας. Οι λειτουργικές τους δαπάνες θα βάρυναν τον προυπολογισμό του νοσοκομείου στο οποίο εντάσσονταν.

Στο άρθρο 15 προσδιορίζονται οι σκοποί των κέντρων υγείας οι οποίοι επιγραμματικά ήταν η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η παρακολούθηση αρρώστων που αναρρώνουν, η παροχή πρώτων βοηθειών, η διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο, η οδοντιατρική περίθαλψη, η προληπτική ιατρική, η έρευνα, η σχολική υγιεινή, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών, η κοινωνική φροντίδα και η παροχή φαρμάκων. Δηλαδή ο σκοπός των κέντρων υγείας ήταν η παροχή:23 α) ιατρικής περίθαλψης: διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, β) ιατροπροληπτικών υπηρεσιών: εμβολιασμοί, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κλπ., γ) κοινωνικής φροντίδας: κυρίως για ευπαθείς

---

19. Α.Θεοτοκάτου, "Οι υγειονομικές υπηρεσίες στην προσεχή 20ετία 1981-2000", στο Δελτίο ΙΚΑ, τεύχος 9, Σεπτέμβριος 1981

20. Σ.Καφαντάρης, "Τα οικονομοτεχνικά της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Ιδεολογία και ανάλυση", στο Συμπόσιο ΠΦΥ, 25-27/10/1991, σ.170-174 όπου και σύντομη σύγκριση του νομοσχεδίου Δοξιάδη με τον Ν.1397/83 σε σχέση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

21. Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/1983, σελ.5

22. Εισηγητική Εκθεση,ό.π.,σελ.7

ομάδες.

Στο άρθρο 16 προβλεπόταν η κατάργηση όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπ.Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία,των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Ομως για την αρχή της ισχύος αυτών των διατάξεων οριζόταν η έκδοση προεδρικών διαταγμάτων.

Τέλος με τα άρθρα 17 και 18 καθοριζόταν η οργάνωση των κέντρων υγείας στις αστικές και αγροτικές περιοχές, με το άρθρο 19 η διασύνδεση κέντρου υγείας και νοσοκομείου και με το άρθρο 20 η συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία.

Με την ψήφιση του Ν.2071/1992 για τον "Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση Συστήματος Υγείας" προβλέπεται η μετατροπή των κέντρων υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων σε υγειονομικούς σταθμούς και η υπαγωγή τους στη Διεύθυνση Υγείας της οικίας Νομαρχίας, με αντίστοιχη επιβάρυνση του προυπολογισμού της νομαρχίας με τις δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας, οι οποίες πλέον δεν καλύπτονται από τον νοσοκομειακό προυπολογισμό.(άρθρο 15) Αυτό όμως θα μπορούσε να οδηγήσει στην υποβάθμιση του ρόλου των κέντρων υγείας αφού από τη μια οδηγεί σε διοικητικό συγκεντρωτισμό και από την άλλη οι Διευθύνσεις Υγιεινής φαίνεται ότι στερούνται των απαραίτητων γνώσεων σε θέματα περίθαλψης.24 Αυτό έγινε έγκαιρα αντιληπτό και με τον νόμο 2194/94 τα κέντρα υγείας επανεντάχθηκαν στην εποπτεία των νοσοκομείων.

5.Η ΠΟΡΕΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ Ν.1397/83

Από τις διατάξεις του Ν.1397/83 που αφορούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν υλοποιήθηκαν δύο βασικά σημεία. Το ένα αφορά την λειτουργία κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές και το άλλο την έκδοση των Προεδρικών Διαταγμάτων που προέβλεπε το άρθρο 16 για την κατάργηση των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στην Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/83 προβλεπόταν η ίδρυση 210 κέντρων υγείας σε αστικές περιοχές και υπολογιζόταν ως το 1988 να έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη αυτού του δικτύου.25 Στα προκαταρκτικά του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος της περιόδου 1983-87 σημειωνόταν η ανάγκη για ίδρυση 171 κέντρων υγείας αστικού τύπου.26 Τελικά η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας

---

23. Πιο αναλυτικά για τον σκοπό και τη λειτουργία των κέντρων υγείας βλ. ΚΕΣΥ, απόφαση αρ.7 της 21ης ολομέλειας 20-21/3/85

24. Τ.Φιλαλήθης, "Οι ανάγκες υγείας και η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ", στο Κυριόπουλος, Νιάκας, (επιμ.), "Η πρόκληση...", 1993, ό.π., σ.182

δεν έγινε παρ'όλη την ύπαρξη μελετών που έδειχναν τις αυξημένες ανάγκες σε αστικές περιοχές για την κάλυψη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης από κέντρα υγείας.27

Αποτέλεσμα ήταν η απουσία ενός οργανωμένου συστήματος και η ύπαρξη μιας άναρχης κατάστασης με αρνητικές συνέπειες όπως: απουσία υπηρεσιών πρόληψης, υπερφόρτωση του νοσοκομειακού συστήματος, αδυναμία συντονισμού πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης, αδυναμία συνέχειας της περίθαλψης των αρρώστων, μη αποκλειστική απασχόληση γιατρών με αποτέλεσμα την αυξημένη ιδιωτική δαπάνη, την πλασματική ζήτηση και την ανισότητα της προστασίας, αδυναμία προγραμματισμού, απουσία συμμετοχής της κοινότητας, σπατάλη οικονομικών πόρων. Η πολυδιάσπαση αυτή είχε αρνητική επίδραση στην συντονισμένη και προγραμματισμένη επίλυση των προβλημάτων υγείας.28

Η αιτίες της μη δημιουργίας αστικών κέντρων υγείας θα πρέπει να αναζητηθούν σε δύο σημεία. Το πρώτο είναι ότι οι μεγάλες ελλείψεις σε υποδομή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και σωστά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η στενότητα χρηματοδοτικών πόρων, αναγκαστικά έθετε περιορισμούς οι οποίοι επέβαλαν μια ιεραρχική κατάταξη στόχων με βάση τις ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές ήταν μεγαλύτερες στις αγροτικές μη αστικές περιοχές της χώρας και εκεί δόθηκε η μεγαλύτερη έμφαση.

Το δεύτερο σημείο είναι ότι η οργάνωση αστικών κέντρων υγείας ήταν ένα εγχείρημα που απαιτούσε χρηματοδοτική επάρκεια και μακροχρόνιο προγραμματισμό. Το μόνο ασφαλιστικό ταμείο που διέθετε ένα σχετικά αναπτυγμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν το ΙΚΑ. Ομως από τις 250 υγειονομικές μονάδες του, μόνο οι 40 ήταν πλήρεις από άποψη υποδομής και εξοπλισμού. Επομένως η έλλειψη υποδομής ήταν μεγάλη και η ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ήταν αναγκαία αλλά όχι και ικανή συνθήκη. Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα προέκυπτε από την ακαταλληλότητα και την έλλειψη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Από τη μία υπήρχε έλλειψη γενικών γιατρών και από την άλλη πολλοί γιατροί του ΙΚΑ είχαν ειδικότητες περισσότερο νοσοκομειακές. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ξεκάθαρα όταν συγκρίνουμε τον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στο ΙΚΑ, τον αριθμό που προβλέπονταν με βάση το ΕΣΥ και τον αριθμό των δικαιούμενων ένταξης στο σύστημα.

---

25. Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/83, σελ.11

26. Πενταετές 1983-87,σελ.189

27. Βλ.ενδεικτικά την έρευνα για τον Δήμο Περάματος που

ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΚΑ,ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΣΥ,ΔΙΚΑΙΟΥΜΕΝΟΙ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Προσωπικό	ΙΚΑ	ΕΣΥ	Δικαιούμενοι Ενταξης	Ελλειψη
Ιατρικό	3.506	4.403	3.996	407
Νοσηλευτικό	1.615	6.152	1.615	4.537
Κοιν.Λειτουργοί	10	880	10	870
Συναφή Επαγγ.Υγείας	773	1.973	773	1.200
Διοικητικό	302	1.930	302	1.628
Τεχνικό	25	324	25	299
Επιστασίας	1.091	1.184	1.091	93
ΣΥΝΟΛΟ	7.322	16.846	7.812	9.034

ΠΗΓΗ:ΚΕΣΥ

Το κόστος κάλυψης των παραπάνω ελλείψεων σε υποδομή και προσωπικό και η προτεραιότητα άλλων αναγκών έκανε μάλλον δύσκολη τη δημιουργία αστικών κέντρων υγείας τουλάχιστον σε μεσοπρόθεσμο επίπεδο.

Η έκδοση των διαταγμάτων του άρθρου 16 δεν έγινε ποτέ αν και η προσφορά τους στην δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος θα ήταν σημαντική. Ομως η έκδοση των διαταγμάτων αυτών συμβάδιζε με τον βαθμό υλοποίησης ή όχι των αστικών κέντρων υγείας. Η πραγματοποίηση των δύο αυτών διατάξεων θα καταπολεμούσε τα αρνητικά σημεία που αναφέρθηκαν παραπάνω. Σε μια πρώτη φάση προβλεπόταν ο συντονισμός της ανάπτυξης των αστικών κέντρων υγείας και της εξωνοσοκομειακής υποδομής του ΙΚΑ29 και η ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ τόσο για την εκμετάλλευση της σημαντικής του υποδομής αλλά και ως κίνητρο για αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών του. Σε μία δεύτερη φάση θα επιχειρούνταν η ενιαιοποίηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στις αστικές και μη αστικές περιοχές.30 Ωστόσο τίποτα από αυτά δεν έγιναν.

6.ΑΡΙΘΜΟΣ,ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ,ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ,ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1.ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/83 προβλεπόταν η δημιουργία 190 κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές που κάλυπταν συνολικό πληθυσμό 3.000.000 κατοίκους. Ο αριθμός, η θέση,η στελέχωση και ο τρόπος λειτουργίας των κέντρων υγείας, σύμφωνα πάντα με την

αναφέρεται στο Α'Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας

28. Βλ. διαπιστώσεις της 49ης ολομέλειας του ΚΕΣΥ στις 17-18/9/87

εισηγητική έκθεση, είχαν προσδιοριστεί με βάση τα πληθυσμιακά, δημογραφικά, οικονομικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά αλλά και με βάση στοιχεία υποδομής και συγκρότησης των οικισμών. Ομως τελικά αυτός ο αριθμός δεν υλοποιήθηκε. Κατά την τελευταία τετραετία ο αριθμός των λειτουργούντων κέντρων υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια ήταν ο ακόλουθος:

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ 1989-1992

	1989	1990	1991	1992
Σύνολο Χώρας	160	163	168	170
Στερεά & Εύβοια	32	34	34	35
Πελοπόννησος	26	26	29	28
Ιόνια Νησιά	5	5	6	6
Ηπειρος	10	11	11	11
Θεσσαλία	17	17	17	17
Μακεδονία	34	34	35	37
Θράκη	7	7	7	7
Νησιά Αιγαίου	16	16	16	16
Κρήτη	13	13	13	13

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας

Δηλαδή βλέπουμε ότι το ποσοστό κάλυψης του προβλεπόμενου στόχου είναι της τάξης του 89,5%. Εδώ θα πρέπει να διευκρινήσουμε ότι λειτουργούν επίσης και 19 κέντρα υγείας με τη μορφή μικρών νοσοκομείων ημέρας, τα οποία δεν περιλαμβάνονται στον παραπάνω πίνακα.

6.2.ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με πρόταση του ΚΕΣΥ η οποία στηριζόταν σε εμπειρικά δεδομένα αφού δεν υπήρχαν μελέτες, η στελέχωση των κέντρων υγείας προτεινόταν να είναι η εξής:31

I.Ιατρικό προσωπικό
- -ένας γενικός γιατρός για κάθε 2.500 κατοίκους
- -ένας παιδίατρος για κάθε 7.500 κατοίκους
- -ένας οδοντίατρος για κάθε 6.500 κατοίκους
- -ένας με δύο ακτινολόγοι και μικροβιολόγοι για κάθε κέντρο υγείας
- -ένας φαρμακοποιός σε κάθε κέντρο υγείας,όπου προβλέπεται η χορήγηση φαρμάκων

---

29. Εισηγητική Εκθεση του Ν.1397/83, σελ.11

30. Βλ. προτάσεις ΚΕΣΥ 17-18/9/87

31. ΚΕΣΥ 1985
Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί η αντίφαση που υπάρχει μεταξύ της εισηγητικής έκθεσης του Ν.1397/83 η οποία δηλώνει ότι έχει γίνει η μελέτη της στελέχωσης των κέντρων υγείας και της

II.Νοσηλευτικό προσωπικό
-ένας νοσοκόμος για κάθε 2.500-3.000 κατοίκους
-μια επισκέπτρια για κάθε 2.000-3.000 κατοίκους
-μια μαία για κάθε 5.000 γυναίκες
-τρεις τραυματιοφορείς για κάθε κέντρο υγείας
III.Διοικητικό προσωπικό
-γραμματειακή υποστήριξη ιατρικού έργου:τρεις για κάθε Κ.Υ.ως 10.000 κατοίκους,ενώ για Κ.Υ.άνω των 10.000,δύο για κάθε 10.000
-γραμματεία,πληροφορίες,γραφείο προσωπικού:ισχύει ότι και στην παραπάνω κατηγορία
-οικονομικές,διαχειριστικές δραστηριότητες:ένας για κάθε 10.000 κατοίκους
IV.Τεχνικό προσωπικό:ένας με τρεις σε κάθε Κ.Υ.
V.Προσωπικό επιστασίας για κάθε Κ.Υ.
-ένας με τρεις κλητήρες
-δύο με τέσσερεις καθαρίστριες
-τρεις οδηγοί ασθενοφόρων
-ένας με δύο μάγειροι
-από ένας κηπουρός και αποθηκάριος
VI.Κοινωνική προστασία:ένας κοινωνικός λειτουργός σε κάθε 7.000-10.000 κατοίκους
VII.Συναφή επαγγέλματα υγείας
-από ένας παρασκευαστής εργαστηρίου και χειριστής ακτινολογικών μηχανημάτων σε κάθε 10.000 κατοίκους
-ένας φυσικοθεραπευτής για κάθε 10.000-15.000 κατοίκους
-ένας διαιτολόγος σε κάθε κέντρο υγείας
-ένας επόπτης δημόσιας υγείας για κάθε 12.000-15.000 κατοίκους

Σχετικά με την κάλυψη των θέσεων σε νοσηλευτικό, διοικητικό, παραιατρικό, τεχνικό, προσωπικό και προσωπικό κοινωνικής, διατροφικής και διοικητικής μέριμνας των κέντρων υγείας, των κέντρων ψυχικής υγείας και των υγειονομικών σταθμών για το έτος 1992, διαμορφώνεται η παρακάτω κατάσταση:

ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΣΕΩΝ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ

Κατηγορία	Οργαν.	Υπηρετ.	Κενές	Εγκριθ.	Υπόλ.	% Κάλ.
ΠΕ Δ\κού	72	46	26	-	26	64
Ψυχολόγων	45	22	23	22	1	49
Λογοθεραπευτών	15	4	11	10	1	26,6
Παιδαγωγών	12	7	5	5	-	58,3
Εκπαιδευτικών	15	7	8	5	3	46,6
ΤΕ Επισκεπτριών	959	230	729	-	729	24
Νοσηλευτικής	1107	870	237	121	116	78,6
Μαιευτικής	664	494	170	39	131	74,4
Κοιν.Εργασίας	357	122	235	32	203	34,2
Ε.Δ.Υ.	69	26	43	-	43	37,7
Ραδιολογίας	190	113	77	75	2	59,5
Φυσικοθεραπείας	232	56	176	-	176	24,1
Διαιτολογίας	174	48	126	-	126	27,6
Δ\κού Λογιστικού	136	45	91	-	91	33,1
Ιατρ.Εργαστηρίων	199	129	70	53	17	64,8
Τεχν.Εφαρμογών	11	2	9	4	5	18,2
Λογοθεραπευτών	15	5	10	7	3	33,3
Εργοθεραπευτών	14	2	12	7	5	14,3
ΔΕ Δ\κού Λογιστικού	506	290	216	32	184	57,3
Αδελφ.Νοσοκόμων	567	474	93	26	67	83,6
Τεχνικού	254	163	91	40	51	64,2
Χειρ.Εμφανιστών	29	9	20	16	4	31
Παρασκευαστών	38	3	35	19	16	7,9
Πλ.Ασθενοφόρων	498	271	227	99	128	54,4
ΥΕ Επιμελητών	384	285	99	23	76	74,2
Προσ.Καθαριότητας	518	413	105	39	66	79,7
Σύνολο	7080	4136	2944	674	2270	58,4

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας,Δ\νση Προσωπικού,Τμήμα Α'

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι το ποσοστό κάλυψης στο σύνολο είναι της τάξης του 58,4%. Είναι χαρακτηριστική η χαμηλή κάλυψη σε ορισμένες ειδικότητες όπως παρασκευαστές, εργοθεραπευτές, τεχνικών εφαρμογών, διαιτολόγων, φυσικοθεραπευτών, επισκεπτριών κλπ. Γενικά φαίνεται ότι υπάρχουν αυξημένες ελλείψεις προσωπικού.

Αρκετές μελέτες έχουν τονίσει την ελλειπή στελέχωση των κέντρων υγείας σε ιατρικό προσωπικό.32 Από τη στατιστική των κέντρων υγείας των ετών 1989-1992 για το σύνολο της χώρας διαμορφώνεται η παρακάτω κατάσταση ανά ειδικότητα:

διαπίστωσης του ΚΕΣΥ ότι δεν υπάρχουν μελέτες. Αυτό το γεγονός δείχνει τουλάχιστον σ'ένα πρώτο επίπεδο την έλλειψη συντονισμού και σωστού προγραμματισμού.

32. Γ.Σκαλκίδης κ.α., "Αδρή εκτίμηση της επάρκειας του ιατρικού δυναμικού των κέντρων υγείας στην Ελλάδα", στο Επιθεώρηση Υγείας,

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

	1989	1990	1991	1992	Προβλεπόμενες Θέσεις	1992 %Κάλυψ.
Σύνολο	1635	1990	2012	1913	2860	66,8
Ακτινολόγοι	13	20	23	20		
Γενικοί Γιατροί	223	330	354	391	1058	37
Δερματολόγοι	-	1	1	3	*	
Γιατροί Εργασίας	2	-	1	-		
Καρδιολόγοι	1	1	1	2	*	
Γυναικολόγοι	5	9	6	2	*	
Μικροβιολόγοι	54	59	54	56	147	38
Νευρολόγοι	4	-	1	-		
Οδοντίατροι	366	374	366	366	458	80
Ορθοπεδικοί	-	2	1	-	*	
Ουρολόγοι	-	3	-	-		
Οφθαλμίατροι	2	2	2	1	*	
Παθολόγοι	234	319	206	199	44	452
Παιδίατροι	129	149	157	162	433	37,4
Πνευμονολόγοι	1	1	1	1		
Χειρούργοι	5	3	1	1	*	
Ψυχίατροι	1	2	-	-	*	
Ω.Ρ.Λ\λόγοι	-	-	-	-	*	
Αιματολόγοι	-	-	-	-		
Παιδοχειρούργοι	-	-	-	-		
Κοινων. Γιατρο	-	-	9	-		
Ειδικευόμενοι	15	2	-	-		
Χωρίς Ειδικότητα	580	212	113	65		
Αγροτικοί	-	601	715	644		

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας
Για τις προβλεπόμενες θέσεις βλ.Σκαλκίδης κ.α.1991

Εξετάζοντας τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι ενώ με βάση το πλαίσιο ιατρικής στελέχωσης των κέντρων υγείας οι προβλεπόμενες θέσεις αφορούσαν γενικούς γιατρούς, παιδίατρους, οδοντίατρους και ακτινολόγους, άρχισαν να εμφανίζονται και άλλες ειδικότητες όπως δερματολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, ορθοπεδικοί, οφθαλμίατροι, χειρούργοι, ψυχίατροι, Ω.Ρ.Λ\λόγοι κλπ. Από την άλλη υπήρχε παντελής έλλειψη φαρμακοποιών, γιατρών εργασίας και κοινωνικών γιατρών. Αυτή η παρατήρηση δείχνει μια τάση αποπροσανατολισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους στόχους που αναφέρθηκαν παραπάνω και την επιστροφή της προς πιο παραδοσιακούς τρόπους περίθαλψης. Δηλαδή παρατηρείται μια παρέκλιση από το σύγχρονο πλαίσιο αρχών που διέπει την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ο μεγάλος αριθμός των παθολόγων δείχνει ότι έγινε προσπάθεια κάλυψης μέσω αυτών, του κενού των γενικών γιατρών αφού δεν υπήρχε στην Ελλάδα η ειδικότητα αυτή.

Για τις ειδικότητες που σημειώνονται με αστερίσκο προβλέπονταν συνολικά 399 θέσεις ενώ οι θέσεις που πραγματικά καλύφθησαν ήταν 14 το 1989 με ποσοστό κάλυψης 3,5%, 20 το 1990 με ποσοστό κάλυψης 5%, 12 το 1991 με κάλυψη 3% και 9 το 1992 με κάλυψη 2,25%.

Οι ειδικότητες με την μεγαλύτερη εμφάνιση είναι γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, οδοντίατροι και μικροβιολόγοι. Η κατάσταση γι'αυτές τις ειδικότητες ανά περιφέρεια για το 1992 ήταν η εξής:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

	Γενικοί	Παθολόγοι	Παιδίατροι	Οδοντίατροι	Μικρ\λόγοι
Στερεά & Εύβοια	87	57	37	84	19
Πελοπόννησ	45	7	17	47	3
Νησ.Ιονίου	10	3	2	3	-
Ηπειρος	17	6	7	18	5
Θεσσαλία	43	31	16	49	6
Μακεδονία	126	71	70	107	17
Θράκη	19	5	3	15	2
Αιγαίο	23	11	7	19	4
Κρήτη	21	8	3	24	-

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας

Αν αναγάγουμε τον παραπάνω πίνακα στον πληθυσμό κάθε περιφέρειας τότε βρίσκουμε τους κατοίκους που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό, δείκτης που θεωρείται αξιόπιστος για τη μέτρηση της γεωγραφικής και κοινωνικής ανισότητας μιας και είναι δύσκολη αντικειμενικά η μέτρηση των αναγκών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.33

ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΓΙΑΤΡΟ

	Γενικοί	Παθολόγοι	Παιδίατροι	Οδοντίατροι	Μικ\λόγοι
Στερεά & Εύβοια	12.641	19.295	29.725	13.093	57.886
Πελοπόννησος	22.500	144.646	59.560	21.543	337.509
Νησιά Ιονίου	18.265	60.883	91.325	60.883	-
Ηπειρος	19.090	54.090	46.363	18.030	64.908
Θεσσαλία	16.178	22.440	43.478	14.197	115.942
Μακεδονία	16.840	29.886	30.313	19.831	124.820
Θράκη	18.169	69.044	115.073	23.014	172.610
Αιγαίο	18.631	38.957	61.219	22.554	107.133
Κρήτη	23.912	62.770	167.388	20.923	-

τόμος 2, τεύχος 5 (12), Σεπτ.-Οκτ.1991, Α.Σισσούρας, Ι.Μητρόπουλος, "Η αξιολόγηση της ΠΦΥ. Αναλύσεις και θεωρητικές

Από τα παραπάνω δεδομένα βλέπουμε ότι υπάρχουν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών οι οποίες κατ'επέκταση οδηγούν σε κοινωνικές ανισότητες. Αυτό το γεγονός θέτει το πρόβλημα της περιφερειακής οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της χώρας και των κριτηρίων κατανομής των πόρων.34

6.3.ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Από το 1990 και μετά άρχισε να διεξάγεται η ετήσια έρευνα της νοσολογικής κίνησης των κέντρων υγείας. Μια σωστή αξιολόγηση της κίνησης αυτής θα απαιτούσε συγκρίσεις με το νοσολογικό φάσμα του πληθυσμού κάθε περιοχής και με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, πράγμα που ξεπερνά τα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Εδώ θα γίνει απλά μία καταγραφή αυτών των στοιχείων.

Στο σύνολο της Ελλάδας ο αριθμός των ιατρικών και εργασιακών εξετάσεων, οι εμβολιασμοί και οι ενεσιοθεραπείες παρουσίασε την ακόλουθη πορεία:

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

	Ιατρικές Εξετάσεις	Εργαστηριακές Εξετάσεις	Εμβόλια	Ενεσιοθεραπείες
1990	3.768.319	1.869.413	256.978	89.689
1991	3.643.639	1.937.028	212.053	84.566
1992	4.942.748	2.635.246	247.052	110.201

ΠΗΓΗ:Ερευνα Νοσολογικής Κίνησης Κέντρων Υγείας ετών 1990-92

Ειδικότερα για το 1992 η κατάσταση ανά υγειονομική περιφέρεια διαμορφώθηκε ως εξής:

προσεγγίσεις", στο Συμπόσιο ΠΦΥ, 1991, ό.π.

33. Νιάκας, 1993, σελ.219

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

	Ιατρικές Εξετάσεις	Εργαστηριακές Εξετάσεις	Εμβόλια	Ενεσιο-θεραπείες
Στερεά & Εύβοια	1.016.137	624.885	44.637	20.237
Πελοπόννησος	662.549	243.125	28.473	8.191
Νησιά Ιονίου	71.237	11.886	3.797	921
Ηπειρος	293.076	112.613	13.350	7.145
Θεσσαλία	561.609	343.274	27.956	10.480
Μακεδονία	1.432.815	882.151	84.324	28.901
Θράκη	185.092	183.264	10.422	1.134
Νησιά Αιγαίου	368.989	130.311	18.656	15.045
Κρήτη	351.244	103.737	15.437	18.147

ΠΗΓΗ:Ερευνα Νοσολογικής Κίνησης Κέντρων Υγείας έτους 1992

Με βάση την απογραφή του 198135 ο πληθυσμός αυτών των περιφερειών και οι ιατρικές εξετάσεις ανά κάτοικο ήταν:

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ

	Πληθυσμός	Εξετάσεις/Κάτοικο Ιατρικές	Εργαστηριακές
Στερεά & Εύβοια	1.099.841	0,9	0,57
Πελοπόννησος	1.012.528	0,65	0,24
Νησιά Ιονίου	182.651	0,4	0,06
Ηπειρος	324.541	0,9	0,35
Θεσσαλία	695.654	0,8	0,5
Μακεδονία	2.121.953	0,67	0,42
Θράκη	345.220	0,54	0,53
Νησιά Αιγαίου	428.533	0,86	0,3
Κρήτη	502.165	0,7	0,2

Συγκρίνοντας τις ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις ανά κάτοικο που αναφέρονται παραπάνω,με τους αντίστοιχους αριθμούς για το ΙΚΑ το 1986,36 οι οποίοι ήταν 5,75 και 1,49 βλέπουμε την τεράστια διαφορά η οποία πρέπει να σχετίζεται σε ένα πρώτο επίπεδο με την ελλειπή ιατρική και νοσηλευτική στελέχωση των κέντρων υγείας που διαπιστώθηκε παραπάνω. Ομως η παραπάνω σύγκριση μόνο ενδεικτική μπορεί να είναι αφού οι εισροές στα δύο αυτά υποσυστήματα διαφέρουν π.χ. διαφορετική ιατρική και νοσηλευτική στελέχωση. Επίσης διαπιστώνουμε την ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων περιφερειών, γεγονός που διαπιστώθηκε και πιο πάνω όσο αφορά την κατανομή των γιατρών.

---

34. Αναλυτικότερα για την περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα βλ. Δ.Νιάκας, "Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα", 1993

6.4.ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ

Ο εξοπλισμός των κέντρων υγείας σε ιατρικά μηχανήματα στο σύνολο της χώρας για τη περίοδο 1989-1992 ήταν:

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

	1989	1990	1991	1992
Ακτινοδ.Μηχανήματα	167	166	177	185
Αυτόματοι Αναλυτές	12	12	18	29
Τεχνικοί Νεφροί	-	-	1	1
Υπερηχογράφοι	2	2	1	2
Καρδιοτοκογράφοι	5	21	14	22
Ηλεκτροεγκεφαλογράφοι	5	12	17	18
Ηλεκτροκαρδιογράφοι	266	310	357	374
Οδοντιατρικά Μηχανήματα	38	171	205	198
Μικροσκόπια	16	154	181	193
Φωτόμετρα	20	165	180	184
Απινιδωτές	9	35	51	48
Υπερηχοτογράφοι	1	9	6	7
Φασματόμετρα	2	25	45	47

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας

7.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Εξετάζοντας τη ποσοστιαία διάρθρωση των δημόσιων δαπανών για υγεία βλέπουμε ότι υπάρχει μια σταδιακή μείωση του ποσοστού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξηση της νοσοκομειακής.

Ετος	Α'βάθμια	Β'βάθμια
1977	17,6%	51,2%
1982	15,5%	54,6%
1991	14,2%	63,5%

ΠΗΓΗ:Κυριόπουλος 1993

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται καθαρά ότι δεν έγινε η αναδιάρθρωση των πόρων για την υγεία, προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη, γεγονός που αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα μέσα σε πλαίσια δημοσιονομικής στενότητας και αδυναμίας χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας από το δημόσιο προυπολογισμό.37

---

35. Στατιστική Επετηρίδα Ελλάδος 1988

36. Απολογισμός ΙΚΑ έτους 1986, σελ.209

Σχετικά με το κόστος λειτουργίας των κέντρων υγείας διαπιστώνεται η απουσία στοιχείων και η δυσκολία υπολογισμών αφού οι δαπάνες των κέντρων υγείας εμπεριέχονται στις δαπάνες των νοσοκομείων που υπάγονται.38

Στο πενταετές αναπτυξιακό πρόγραμμα για τη περίοδο 1983-87 προβλέπονταν επενδύσεις ύψους 20 δισ.δρχ. για την κάλυψη των αναγκών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης: αγορά οικοπέδων, κτιρίων, κατασκευές κτιρίων και εξοπλισμός για τα κέντρα υγείας.39 Στην εισηγητική έκθεση του Ν.1397/83 προβλέπονταν για το 1983 πιστώσεις για τα κέντρα υγείας ύψους 1,8 δισ.δρχ.40 Με υπολογισμούς του ΚΕΣΥ για το 1987 προέκυψε ότι το κόστος λειτουργίας ενός ανεπτυγμένου δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα αστικά κέντρα με βάση τα κέντρα υγείας αστικού τύπου θα ανερχόταν στα 30.062 εκατ. δρχ. εκ των οποίων:41

Συνολικό Κόστος	30.062.000.000 δρχ.
Αμοιβές Ιατρών	9.101.000.000 δρχ.
Αμοιβές Εφημερίας	4.389.000.000 δρχ.
Υπόλοιπο Προσωπικό	12.072.000.000 δρχ.
Λειτουργικά Εξοδα	4.500.000.000 δρχ.

ΠΗΓΗ:ΚΕΣΥ

Το συνολικό αυτό ποσό είναι μικρότερο από τα 36.848 εκατ.δρχ. που ξοδεύτηκαν από το ισχύον σύστημα κατά το 1987. Αυτά τα στοιχεία όμως επαναλαμβάνουμε ότι ήταν υπολογιστικά, αναφέρονται σε κέντρα που τελικά δεν λειτούργησαν, ενώ δεν υπάρχουν αξιόπιστα επίσημα στοιχεία για το κόστος λειτουργίας των κέντρων υγείας που λειτούργησαν στις μη αστικές περιοχές.

Με το Ν.2071/1992 οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας εντάχθηκαν στον προυπολογισμό των νομαρχιών. Με βάση στοιχεία του κοινωνικού προυπολογισμού του 1994 φαίνεται ότι οι δαπάνες των νομαρχιών για κέντρα υγείας, υγειονομικούς σταθμούς και κέντρα ψυχικής υγιεινής φτάνουν τα 10.515.000.000 δρχ. και αναλύονται ως εξής:

---

37. Γ.Κυριόπουλος, "Χρηματοδοτικά προβλήματα στην ΠΦΥ", στο Συμπόσιο ΠΦΥ, 1991, ό.π., σελ.138

38. Ε.Μωραίτης, "Δημόσιες δαπάνες για ΠΦΥ στην Ελλάδα", στο Πρακτικά Α' Πανελλήνιου..., 1989, ό.π.

39. Πενταετές αναπτυξιακό 1983-87, σελ.380

40. Εισηγητική Εκθεση...,σελ.13

ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΜΑΡΧΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Πληρωμές και υπηρεσίες	6.671.440.000
Προμήθεια αγαθών & κεφαλαιουχικού εξοπλισμού	3.822.060.000
Μεταβιβαστικές πληρωμές	21.500.000
ΣΥΝΟΛΟ	10.515.000.000

ΠΗΓΗ:Κοινωνικός Προυπολογισμός 1994

8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:ΑΣΥΜΠΤΩΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ Π.Ο.Υ. ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Συμπερασματικά από την παραπάνω σύντομη περιγραφή του Ελληνικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαπιστώνεται η οριακή υιοθέτηση από την Ελλάδα των διακηρύξεων της Π.Ο.Υ. Ενώ σε θεσμικό επίπεδο υπήρξε μια ριζική αλλαγή το 1983 σε σχέση με την προηγούμενη κατάσταση ωστόσο σε επίπεδο εφαρμογής η πραγματικότητα ήταν διαφορετική. Στην ουσία τα κέντρα υγείας κάλυψαν κάποια κενά στην προστασία των αγροτών αλλά δεν επιχειρήθηκε η ριζική αναδιάρθρωση μέσω της ενιαιοποίησης του συστήματος. Βασικές θεσμικές και προβλεπόμενες αλλαγές δεν έγιναν όπως η δημιουργία αστικών κέντρων υγείας και η έκδοση των διαταγμάτων του άρθρου 16 του Ν.1397/83, με αποτέλεσμα την διαιώνιση της υπάρχουσας και πριν το 1983 άναρχης κατάστασης.

Ειδικότερα σε σχέση με τους στόχους της Π.Ο.Υ. βλέπουμε ότι δεν επιτεύχθηκε κανένας. Η έμφαση στην κοινωνική φροντίδα και την πρόληψη δεν δόθηκε, υπήρξαν ελλείψεις προσωπικού, η αναδιανομή των πόρων υπέρ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν έγινε, η κοινοτική συμμετοχή ήταν ανύπαρκτη, η διεπιστημονική συνεργασία και ο συντονισμός δεν εφαρμόστηκαν, ενώ ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών δεν έγινε.42

Επίσης ένα άλλο πρόβλημα ήταν η απουσία ενός προγραμματισμού για την καλύτερη σύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης αφού η λειτουργία των κέντρων υγείας δεν μείωσε την ροή των ασθενών προς τα νοσοκομεία.43

Για να ανατραπεί αυτή η κατάσταση και ν'αναπτυχθεί ο θεσμός των κέντρων υγείας σύμφωνα με τα πρότυπα της Π.Ο.Υ., προτείνεται από μελετητές ένα πλαίσιο αναπτυξιακής πορείας που θα περιλαμβάνει:44

---

41. ΚΕΣΥ, 1987, ό.π.

42. Πιο αναλυτικά βλ. Χ.Ζηλίδης, "Οι στόχοι της ΠΟΥ για τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και η θέση της Ελλάδας", στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 2, τεύχος 4 (11), Ιούλιος-Αύγουστος 1991, Λιονής, Κούτης, Φιορέτος, "Πορεία ανάπτυξης του ελληνικού κέντρου υγείας. Η εμπειρία στο κέντρο υγείας Σπηλίου", στο Συμπόσιο ΠΦΥ, ό.π.,1991

α) την συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού των κέντρων υγείας και των κατοίκων της περιοχής, β)την ανάλυση των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτιστικών και δημογραφικών στοιχείων κάθε κοινότητας, γ) την διεξαγωγή περιγραφικών επιδημιολογικών ερευνών για την αποτύπωση των αναγκών της κοινότητας, δ) τον προγραμματισμό και την οργάνωση της λειτουργίας των κέντρων υγείας, ε) την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις διαπιστωμένες ανάγκες και στ) την αξιολόγηση των κέντρων υγείας με βάση τους δείκτες υγείας και μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

---

43. Σισσούρας, Μητρόπουλος, 1991, ό.π.

ΔΩΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.ΓΕΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία του 19921 παρέχεται από τα κρατικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα κρατικά νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Στο ΕΣΥ υπάγονται 128 νοσοκομεία εκ των οποίων 119 είναι γενικά και 9 είναι ψυχιατρικά. Εκτός ΕΣΥ κρατικά νοσοκομεία είναι 29 γενικά εκ των οποίων 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 13 στρατιωτικά καθώς και 5 ψυχιατρικά. Ακόμα λειτουργούν 209 γενικά νοσοκομεία και κλινικές που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα καθώς και 40 ψυχιατρικές κλινικές.

Στα 119 γενικά νοσοκομεία του' ΕΣΥ υπάρχουν 27.848 κρεβάτια στα οποία νοσηλεύτηκαν 1.198.279 ασθενείς με σύνολο ημερών νοσηλείας 7.053.524. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,9 ημέρες και το ποσοστό κάλυψης των κλινών ήταν 69%. Στα 209 γενικά ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχουν 11.060 κρεβάτια στα οποία νοσηλεύτηκαν 236.216 ασθενείς και οι ημέρες νοσηλείας ήταν 1.900.533. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 8 ημέρες και το ποσοστό κάλυψης των κλινών 47%. Από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται η πολύ χαμηλή κάλυψη των ιδιωτικών κλινών και η μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

2.ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια σύντομη παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων η οποία θα έχει τη μορφή υπενθύμισης των βασικών νόμων, αφού η λεπτομερέστερη παρουσίαση αυτών των νόμων έχει γίνει σε προηγούμενα κεφάλαια.2

Η πρώτη σημαντική θεσμική παρέμβαση στην παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας ήταν ο Α.Ν.965/1937 για τα δημόσια νοσηλευτικά και υγειονομικά ιδρύματα ο οποίος ρύθμιζε τη διοίκηση, την οργάνωση, την εποπτεία και την κρατική επιχορήγηση των νοσοκομείων. Ενας δεύτερος σημαντικός νόμος ήταν ο Α.Ν.2769/1941 ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση προσωρινών νοσοκομείων για την κάλυψη των αναγκών λόγω του β'παγκόσμιου πολέμου. Επίσης εκδόθηκαν μια σειρά άλλων νόμων

---

1. Ολα τα στοιχεία που αναφέρονται στη λειτουργική περιγραφή του συστήματος περιλαμβάνονται στην "Επετηρίδα Υγείας 1992"

2. Για το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης βλ. άρθρο των Α.Αλεξιάδης, Α.Χαμαλίδου-Αλεξιάδου, "Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης", στο Δημόσιος Τομέας, τεύχος 86, Ιανουάριος 1993, σελ.45-49

όπως το Ν.Δ.289/1941 σχετικά με την επιστημονική λειτουργία των νοσοκομείων, το Ν.Δ.38/1941 σχετικά με το προσωπικό των νοσοκομείων και ο Ν.2107/1952 για τη λειτουργία και τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Δεύτερος σημαντικός σταθμός μετά τον Α.Ν.965/1937 ήταν το Ν.Δ.2592/1953 για την οργάνωση της ιατρικής αντίληψης, το οποίο όπως είδαμε αποτέλεσε μια μεγάλη καινοτομία για την εποχή του αφού αναδιάρθρωνε ριζικά το υγειονομικό σύστημα της χώρας. Την περίοδο αυτή εκδίδεται και το Ν.Δ.3097/1954 για τη συμπλήρωση του Ν.Δ.2592/1953, με το οποίο ρυθμίζονταν θέματα των εργαζομένων στα νοσοκομεία όπως οι προαγωγές, οι μετατάξεις κλπ.

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1960 και του 1970 παρουσιάστηκε μια στασιμότητα σε θεσμικό επίπεδο η οποία ανατράπηκε με την ψήφιση του Ν.1397/1983 για τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ. Με τον νόμο αυτό επιχειρήθηκε η διοικητική και λειτουργική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και εφαρμόστηκε ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Τέλος στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ψηφίζεται ο Ν.2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας ο οποίος σε σχέση με τα νοσοκομεία προβλέπει ότι το κράτος μπορεί να ιδρύει νοσηλευτικά ιδρύματα οποιασδήποτε νομικής μορφής, επιτρέπει την ίδρυση νοσοκομείων με τη μορφή ΝΠΙΔ, εισάγει αλλαγές στη διοίκηση των νοσοκομείων και παρέχει τη δυνατότητα επιλογής από μέρους των γιατρών μεταξύ της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και της μερικής απασχόλησης.

3.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Στους Κοινωνικούς Προυπολογισμούς υπάρχουν 130 νοσοκομεία των οποίων ένα αρκετά μεγάλο μέρος των δαπανών τους καλύπτεται από την επιχορήγηση του κράτους. Οι δαπάνες αυτές περιλαμβάνουν τα λειτουργικά έξοδα, τις αποζημιώσεις του προσωπικού, τις αγορές ακινήτων, την ανέγερση και κατασκευή κτιρίων, τον τεχνολογικό και λοιπά έξοδα. Οι πηγές των εσόδων είναι τα νοσήλεια, η κρατική επιχορήγηση, η επιχορήγηση των προγραμμάτων δημόσιων επενδύσεων, οι πρόσοδοι περιουσίας και λοιπά έσοδα. Στους παρακάτω δύο πίνακες παρουσιάζονται αναλυτικά τα έσοδα και τα έξοδα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την περίοδο 1987-1994.

ΕΣΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ 1987-1994 (σε εκατομ. δρχ.)

	1987	1989	1990	1991	1993	1994
Υπόλοιπο Χρήσης	7.847	11.641	10.795	16.436	15.931	18.476
Νοσήλεια	23.740	28.601	31.816	34.004	102.639	172.181
% σύνολο εσόδων	11,2	8,8	7,7	7,7	17,8	27,7
Κρατική Επιχορήγηση	145.986	242.278	318.664	339.973	395.617	366.073
% σύνολο εσόδων	68,8	74,2	77,4	77,2	69,0	58,9
Επιχορήγηση Π.Δ.Ε.	11.246	12.826	16.196	11.593	9.624	11.183
% σύνολο εσόδων	5,3	3,9	3,9	2,6	1,7	1,8
Πρόσοδοι Περιουσ.	424	585	528	606	3.514	3.590
% σύνολο εσόδων	0,2	0,2	0,1	0,1	0,6	0,6
Λοιπά Εσοδα	22.826	30.347	33.963	37.712	45.897	50.046
ΣΥΝΟΛΟ	212.069	326.278	411.962	440.324	573.223	621.549

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων των νοσοκομείων προέρχεται από την κρατική επιχορήγηση η οποία όμως μετά το 1991 μειώνεται ως ποσοστό στο σύνολο των εσόδων ενώ αυξάνονται σημαντικά τα έσοδα από νοσήλεια λόγω της αύξησης των τιμών του ημερήσιου νοσηλείου. Ο κυρίαρχος ρόλος του κρατικού προυπολογισμού οφείλεται στην εφαρμογή κατά τη δεκαετία του 1970 του κλειστού νοσηλείου και κυρίως στην έκδοση του Π.Δ.957/1979 το οποίο καθιέρωνε το κλειστό ενοποιημένο νοσήλειο. Το πρόβλημα που προέκυψε ήταν ότι το κλειστό νοσήλειο ήταν πολύ κατώτερο των πραγματικών τιμών του ημερήσιου κόστους νοσηλείας με αποτέλεσμα την εμφάνιση τεράστιων ελλειμμάτων στους προυπολογισμούς των νοσοκομείων τα οποία άρχισαν να καλύπτονται με κρατική επιχορήγηση.3

---

3. Αναλυτικότερα για το κλειστό νοσήλειο βλ. Μ.Κοντούλη-Γείτονα, "Σφαιρικός προυπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού", 1992, σελ.104-111

Υπό τις παρούσες συνθήκες όμως,λύση δεν θα αποτελούσε ούτε η εφαρμογή του ανοικτού νοσηλείου, το οποίο στις ανεπτυγμένες χώρες έχει εγκαταληφθεί από την δεκαετία του 1960 και που επιχειρήθηκε με απόφαση της Επιτροπής Τιμών και Εισοδημάτων με την αναπροσαρμογή και την εξίσωση των τιμών νοσηλείας μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και κρατικών νοσοκομείων από 1/6/1992. Και αυτό γιατί θα επιβαρυνθούν σημαντικά οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με αποτέλεσμα την επιδύνωση της άσχημης οικονομικής τους κατάστασης, θα αυξηθεί ο πληθωρισμός, θα παραταθεί ο χρόνος νοσηλείας κλπ.4

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων στην Ελλάδα εμφανίζει σημαντικές αδυναμίες αφού η έγκριση των προυπολογισμών δεν γίνεται με βάση κάποια κριτήρια, η εκτέλεση των προυπολογισμών γίνεται με χαλαρότητα και η νομοθεσία που διέπει την κατάρτιση των προυπολογισμών των νοσοκομείων είναι αναχρονιστική. Ετσι προτείνεται η θεσμοθέτηση ενός νόμου χρηματοδότησης των νοσοκομείων.5

Επίσης υπάρχει αδυναμία μέτρησης του νοσοκομειακού προιόντος στην Ελλάδα με αποτέλεσμα την σπατάλη πόρων, ενώ απουσιάζει και η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και ροής των πληροφοριών.6

Μελέτες δείχνουν ότι τόσο ο Σφαιρικός Προυπολογισμός όσο και οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες μπορούν να εφαρμοστούν ως μέθοδοι χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων συνδυάζοντας έτσι τη μέθοδο χρηματοδότησης με την αξιολόγηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων.7

Από αυτή την άποψη είναι χαρακτηριστική η διαπίστωση έρευνας της Ευρωπαικής Επιτροπής Υγείας το 1985 σύμφωνα με την οποία μεταξύ 18 χωρών του ΟΟΣΑ μόνο η Ελλάδα και η Τουρκία δεν είχαν αναπτύξει κάποια μορφή έρευνας σχετικά με την εφαρμογή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.8

---

4. Δ.Νιάκας, "Οι αναμενόμενες επιπτώσεις από την αλλαγή της χρηματοδότησης των νοσοκομείων", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 1, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, σελ.11-18

5. Χ.Μπουρσανίδης, Α.Μπαλασοπούλου, Γ.Κυριόπουλος, "Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προυπολογισμού", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 1, τεύχος 4, Οκτώβ.-Δεκέμ. 1992, σελ.23-42

6. Ι.Σιγάλας, "Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρησης;",στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 5, τεύχος 5(30), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1994, σελ.63

7. Μ.Κοντούλη-Γείτονα, 1992, ό.π., σελ.159-160

8. Council of Europe, "Computerisation of medical data in hospital services including university hospitals", 1988, σελ.51

ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ 1987-1994 (σε εκατομ. δρχ.)

	1987	1989	1990	1991	1993	1994
Λειτουργικά	39.592	69.988	92.920	98.970	185.296	218.053
% συνόλου εξόδων	18,7	21,4	22,6	22,5	32,3	35,1
Αποδοχές Προσωπικού	119.107	185.221	236.590	252.826	294.017	303.161
% συνόλου εξόδων	56,2	56,8	57,4	57,4	51,3	48,8
Αγορές Ακινήτων	334	267	1.535	576	712	618
% συνόλου εξόδων	0,2	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1
Κτιριακές Εγκ/σεις	10.696	15.059	18.446	17.749	17.384	18.216
% συνόλου εξόδων	5,0	4,6	4,5	4,0	3,0	2,9
Εξοπλισμός	11.618	16.125	21.733	17.948	16.694	19.586
% συνόλου εξόδων	5,5	4,9	5,3	4,1	2,9	3,2
Λοιπά Εξοδα	30.720	39.618	40.737	52.255	59.119	61.915
ΣΥΝΟΛΟ	212.069	326.278	411.962	440.324	573.223	621.549

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί

Τα λειτουργικά έξοδα και οι αμοιβές προσωπικού αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των εξόδων των νοσοκομείων με την τάση μετά το 1992 να αυξάνεται το μερίδιο των λειτουργικών εξόδων και να πέφτει αυτό των αμοιβών προσωπικού.

4.ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ,ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η αύξηση του κόστους του υγειονομικού τομέα σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας αφορά τη παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχει οδηγήσει στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Ετσι η έννοια της απόδοσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία καθώς μπορεί να έχει τρεις διαστάσεις: την ποσοτική, η οποία αναφέρεται στον αριθμό των δραστηριοτήτων, την ποιοτική η οποία αφορά τον τρόπο διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων και τέλος περιλαμβάνει τα παραγώμενα αποτελέσματα. Η διαδικασία της αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων περιλαμβάνει την εξέταση

μιας σειράς δεικτών που αναφέρονται στον αριθμό των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν, στο μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται και στη νοσηλευτική κίνηση. Αναλυτικότερα χρησιμοποιούνται δείκτες όπως αριθμός εισαγωγών ασθενών, αριθμός του ιατρικού και παραιατρικού προσωπικού, αριθμός των κρεβατιών, αριθμός του πληθυσμού που εξυπηρετεί το νοσοκομείο,αριθμός των αποβιωσάντων εξελθόντων ασθενών, ημέρες νοσηλείας κλπ. Τέλος μια σημαντική παράμετρος της αξιολόγησης είναι και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών και του προσωπικού των υπηρεσιών.9

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ ο αριθμός του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων κατά την τελευταία δεκαετία εξελίχθηκε ως εξής:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 1981-1990

	1981	1986	1990
Ιατρικό Προσωπικό	12.350	14.067	18.287
Νοσηλευτικό Προσωπικό	19.803	26.107	34.582

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής

Δηλαδή διαπιστώνουμε μια αύξηση και του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο στα κρατικά νοσοκομεία εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις αφού σύμφωνα με στοιχεία της Διεύθυνσης Προσωπικού του Υπουργείου Υγείας η κατάσταση στα Κρατικά Νοσοκομεία την 31/12/1993 ήταν η ακόλουθη:

ΚΕΝΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΝ 31/12/1993

	Οργανικές θέσεις	Υπηρετούντες	Κενές θέσεις
Γιατροί	11.288	8.037	3.251
Νοσηλευτικό Προσωπικό	55.341	35.501	19.840
Παραιατρικό Προσωπικό	7.722	5.063	2.659

ΠΗΓΗ:Υπουργείο Υγείας,Διεύθυνση Προσωπικού

Επομένως για να καλυφθούν τα κενά που υπάρχουν στα κρατικά νοσοκομεία χρειάζονται τουλάχιστον 3.000 γιατροί και 22.000 νοσηλευτές. Ειδικότερα όσο αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, μελέτες τονίζουν την ποσοτική ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού με κάποια εκπαίδευση σε σύγκριση τόσο με τις ανάγκες της χώρας όσο και με τις αναλογίες και τους δείκτες που επικρατούν σε άλλες Ευρωπαικές χώρες, με αποτέλεσμα την πλημμελή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Βασική αιτία της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται το χαμηλό γόητρο που

---

9. Αναλυτικότερα στο C.Montoya-Aguilar, "Measuring the performance of hospitals and health centres", 1994, σελ.1-12

απολαμβάνει αυτό το επάγγελμα, οι χαμηλές αμοιβές, η έλλειψη ομοιογένειας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης κλπ.10

Η δυναμικότητα σε κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων παρουσίασε μια σταδιακή αύξηση σε αντίθεση με τις κλίνες των ιδιωτικών θεραπευτηρίων οι οποίες μειώθηκαν σημαντικά με αποτέλεσμα τη μείωση και του συνολικού αριθμού κλινών.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ 1981-1990

Κλίνες	1981	1986	1990
Δημόσιων	26.733	35.448	35.896
ΝΠΙΔ	7.881	684	153
Ιδιωτικών	24.579	16.260	15.214
ΣΥΝΟΛΟ	59.193	52.392	51.263

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής

Αποτέλεσμα των παραπάνω εξελίξεων ήταν η αύξηση του αριθμού των κατοίκων ανά κλίνη από 161 το 1980 σε 197 το 1990. Οι εξελθόντες ασθενείς από 1.101.184 το 1980 έφτασαν τους 1.248.940 το 1990 παρουσιάζοντας μικρή αύξηση, αλλά μειώθηκαν σημαντικά οι ημέρες νοσηλείας από 11.324.438 το 1980 σε 9.404.443 το 1990 με αποτέλεσμα η μέση διάρκεια νοσηλείας να μειωθεί από 10 ημέρες το 1980 σε 8 ημέρες το 1990, ενώ μείωση παρουσίασε και ο αριθμός των ημερών νοσηλείας ανά κάτοικο που από 1,54 το 1980 έφτασε το 1,25 το 1990.11 Από αυτά τα στοιχεία μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπήρξε μια αύξηση της παραγωγικότητας του νοσοκομειακού τομέα.

Για την εξαγωγή όμως περισσότερο τεκμηριωμένων συμπερασμάτων σχετικά με την αξιολόγηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων είναι απαραίτητη η γνώμη τόσο των ίδιων των χρηστών όσο και των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία. Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει πολλές επιστημονικές έρευνες γύρω από τις στάσεις των χρηστών νοσοκομειακών υπηρεσιών ως προς το βαθμό ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

---

10. Αναλυτικότερα για τα προβλήματα της νοσηλευτικής στην Ελλάδα βλ. τα πρακτικά της Εθνικής Συνάντησης Εργασίας με θέμα "Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές", Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 12-13 Μαίου 1994. Αξίζει να τονιστεί ότι το πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μόνιμη πληγή του συστήματος υγείας της χώρας και έχει επισημανθεί επανειλλημένως, βλ. A.Wood-Ritsatakis, "An analysis of the health and welfare services in Greece", CPER Athens 1970, σελ.101-109 η οποία τονίζει ότι η προσφορά ενός καλά εκπαιδευμένου νοσηλευτικού σώματος θα βελτίωνε την ποιότητα των υπηρεσιών και θα παρείχε μεγαλύτερη υποστήριξη στο έργο του ιατρικού προσωπικού.

11. Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1990, σελ.8

Από τα αποτελέσματα σε δύο από αυτές τις έρευνες12 προέκυψε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών είναι υψηλός για τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες αλλά χαμηλός για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

Οσο αφορά τις απόψεις του ιατρικού σώματος στο νοσοκομείο, από μια άλλη έρευνα προκύπτει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των γιατρών είναι υψηλός για τους προισταμένους τους, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ασθενείς και την επιστημονική τους δραστηριότητα, αλλά είναι χαμηλός για τους άλλους επαγγελματίες υγείας, το διοικητικό προσωπικό και τις απολαβές τους. Υποστηρίζουν ότι για να βελτιωθεί η κατάσταση στα νοσοκομεία χρειάζεται καλύτερη εκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού και αλλαγή στον τρόπο διοίκησης.13

Τέλος, από έρευνα για τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο φαίνεται ότι είναι λίγο ευχαριστημένο από την άσκηση του επαγγέλματός του λόγω κυρίως της αδιαφορίας του κράτους για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, πιστεύει ότι οι ασθενείς είναι λίγο συνεργάσιμοι και συμπεριφέρονται στο νοσηλευτικό προσωπικό από αδιάφορα ως ευγενικά, ενώ χαρακτηρίζει την κατάσταση που υπάρχει στα ελληνικά νοσοκομεία ως μέτρια και για τη βελτίωση της λειτουργίας τους χρειάζεται αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού και βελτίωση της εκπαίδευσης.14

5.ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Από την ως τώρα συζήτηση προέκυψαν δύο βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσοκομειακός τομέας: το πρόβλημα των δαπανών και της χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων και το πρόβλημα της στελέχωσης σε ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό.15

---

12. Γ.Κυριόπουλος, Ι.Δράκου, Ε.Κτενάς, Ε.Γεωργούση, "Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς την νοσοκομειακή φροντίδα", και Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση, Α.Γεννηματά, "Η ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια". Και οι δύο έρευνες δημοσιεύνται στο Γ,Κυριόπουλος, Ε,Γεωργούση (επιμ.), "Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα", 1994, σ.11-24 και 35-60

13. Γ.Κυριόπουλος, Ι.Δράκου, Ε.Γεωργούση, Ε.Κτενάς, "Στάσεις και αντιλήψεις των γιατρών στα νοσοκομεία", στο Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση, (επιμ.), 1994, ό.π., σελ.61-87

14. Δ.Ανδριώτη, Ε.Γεωργούση, Ε.Κτενάς, Γ.Κυριόπουλος, "Ικανοποίηση και προσδοκίες των νοσηλευτών/τριών από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στα δημόσια νοσοκομεία", στο Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση, (επιμ.), 1994, ό.π., σελ.89-120

15. Ειδικότερα για τα προβλήματα που υπάρχουν στην διαχείριση και τον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα βλ. Δ.Ανδριώτη, "Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό Τομέα", 1994 όπου εξετάζονται η εκπαίδευση, ο αριθμός, τα

Τα δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τεράστια χρέη δισεκατομμυρίων και κενά στην κάλυψη των οργανικών τους θέσεων στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων στις προμήθειες, τη καθυστέρηση των έργων υποδομής και την υποβάθμιση της περίθαλψης η οποία οδηγεί στην στροφή των ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα. Η κατάσταση χειροτερεύει από την ύπαρξη προβλημάτων και σε ένα τρίτο τομέα ο οποίος περιλαμβάνει τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον τεχνολογικό εξοπλισμό των νοσοκομείων. Οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε αυτούς τους τομείς έχουν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ράντζων σε διαδρόμους και τις μακρές λίστες αναμονής για τα χειρουργεία, καταστάσεις που οδηγούν στην εμφάνιση αντιδεοντολογικών συνδιαλλαγών για την εξεύρεση κρεβατιών. Τέλος η ανυπαρξία ειδικευμένου και επιστημονικά καταρτισμένου διοικητικού προσωπικού σε συνδυασμό με πολιτικές παρεμβάσεις καθυστούν αδύνατη την εισαγωγή σύγχρονων στοιχείων management και αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων.16

Σημαντική επίδραση σ'αυτό προκαλεί και το γεγονός ότι δεν έχουν γίνει οι απαραίτητες επενδύσεις για τη βελτίωση της υποδομής των νοσοκομείων η οποία θα διευκολύνει τη διεύθυνσή τους αλλά ούτε έχει εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των διοικητικών υπαλλήλων των νοσοκομείων.17

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων προτείνονται μια σειρά μέτρων όπως προγραμματισμός των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων με βάση τη χάραξη συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, αλλαγή του νομικού πλαισίου λειτουργίας των νοσοκομείων και από ΝΠΔΔ να μετατραπούν σε Ανώνυμες Εταιρείες με 1 μετοχή που θα ανήκει στον Υπουργό Υγείας, εισαγωγή στοιχείων management και τοποθέτηση managers ως επικεφαλής των νοσοκομείων, αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης, ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και θέσπιση κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας τους, εφαρμογή μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης του έργου των νοσοκομείων κλπ.18

χαρακτηριστικά και η αγορά εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας.

16. Ι.Σιγάλας, "Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα", στο Ιατρικό Βήμα, τεύχος 32, Ιούν.-Αύγ. 1993, σ.26-28, Δ.Μπακάλης, "Προβλήματα των σύγχρονων νοσοκομείων", στο Ελευθεροτυπία της 4/5/1994, Ερευνα της εφημερίδας "Ελευθεροτυπία" με τίτλο "Τα νοσοκομεία νοσούν", 21/2-26/2/1994

17. Hospital Committee of the European Community, "Hospital Services in the E.C., 1993, σελ.63

18. Ι.Σιγάλας, 1993, ό.π., σελ.28-29, Γ.Στάθης, "Σημαντικά προβλήματα του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος", 1995, σελ.34-37

Ειδικότερα όσο αφορά το ανθρώπινο δυναμικό υποστηρίζεται ότι βασικοί άξονες πολιτικής πρέπει να είναι:19 α) Ο επαναπροσδιορισμός της εκπαιδευτικής διαδικασίας για τα επαγγέλματα υγείας και κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και των στόχων της εκπαίδευσης, με κατεύθυνση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. β) Ο έλεγχος των δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας και κυρίως του ιατρικού δυναμικού, με στόχο την ανακατανομή των ιατρών στις ειδικότητες. γ) Η ορθότερη γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού. δ) Η παροχή κινήτρων για τη βελτίωση της αγοράς εργασίας κυρίως για τους επαγγελματίες υγείας με χαμηλό κοινωνικό γόητρο και χαμηλές αμοιβές.

Από την παραπάνω παρουσίαση διαπιστώνεται ότι ο νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα στερείται μεθοδικού σχεδιασμού και προγραμματισμού. Μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να εντάσεται στο ευρύτερο πλαίσιο προγραμματισμού του υγειονομικού τομέα και να περιλαμβάνει μια σειρά βημάτων που είναι τα ακόλουθα:20 α) καταγραφή της υφιστάμενης νοσοκομειακής υποδομής, β) μέτρηση της χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον πληθυσμό αναφοράς του, γ) πρόβλεψη της μελλοντικής χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, δ) υπολογισμός των απαιτούμενων εγκαταστάσεων για την επίτευξη των στόχων με βάση τη μέτρηση των προβλεπόμενων αναγκών, ε) ορθή γεωγραφική κατανομή των εγκαταστάσεων, στ) κοστολόγηση του σχεδίου και υπολογισμός των προβλεπόμενων αναγκαίων πόρων σε υλικό και ανθρώπινο δυναμικό.

---

19. Δ.Ανδριώτη, 1994, ό.π., σελ.125, Γ.Στάθης, 1995, ό.π., σελ.9-24

20. R.F.Bridgman, M.I.Roemer, "Hospital legislation and hospital systems", 1973, σελ.51

ΔΕΚΑΤΟΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

1.ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ΕΣΥ είναι οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων μέσω των ταμείων της Κοινωνικής Ασφάλισης, η γενική φορολογία μέσω του κρατικού προυπολογισμού και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είτε με απ'ευθείας πληρωμή των υπηρεσιών από τους χρήστες είτε μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αγοράζουν νοσοκομειακές υπηρεσίες από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία ενώ όσο αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άλλα ταμεία παράγουν υπηρεσίες στα πολυιατρεία τους και άλλα συνάπτουν ετήσια συμβόλαια με ιδιώτες γιατρούς. Ο κρατικός προυπολογισμός άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο ως χρηματοδοτική πηγή του τομέα της υγείας κατά τη δεκαετία του 1970 ιδιαίτερα μετά την επιβολή του κλειστού νοσηλείου το οποίο οδήγησε στην εμφάνιση μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία και την αναγκαστική κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών από το κράτος. Μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το κράτος ανέλαβε την κάλυψη των αμοιβών του προσωπικού όλων των νοσοκομείων που ήταν ΝΠΔΔ με αποτέλεσμα το κράτος να καλύπτει σήμερα το 85% των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων. Τέλος οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας παρουσίασαν μια σημαντική αύξηση που οφείλεται σε μια σειρά αιτιών όπως η ανεπαρκής κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού από το κράτος, η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών των ασφαλιστικών ταμείων, η αύξηση του εισοδήματος των νοικοκυριών κλπ.1 Η ποσοστιαία διάρθρωση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΗΓΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Ετος	Κοινωνική Ασφάλιση	Κρατικός Προυπολογισμός
1975	59,2%	40,8%
1980	58,0%	42,0%
1981	56,3%	43,7%
1982	50,1%	49,9%
1983	51,0%	49,0%
1984	50,8%	49,2%
1985	48,5%	51,5%
1986	45,9%	54,1%
1987	46,2%	53,8%
1988	41,7%	58,3%
1989	40,2%	59,8%

ΠΗΓΗ: Κυριόπουλος,Νιάκας 1991

---

1. Αναλυτικότερα βλ. Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, "Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα", 1991, σελ.51-58

Αυτό που παρατηρούμε από τον πίνακα είναι μια σταδιακή μείωση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και αντίστοιχα μια αύξηση της συμβολής του κρατικού προυπολογισμού. Το γεγονός αυτό αλλά και γενικότερα η διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης έχει μεγάλη σημασία στην εμφάνιση αναδιανεμητικών αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας. Το ζήτημα δηλαδή που ενδιαφέρει είναι η προοδευτικότητα των πηγών χρηματοδότησης σε σχέση με τις πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, δηλαδή το κατά πόσο αυτές οι πληρωμές αυξάνουν ως ποσοστό του εισοδήματος καθώς το εισόδημα αυξάνεται.2

Εξετάζοντας το φορολογικό σύστημα στην Ελλάδα, μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει πολύ μεγάλη ανισότητα στην κατανομή του φορολογικού βάρους η οποία οφείλεται κυρίως στην κυριαρχία των έμμεσων φόρων οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 65% των φορολογικών εσόδων και των φόρων με πραγματικό φορολογικό συντελεστή αντίστροφα προοδευτικό.3 Ετσι αμφισβητήται η αναδιανεμητική επίπτωση του φορολογικού συστήματος.

Σε σχέση με τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ο Τάτσος διαπιστώνει ότι έχουν χαρακτήρα αντίστροφα προοδευτικό,4 ο Προβόπουλος βρίσκει ότι οι εισφορές ως ποσοστό του εισοδήματος από εργασία είναι αναλογικές ως το ύψος του ανώτατου ορίου ασφαλιστέων αποδοχών ενώ από εκεί και πάνω έχουν χαρακτήρα αντίστροφα προοδευτικό5 και τέλος η Φέτση διαπιστώνει ότι οι ασφαλιστικές εισφορές έχουν κάποια αναδιανεμητική επίπτωση κυρίως από τα μεσαία προς τα ανώτερα και κατώτερα στρώματα, αλλά το συνδυασμένο αποτέλεσμα ως προς την αναδιανεμητική επίπτωση της φορολογίας και των εισφορών, εμφανίζει μικρή προοδευτικότητα και άρα μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα.6

Οι παραπάνω διαπιστώσεις έχουν οδηγήσει στην πρόταση για αναδιάρθρωση της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα μέσω της μείωσης του ποσοστού συμμετοχής του κρατικού προυπολογισμού και της αύξησης του μεριδίου της κοινωνικής ασφάλισης, με σκοπό την ικανοποίηση του κριτηρίου της

---

2. Αναλυτικότερα βλ. το Πρώτο Κεφάλαιο της παρούσας μελέτης

3. Δ.Καράγιωργας, "Η φορολογική εκμετάλλευση στην Ελλάδα", στο Ο Πολίτης, τεύχος 16, Ιαν.-Φεβρ. 1978, Δ.Καράγιωργας, Σ.Πάκος, "Η κατανομή του φορολογικού βάρους στην Ελλάδα: 1982", στον Τιμητικό τόμο στη μνήμη Σ.Καράγιωργα, 1988

4. Ν.Τάτσος, "Μερικές οικονομικές επιπτώσεις της κοινωνικής ασφάλισης", στο Σπουδαί, τεύχος 1-2, 1983

5. Γ.Προβόπουλος, "Κοινωνική ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος", 1987, σελ.131-137

6. Α.Φέτση, "Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73Α, Καλοκαίρι 1990, σελ.192-194

ισότητας. Στα πλαίσια αυτά προτείνεται η καθιέρωση ασφάλιστρου στους αγρότες, η αύξηση των εισφορών των αυτοαπασχολουμένων και των ελεύθερων επαγγελματιών και η επιβολή ειδικού φόρου σε προιόντα βλαβερά για την υγεία των ατόμων.7

2.ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συνολικές δαπάνες υγείας σε απόλυτα μεγέθη όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, εμφανίζουν μια σταθερή αυξητική τάση. Η τάση αυτή όμως φαίνεται να είναι πιο ισχυρή στις δημόσιες δαπάνες οι οποίες αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό κυρίως μετά το 1975.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ,ΔΗΜΟΣΙΕΣ,ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜ.ΔΟΛΛΑΡΙΑ

Δαπάνες	1960	1965	1970	1975	1980	1983	1987
Συνολικές	3.326	6.415	12.071	27.382	74.172	142.199	336.000
Δημόσιες	1.950	4.011	6.443	16.485	60.957	125.080	253.000
Ιδιωτικές	1.376	2.404	5.628	10.897	13.215	17.119	73.000

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Το αποτέλεσμα της παραπάνω τάσης είναι να αυξάνονται οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.

---

7. Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991, ό.π., σελ.83-88

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ ΟΟΣΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ 1975-1987

Χώρα	1975	1980	1985	1987
Αυστραλία	5,7	6,5	7,0	7,1
Ιαπωνία	5,5	6,4	6,6	6,8
Αυστρία	7,3	7,9	8,1	8,4
Λουξεμβούργο	5,7	6,8	6,7	7,5
Βέλγιο	5,8	6,6	7,2	7,2
Ολλανδία	7,7	8,2	8,3	8,5
Καναδάς	7,3	7,4	8,4	8,6
Νέα Ζηλανδία	6,4	7,2	6,6	6,9
Δανία	6,5	6,8	6,2	6,0
Νορβηγία	6,7	6,6	6,4	7,5
Φιλανδία	6,3	6,5	7,2	7,4
Πορτογαλλία	6,4	5,9	7,0	6,4
Γαλλία	6,8	7,6	8,6	8,6
Ισπανία	5,1	5,9	6,0	6,0
Γερμανία	7,8	7,9	8,2	8,2
Σουηδία	8,0	9,5	9,4	9,0
ΕΛΛΑΔΑ	4,1	4,3	4,9	5,3
Ελβετία	7,0	7,3	7,7	7,7
Ισλανδία	5,9	6,4	7,3	7,8
Τουρκία	-	-	-	3,5
Ιρλανδία	7,7	8,5	8,0	7,4
Ην.Βασίλειο	5,5	5,8	6,0	6,1
Ιταλία	5,8	6,8	6,7	6,9
ΗΠΑ	8,4	9,2	10,6	11,2

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε και κάτι άλλο. Οτι η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, διαθέτει το χαμηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας. Αυτό μεταφράζεται και σε χαμηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία, οι οποίες μπορούν να συγκριθούν μόνο με τις αντίστοιχες της Πορτογαλλίας.

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΕΠ ΣΕ ΔΟΛΛΑΡΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

Χώρα	1970		1984		1987		Ετήσιος ρυθμός αύξησης 1970-84	
	Υγεία	ΑΕΠ	Υγεία	ΑΕΠ	Υγεία	ΑΕΠ	Υγεία	ΑΕΠ
Αυστραλία	232	4040	994	12679	939	12612	11,0	8,5
Αυστρία	163	3056	818	11345	982	11664	12,2	9,8
Βέλγιο	147	3652	777	12439	879	11802	12,6	9,1
Καναδάς	322	4452	1275	15198	1483	17211	10,3	9,2
Δανία	252	4147	841	13310	792	13329	9,0	8,7
Φιλανδία	183	3280	806	12217	949	12838	11,2	9,8
Γαλλία	223	3685	1145	12643	1105	12803	12,4	9,2
Γερμανία	220	3993	1079	13265	1093	13323	12,0	9,0
ΕΛΛΑΔΑ	70	1756	287	6300	337	6363	10,6	9,6
Γροιλανδία	288	3382	1045	13238	1241	15508	9,6	10,2
Ιρλανδία	122	2196	622	7795	561	7541	12,3	9,5
Ιταλία	171	3093	725	10093	841	12254	10,9	8,8
Ιαπωνία	141	3189	818	12419	915	13182	13,4	10,2
Ολλανδία	232	3881	1011	11710	1041	12252	11,1	8,2
Ν. Ζηλανδία	-	-	595	10601	733	10680	-	-
Νορβηγία	191	3083	965	15367	1149	15405	12,3	12,2
Πορτογαλλία	-	-	275	5021	386	6297	-	-
Ισπανία	102	2473	476	8279	521	8681	11,6	9,0
Σουηδία	359	4976	1445	15434	1233	13771	10,5	8,4
Ην.Βασίλειο	161	3563	658	11068	758	12340	10,6	8,4
ΗΠΑ	366	4826	1637	15357	2051	18338	11,3	8,6

ΠΗΓΗ:OECD 1987,1990

Ο παραπάνω πίνακας επιβεβαιώνει και την σύνδεση που υπάρχει μεταξύ κατά κεφαλή ΑΕΠ και κατά κεφαλή δαπάνης υγείας αφού έχει βρεθεί από μελέτες ότι οι χώρες με το μεγαλύτερο κατά κεφαλή ΑΕΠ έχουν και μεγαλύτερες κατά κεφαλή δαπάνες για υγεία.8

Ομως μελετητές αμφισβητούν την εγκυρότητα των παραπάνω δεδομένων του ΟΟΣΑ αφού παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των δεδομένων του ΟΟΣΑ και των δεδομένων των Εθνικών Λογαριασμών. Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ υποτιμούν την δημόσια και σε μεγαλύτερο βαθμό την ιδιωτική κατανάλωση γιατί υπάρχει διαφοροποίηση ως προς τη μεθοδολογία υπολογισμού του Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος και αδυναμία πλήρους καταγραφής των μεταβιβαστικών πληρωμών προς τα νοσοκομεία και τους ιδιώτες.9

---

8. OECD, 1987, ό.π., σελ.79

9. Δ.Ανδρουτσόπουλος, Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση,"Προσπάθεια εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα 1970-1990", στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμ.10, τεύχ.5,Σεπτ.-Οκτ. 1993, σελ.307

Ενώ οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων εμφανίζονται ως μεταβιβαστικές πληρωμές, ωστόσο αποτελούν δημόσιες δαπάνες για αγορά αγαθών και υπηρεσιών και όχι μεταφορά εισοδήματος σε ιδιώτες.10 Ετσι σύμφωνα με άλλους υπολογισμούς διαμορφώνεται ο παρακάτω πίνακας ο οποίος ανατρέπει αρκετές από τις παρατηρήσεις που έγιναν παραπάνω.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ,ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ,ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΠΟΛΥΤΑ ΠΟΣΑ (εκατ.δρχ.) ΚΑΙ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

Ετος	Δημόσια Δαπάνη	% ΑΕΠ	Ιδιωτική Δαπάνη	% ΑΕΠ	Συνολική Δαπάνη	% ΑΕΠ
1970	6.240	2,41	8.732	3,39	14.972	5,8
1975	15.744	2,65	18.347	3,09	34.091	5,74
1980	58.863	3,86	42.051	2,75	100.914	6,61
1985	170.901	4,13	115.559	2,79	286.460	6,92
1990	425.278	4,59	296.975	3,21	722.253	7,80

ΠΗΓΗ: Ανδρουτσόπουλος, Κυριόπουλος, Γεωργούση 1993

Από τις συνολικές δαπάνες υγείας,το μεγαλύτερο ποσοστό το καταλαμβάνουν οι δημόσιες δαπάνες.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1960	1965	1970	1975	1980	1982	1984
57,9	71,1	53,9	61,6	83,9	84,4	79,3

ΠΗΓΗ:OECD 1987

Ομως και πάλι εδώ εκφράζονται οι αντιρρήσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω και οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1970	1975	1980	1985	1989
58	54	42	41	41

ΠΗΓΗ: Ανδρουτσόπουλος, Κυριόπουλος, Γεωργούση 1993

---

10. Δ.Νιάκας, Γ.Κυριόπουλος, "Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και Εθνικοί Λογαριασμοί. Μερικές απαραίτητες διευκρινήσεις", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 3, τεύχος 1, Ιαν.-Μάρτ. 1994, σελ.23.
Για τα προβλήματα υπολογισμού των δαπανών υγείας με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς και τις διαφορετικές προσεγγίσεις βλ. στο περιοδικό Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 3, τεύχος 1, 1994, το άρθρο των Ζηλίδη, Φιλαλήθη, 1994, σελ.1-12 και την απάντηση των Νιάκα, Κυριόπουλου, 1994, σελ.15-25.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι αν και το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών για την υγεία έχει πέσει, ωστόσο αυτό το ποσοστό παραμένει υψηλό.

Η διαπίστωση ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν γρηγορότερα από τις ιδιωτικές επιβεβαιώνεται και από τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα.

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ,ΔΗΜΟΣΙΕΣ,ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

Δαπάνες	1975	1980	1985	1987
Συνολικές	4,1	4,3	4,9	5,3
Δημόσιες	2,5	3,5	4,0	4,0
Ιδιωτικές	1,6	0,8	0,9	1,3

ΠΗΓΗ:OECD 1990

Εξετάζοντας την πραγματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ παρατηρούμε ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν με γρηγορότερο ρυθμό από τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ. Αυτό το γεγονός αποδίδεται από τους μελετητές στην αλλαγή των προτεραιοτήτων της υγειονομικής πολιτικής της χώρας με την προσπάθεια δημιουργίας ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την προσπάθεια υποκατάστασης του ιδιωτικού τομέα από τον δημόσιο.11

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΕΠ

1960-1975	1975-1984	1980-1984	1960-1984	1975-1987
1,8	1,8	3,4	1,7	2,5

ΠΗΓΗ:OECD 1987,1990

Εξετάζοντας τη σύνθεση των δαπανών υγείας και την κατανομή τους σε κάθε επίπεδο φροντίδας υγείας βλέπουμε ότι τη μερίδα του λέοντος απορροφά η ιδρυματική φροντίδα της οποίας ο κυριώτερος τομέας είναι ο νοσοκομειακός. Φαίνεται μια διαχρονική αυξητική τάση στο μερίδιο που απορροφά ο νοσοκομειακός τομέας και αντίστοιχη πτώση στο μερίδιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γεγονός που δείχνει την κεντρική θέση του νοσοκομειακού τομέα στο σύστημα υγείας της χώρας και την υποβάθμιση του πρωτοβάθμιου τομέα, το οποίο άλλωστε διαπιστώθηκε και στο προυγούμενο κεφάλαιο.

---

11. Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991, ό.π., σελ.60-62

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Δαπάνες για περίθαλψη	1970	1980	1970-1980
Πρωτοβάθμια	17,3	13,4	-1,9
Ιδρυματική	40,1	49,5	2,0
Φάρμακα	19,1	14,8	-1,9
Αλλες δαπάνες	23,5	22,3	-0,4

ΠΗΓΗ:OECD 1987

Τέλος όσο αφορά την εξέλιξη των επενδύσεων στον υγειονομικό τομέα διαπιστώνεται από έρευνες μια σταθερή αύξηση τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δαπανών ιδιαίτερα μετά το 1980.12 Αναλυτικότερα η αύξηση των δημόσιων δαπανών ήταν σημαντική μεταξύ 1982-1988 με αποτέλεσμα οι δημόσιες επενδύσεις να είναι υψηλότερες από τις ιδιωτικές, τάση η οποία μετά το 1988 αντιστρέφεται. Σημαντικό στοιχείο στην σύνθεση των επενδύσεων αποτελεί η ραγδαία αύξηση μετά το 1988 των επενδύσεων σε μηχανήματα και εξοπλισμό.13 Οι παραπάνω τάσεις φαίνονται από τον πίνακα που ακολουθεί:

ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (σε σταθ. τιμές και εκατ.δρχ.)

Ετος	Δημόσιες Επενδύσεις	Ιδιωτικές Επενδύσεις	Σύνολο	Σε κτίρια & γήπεδα	Σε μηχανικό εξοπλισμό
1970	203	107	310	175	135
1975	398	319	717	404	313
1980	455	385	840	290	550
1985	1466	475	1941	713	828
1990	584	1090	1674	425	1249

ΠΗΓΗ:Κυριόπουλος,Γεωργούση,Δρίζη 1993

Το βασικό πρόβλημα που ανακύπτει από τις παραπάνω εξελίξεις στις επενδύσεις είναι ότι θα προκληθεί αύξηση της προσφοράς υπηρεσιών με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας. Γι'αυτό προτείνεται η καθιέρωση κανονισμών ρύθμισης των επενδύσεων και κριτηρίων αξιολόγησης και επιλογής του μηχανικού εξοπλισμού.14

---

12. Γ.Κυριόπουλος, Μ.Δρίζη κ.α., "Οι επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα 1970-2000", στο Επιθεώρηση Υγείας, τομ.3, τεύχ.6(19), Νοέμ.-Δεκ.1992

13. Κυριόπουλος, Δρίζη, 1992, ό.π., σελ.47-50

14. Γ.Κυριόπουλος, Ε.Γεωργούση, Μ.Δρίζη, "Οι επενδύσεις βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", στο Γ.Κυριόπουλος κ.α., (επιμ.), "Η διαχείρηση της βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", 1993, σ.152

2.1.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Στους Κοινωνικούς Προυπολογισμούς περιλαμβάνονται τα έσοδα και οι δαπάνες που γίνονται από τους φορείς κοινωνικής προστασίας και αναφέρονται στην κοινωνική ασφάλιση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Παρακάτω θα παρουσιαστούν οι δαπάνες για την υγεία που αναγράφονται στους κοινωνικούς προυπολογισμούς.

2.1.1.ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας προέρχονται από το κράτος μέσω του προυπολογισμού του ΥΥΠΚΑ και των Νομαρχιών και αφορούν κυρίως επιχορηγήσεις νοσοκομείων και από τα ασφαλιστικά ταμεία ως παροχές ασθένειας σε είδος δηλαδή ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική και σε χρήμα δηλαδή επιδόματα ασθενείας. Η εξέλιξη των μεγεθών αυτών κατά την τελευταία δεκαετία παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΗΓΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ 1985-1994 (δισ.δρχ.)

	1985	1986	1987	1988	1989
Προυπολογισμοί ΥΥΠΚΑ και Νομαρχιών σαν Επιχορηγηση Νοσοκομείων	77,9	105,2	118,9	160,0	211,9
Παροχές Ασθένειας	116,2	131,1	154,7	191,3	220,1
από φορείς Κ.Α.	100,1	112,2	133,0	159,1	183,9
από φορείς άλλων Υπουρ.	-	-	-	-	-
από Δημόσιο	14,4	16,8	19,1	28,7	32,0
από Υπηρ.Ασφάλισης	1,7	2,1	2,6	3,5	4,2
ΣΥΝΟΛΟ	194,1	236,3	273,6	351,3	432,0

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΗΓΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

	1990	1991	1992	1993	1994
Προυπολογισμοί ΥΥΠΚΑ και Νομαρχιών σαν Επιχορήγηση Νοσοκομείων	283,4	332,3	380,9	337,6	300,2
Παροχές Ασθένειας	269,8	333,2	431,3	611,6	751,0
από Φορείς Κ.Α.	218,2	269,5	346,2	501,0	614,6
από φορείς άλλων Υπουρ.	7,1	8,0	9,9	13,7	17,5
από Δημόσιο	38,5	47,9	65,1	94,7	116,2
από Υπηρ.Ασφάλισης	6,0	7,8	10,1	2,2	2,7
ΣΥΝΟΛΟ	553,2	665,5	812,2	949,2	1051,2

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί,Ιδιοι Υπολογισμοί

Εξετάζοντας το ποσοστό των δαπανών που προέρχονται από τον κρατικό προυπολογισμό στό σύνολο των δημόσιων δαπανών διαπιστώνουμε ότι ενώ το ποσοστό αυξάνει ως το 1990, ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία μετά το 1991 για να φθάσει το 1994 στο 28,6%, γεγονός που σημαίνει μια μετατώπιση του βάρους προς την κοινωνική ασφάλιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ετος	% στο Σύνολο	Ετος	% στο Σύνολο
1985	40,1	1990	51,2
1986	44,5	1991	49,9
1987	43,5	1992	46,9
1988	45,5	1993	35,6
1989	49,0	1994	28,6

ΠΗΓΗ:Ιδιοι Υπολογισμοί

Ως ποσοστό στο ΑΕΠ οι δημόσιες δαπάνες υγείας κινούνται σταθερά στο επίπεδο μεταξύ του 4,2-4,5% εκτός από την περίοδο 1988-89 όπου το ποσοστό ήταν 3,9%. Ως ποσοστό των κοινωνικών δαπανών αποτελούν πάνω του 20% των δαπανών με μια αύξηση του ποσοστού αυτού κυρίως μετά το 1991.

ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ ΚΑΙ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (δισ.δρχ)

Ετος	Δαπάνες Υγείας	ΑΕΠ	% ΑΕΠ	Κοινωνικές Δαπάνες	% Κοινωνικών Δαπανών
1985	194,1	4.617,8	4,2	934,8	20,8
1986	236,3	5.514,7	4,3	1.146,6	20,6
1987	273,6	6.258,5	4,4	1.343,0	20,4
1988	351,3	9.090,0	3,9	1.674,1	21,0
1989	432,0	10.957,0	3,9	2.033,7	21,2
1990	553,2	13.204,0	4,2	2.526,8	21,9
1991	665,5	15.691,0	4,2	3.073,0	21,6
1992	812,2	18.183,0	4,5	3.474,9	23,4
1993	949,2	20.769,0	4,6	3.902,0	24,3
1994	1.051,2	23.258,0	4,5	4.461,0	23,6

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί,Ιδιοι Υπολογισμοί

2.1.2.ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ

Στις δαπάνες των δημόσιων επενδύσεων του Υ.Υ.Π.Κ.Α. για υγιεινή και πρόνοια αναγράφονται πληρωμές για έργα χρηματοδοτούμενα από εθνικούς πόρους και από κοινοτικούς πόρους και αφορούν την αγορά και απαλλοτρίωση εδαφών ή κτισμάτων, την κατασκευή έργων, την προμήθεια μηχανικού και λοιπού εξοπλισμού και την εκπόνηση μελετών και ερευνών. Μέχρι το 1989 οι επενδύσεις για υγεία αναφέρονταν ξεχωριστά από τις επενδύσεις για πρόνοια ενώ δεν

γινόταν ο διαχωρισμός μεταξύ εθνικών και κοινοτικών πόρων, ο οποίος άρχισε να γίνεται μετά το 1991.

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΕΤΩΝ 1982-1990

Ετος	Δαπάνες Δημόσιων Επενδύσεων
1982	3.241.000.000
1983	5.040.000.000
1985	9.050.000.000
1986	12.500.000.000
1987	14.050.000.000
1988	14.000.000.000
1989	15.550.000.000
1990	15.000.000.000

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί

ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΕΤΩΝ 1991-1994 (εκατ.)

	1991	1992	1993	1994
Από Εθνικούς Πόρους	6.215	3.500	3.000	5.027
Από Κοινοτικούς Πόρους	11.000	17.730	17.510	25.889
ΣΥΝΟΛΟ	17.215	21.230	20.510	30.916

ΠΗΓΗ:Κοινωνικοί Προυπολογισμοί

Αυτό που διαπιστώνεται είναι μια σημαντική αύξηση των πληρωμών για έργα χρηματοδοτούμενα από κοινοτικούς πόρους όπου το 1994 αποτελούν το 84% του συνόλου των επενδυτικών πόρων.

3.ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών δαπανών υγείας συνδέεται με μια σειρά παραγόντων όπως η οργάνωση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος και η ποσοστική και ποιοτική διάσταση των υπηρεσιών που προσφέρει, η οργάνωση και η αποτελέσματικότητα του υγειονομικού συστήματος και η ιατρική δημογραφία, η εξέλιξη του εισοδήματος κλπ. Γίνεται γενικά αποδεκτό ότι το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα συνδέεται με την αρνητική εξέλιξη των παραπάνω δεικτών και κυρίως την αδυναμία του δημόσιου τομέα να ανταποκριθεί στις υπάρχουσες ανάγκες, την ύπαρξη κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων, την ανεπάρκεια της ασφαλιστικής προστασίας, την υψηλή παρακλινική συνταγογραφία κλπ.15

---

15. Η.Μόσιαλος, "Η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα", στο Πρακτικά Α'Πανελλήνιου..., 1989, ό.π., σελ.53, Γ.Υφαντόπουλος, "Ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα", στο Πρακτικά..., 1989, ό.π., σελ.563, Χ.Ζηλίδης, Α.Φιλαλήθης, 1992, ό.π., σελ.21

Οι βασικές πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι:16 α) οι δαπάνες που γίνονται από τους ανασφάλιστους και οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, β) η συμμετοχή των χρηστών στα έξοδα περίθαλψης όπως π.χ. τα φάρμακα, γ) οι δαπάνες για κάλυψη της διαφοράς μεταξύ των ποσών που καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία και των πραγματικών αμοιβών των γιατρών, καθώς και για διαφορά θέσης, δ) οι πρόσθετες μη θεσμοθετημένες αμοιβές των γιατρών, ε) οι δαπάνες για περίθαλψη στο εξωτερικό.17

Ειδικότερα όσο αφορά τις δαπάνες για νοσηλεία στο εξωτερικό διαπιστώνεται ότι αυτές έχουν αυξηθεί σημαντικά αφού το 1980 αποτελούσαν το 0,69% του συνόλου των δαπανών για υγεία, το 1991 αποτελούσαν το 1,71% έναντι του 0,13% στις χώρες της Ευρωπαικής Ενωσης, για να φτάσει το 1992 στο 1,73%, υποδηλώνοντας έτσι ότι η ζήτηση για νοσηλεία στο εξωτερικό έχει αυξηθεί.18

Από μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία έχουν εξαχθεί μια σειρά κοινών διαπιστώσεων οι οποίες είναι οι εξής:19 α) Το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στο ΑΕΠ αλλά και στο σύνολο των εθνικών δαπανών υγείας είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. β) Σημειώνεται μια συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών. γ) Υπάρχει συσχέτηση του ύψους της κατανάλωσης με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, εισόδημα, επάγγελμα, εκπαίδευση κλπ. δ) Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία απορροφούνται από την πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τάση η οποία έγινε ιδιαίτερα αισθητή μετά την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, γεγονός που δείχνει ότι ενώ το ΕΣΥ κάλυψε επαρκώς τις ανάγκες για νοσοκομειακή περίθαλψη, δεν έγινε το ίδιο και με την εξωνοσοκομειακή. ε) Υπάρχει υψηλό ποσοστό της

---

16. Μόσιαλος, 1989, ό.π., Υφαντόπουλος, 1989, ό.π.

17. Αναλυτικότερα για τα αίτια που οδηγούν στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας από το εξωτερικό και που σχετίζονται κυρίως με την κρίση αξιοπιστίας των υπηρεσιών υγείας της χώρας βλ. Α.Δουλή, Β.Κυρίτσης, Ν.Πολύζος, Ν.Χρυσοπούλου, "Ζήτηση υπηρεσιών υγείας στο εξωτερικό", στο Επιθεώρηση Υγείας, τομ.3, τεύχ.2(15), Μάρτ.-Απρ. 1992, σελ.52-56

18. Γ.Κυριόπουλος, Μ.Γείτονα, "Μετακίνηση ασθενών για νοσηλεία στο εξωτερικό", στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 6, τεύχος 2(33), Μάρτιος-Απρίλιος 1995, σελ.53-56

19. Μόσιαλος, 1989, ό.π., σελ.48-64, Υφαντόπουλος, 1989, ό.π., σ. 561-574, Ανδρουτσόπουλος, Κυριόπουλος, Γεωργούση 1993, ό.π., σ.304-309, Μ.Γείτονα, Δ.Ανδρουτσόπουλος, Μ.Δρίζη, Γ.Κυριόπουλος 1992, "Η ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: Μετρήσεις και εξελίξεις 1957-1988", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ.4, τεύχ.2, Απρ.-Ιούν σελ.63-68, Ζηλίδης, Φιλαλήθης 1992, ό.π., σελ.19-38

παραοικονομίας στον τομέα της υγείας το οποίο σχετίζεται με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Ειδικότερα όσο αφορά την παραοικονομία, μελέτες έχουν δείξει ότι το ποσοστό της από 13% των συνολικών δαπανών υγείας ή 0,9% του ΑΕΠ το 1982, έφτασε στο 23% των συνολικών δαπανών υγείας ή 1,9% του ΑΕΠ το 1988, δηλαδή από 22.002 εκατ.δρχ. το 1982, έφτασε τα 105.050 εκατ.δρχ. το 1988.20 Αυτή η εξέλιξη σχετίζεται με την αύξηση των γιατρών, την υπερβολική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, την απουσία ορθολογικού μηχανισμού τιμών, την φορολογική ηθική των ιατρών κλπ.21

4.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν όλα τα συστήματα υγείας στη δεκαετία του 1980 και του 1990, ήταν όπως είδαμε η συγκράτηση του κόστους από την πλευρά της προσφοράς και η υιοθέτηση κινήτρων και ρυθμίσεων για τους προμηθευτές και τους ασφαλιστές υγείας, με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας. Και εδώ τίθεται το ερώτημα: Τί συνέβει στην Ελλάδα; Εκδηλώθηκε κάποια τέτοια προσπάθεια;

Κατ'αρχήν πρέπει να τονιστεί ότι σε ένα πρώτο στάδιο δεν θα μπορούσε να γίνει λόγος για μέτρα συγκράτησης του κόστους στον ελληνικό υγειονομικό τομέα από τη στιγμή που ο στόχος ήταν η επίτευξη της πλήρους και καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και επομένως ήταν αναμενόμενο μια αύξηση των δαπανών.22

Επίσης δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί ότι τη δεκαετία του 1980 σημειώθηκαν μια σειρά θετικών εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα της χώρας αφού στο διάστημα 1981-1987 σημειώθηκε αύξηση στους ανθρώπινους πόρους κατά 61%, οι δημόσιες δαπάνες από 3,8% του ΑΕΠ έφτασαν το 5,3% ενώ οι επενδύσεις από 0,08% του ΑΕΠ ανέβηκαν στο 0,25%. Αποτέλεσμα ήταν να αυξηθεί η παραγωγικότητα του δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και να βελτιωθεί η διανομή των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας.23 Εμφανίστηκε αρνητικός

---

20. Δ.Νιάκας, Γ.Σκουτέλης, Γ.Κυριόπουλος, "Διερεύνηση της παραοικονο-μικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα: Μια πρώτη ποσοτική διερεύνηση", στο Επιθεώρηση Υγείας, τομ.1, τεύχ.6, Σεπτ.-Οκτ. 1990, σελ.42-46

21. Γ.Κυριόπουλος, "Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα", στο Οικονομία, Κοινωνία και Υγεία, τόμ.1, τεύχ.3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, σελ.3-10

22. Δ.Νιάκας, "Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η Ελληνική περίπτωση", στο Επιθεώρηση υγείας, τομ.2, τεύχ.3(10), Μάιος-Ιούν.1991, σελ.31

23. Γ.Κυριόπουλος, "Ο υγειονομικός τομέας στη δεκαετία του '80. Κέρδη και ζημιές", στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμ.1, τεύχ.7, Νοέμ.-Δεκ. 1990, σελ.49-55

πληθωρισμός στον τομέα της υγείας λόγω της πολιτικής ελέγχου των τιμών στον νοσοκομειακό τομέα24 αλλά και λόγω της εφαρμογής του ΕΣΥ αφού όπως είδαμε τα εθνικά συστήματα υγείας είναι πιο αποδοτικά ως προς την συγκράτηση του κόστους.

Ομως εμφανίστηκαν μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων που έχουν να κάνουν με ορισμένες αδυναμίες του ΕΣΥ. Αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο ότι οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους διεθνώς επικεντρώνονται στην πλευρά της ζήτησης, στην πλευρά της προσφοράς ή στον τρόπο χρηματοδότησης. Ειδικότερα όσο αφορά την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα τα προβλήματα σχετίζονται με τα ελλείμματα του δημόσιου τομέα, την απουσία κριτηρίων στη χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων με αποτέλεσμα για παράδειγμα ο τρόπος σύνταξης των νοσοκομειακών προυπολογισμών να μην παίζει το ρόλο ενός οικονομικού σχεδίου επίτευξης συγκεκριμένων στόχων, τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και με την ύπαρξη υψηλής παραοικονομίας.25 Δεν δόθηκε καμμία σημασία στην πλευρά της ζήτησης, ενώ παραμελήθηκε και ο τομέας της διοίκησης και διαχείρησης του συστήματος.26

Τέλος στη διαδικασία σχεδιασμού δεν δόθηκε η πρέπουσα σημασία στον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα αν και ο Ν.1397/1983 απαγόρευε τη δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών ή τον εκσυγχρονισμό των ήδη υπαρχουσών, την στροφή του ιδιωτικού τομέα στη δημιουργία ιδιωτικών ιατρικών διαγνωστικών κέντρων των οποίων η σχέση με τα ασφαλιστικά ταμεία λειτούργησε μονομερώς υπέρ των κέντρων αυτών και εις βάρος των ασφαλιστικών ταμείων απομυζώντας τους τεράστια ποσά σε εικονικές εξετάσεις κλπ.27

Ανάλογη κριτική μπορεί να ασκηθεί και στον Ν.2071/1992. Για ακόμα μια φορά δεν γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα λήψης και εφαρμογής συγκεκριμένων μέτρων για την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και συγκράτησης του κόστους σύμφωνα με τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Ετσι δίνεται και πάλι έμφαση στην πλευρά της προσφοράς με την ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων των επαγγελματιών υγείας και την απελευθέρωση της προσφοράς του νοσοκομειακού τομέα αφού επιτρέπεται η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και προβλέπεται και η επιδότηση τους από το κράτος, ενώ το ίδιο προβληματική παραμένει η συνέχιση της αποζημίωσης των νοσοκομείων

---

24. Νιάκας, 1991, ό.π., σελ.32

25. Αναλυτικότερη παρουσίαση των χρηματοδοτικών προβλημάτων στο Κυριόπουλος, Νιάκας, 1991, ό.π., σελ.51-82

26. Δ.Νιάκας, "Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις", στο Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, (επιμ.), "Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα", 1993, σελ.199

27. Αναλυτικότερα για τις εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας βλ. επόμενο κεφάλαιο.

με βάση το ημερήσιο νοσήλειο το οποίο ευθύνεται για την παράταση του χρόνου νοσηλείας και την δημιουργία πληθωριστικών πιέσεων.28

Οι παραπάνω αδυναμίες οδήγησαν στην διατύπωση προτάσεων για τη διαμόρφωση μιας νέας στρατηγικής για την υγεία και τη λήψη μέτρων αναδιοργάνωσης του ΕΣΥ τα οποία να επικεντρώνονται κυρίως στους παρακάτω τομείς:29 α) Την διαχείρηση και διεύθυνση του συστήματος με ιδιαίτερη έμφαση στον διαχωρισμό προσφοράς και ζήτησης, τη δημιουργία Δικτύων Ολοκληρωμένης Φροντίδας με έμφαση στους γενικούς γιατρούς και τα κέντρα υγείας, την εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και ελέγχου του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα τον έλεγχο της εισαγωγής νέας τεχνολογίας και την πρόσληψη ειδικευμένων στελεχών διοίκησης. β) Την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας με βάση τις μεθόδους προοπτικής χρηματοδότησης και την εφαρμογή σφαιρικών προυπολογισμών και ανώτατων ορίων δαπανών στα νοσοκομεία,την συμμετοχή του χρήστη στις δαπάνες, τη λήψη μέτρων περιορισμού της προσφοράς και της προκλητής ζήτησης κυρίως με την παρέμβαση στην προσφορά των επαγγελματιών υγείας και τη θέσπιση Εθνικού Χάρτη Υπηρεσιών Υγείας.

Ειδικότερα όσο αφορά τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, έχει προταθεί η δημιουργία ενός κοινού ταμείου που θα συγκεντρώνει όλους τους πόρους που διοχετεύονται προς τον τομέα της υγείας. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ευρύτερη αναδιανομή του εισοδήματος, μείωση του κόστους, έλεγχος των προμηθευτών αφού θα είναι υποχρεωμένοι λόγω ανταγωνισμού μεταξύ τους να παρέχουν υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος και καλύτερη ποιότητα.30

Γενικά φαίνεται να γίνεται αποδεκτή από όλους η ανάγκη για εφαρμογή τεχνικών ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα ενώ ταυτόχρονα απορρίπτεται η λογική της δημιουργίας αγοράς πλήρους ανταγωνισμού.31 Αναζητήται δηλαδή μια διαφορετική σχέση

---

28. Δ.Νιάκας, "Οι νέες προτάσεις για την υγεία: Ο τετραγωνισμός του κύκλου", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 1, τεύχος 1, Ιαν.-Μάρτ. 1992, σ.3-16

29. Γ:Κυριόπουλος, "Συμπληρωματικά και πρόσθετα μέτρα για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ", στο Επιθεώρηση Υγείας, τομ.1, τεύχ.3, 1990, σ.57-60, Γ.Κυριόπουλος, "Η εθνική πολιτική υγείας: κατευθυντήριες γραμμές για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα" στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ.2, τεύχ.2, Απρ.-Ιούν.1993, σελ.3-12, Γ.Προβόπουλος, "Δυνατότητες για μια αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα", στο Διεθνές Συμπόσιο Υγείας με θέμα "Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992, 1991, σ.93-98

30. Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, "Το υγειονομικό σύστημα στη δεκαετία του '90: Επισημάνσεις για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του", στο Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, (επιμ.), "Η πρόκληση...", 1993, ό.π., σελ.213-246.

31. Βλ. τις εισηγήσεις των Κυριόπουλου, Προβόπουλου, Καμμά στο

μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στηριγμένη σε τεχνοκρατικά κριτήρια καλύτερης λειτουργικότητας και αποδοτικότητας.32

Συμπερασματικά συγκρίνοντας τις διεθνείς εξελίξεις σε σχέση με τις εξελίξεις στην Ελλάδα όσο αφορά τον τομέα της υγείας διαπιστώνουμε για ακόμα μια φορά την απουσία της Ελλάδας από τον σύγχρονο προβληματισμό αφού έννοιες όπως αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και σχεδιασμός είναι άγνωστες σε θεσμικό επίπεδο.

Διεθνές Συμπόσιο που οργάνωσαν Τα Νέα στις 5-7/5/1990 με θέμα τα συστήματα υγείας.

32. Για τη σχέση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα βλ.επόμενο κεφάλαιο

ΔΕΚΑΤΟΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Στην Ελλάδα ο χώρος δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας εντοπίζεται σε τρεις κλάδους: τις ιδιωτικές κλινικές, την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και τα διαγνωστικά κέντρα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστούν σύντομα οι εξελίξεις που σημειώθηκαν σε αυτούς τους τρεις κλάδους κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία και θα παρουσιαστούν οι απόψεις σχετικά με το ρόλο του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα.

1.ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Οι τάσεις που σημειώθηκαν κατά τη δεκαετία 1980-90 στο τομέα των θεραπευτηρίων κατά νομική μορφή παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Ετος	Δημόσια	ΝΠΙΔ	Ιδιωτικά	Σύνολο
1980	112	28	468	608
1981	114	27	455	596
1982	116	27	429	572
1983	122	21	391	534
1984	125	22	356	503
1985	127	15	318	460
1986	137	8	279	424
1987	136	5	267	408
1988	137	5	262	404
1989	138	3	252	393
1990	140	3	244	387

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής,σειρά ετών

Αυτό που παρατηρούμε είναι η σταδιακή μείωση του αριθμού των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και η αύξηση του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων, δηλαδή εμφανίζεται μια συρρίκνωση του ιδιωτικού και επέκταση του δημόσιου τομέα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της εφαρμογής του Ν.1397/83 ο οποίος απαγόρευε την ίδρυση νέων ή την επέκταση των ήδη υπαρχόντων ιδιωτικών κλινικών. Ωστόσο ο αριθμός των ιδιωτικών θεραπευτηρίων εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των δημόσιων.

Ανάλογες τάσεις παρουσιάζονται και όσο αφορά τον αριθμό των κλινών, δηλαδή αύξηση των δημόσιων και μείωση των ιδιωτικών, μόνο που εδώ ο συνολικός αριθμός των δημόσιων κλινών είναι σταθερά μεγαλύτερος από αυτόν των ιδιωτικών.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Ετος	Δημόσιων	ΝΠΙΔ	Ιδιωτικών	Σύνολο
1980	25.905	8.347	25.075	59.327
1981	26.733	7.881	24.579	59.193
1982	26.853	7.996	23.358	58.207
1983	29.705	5.428	21.626	56.759
1984	31.838	4.860	19.660	56.358
1985	32.646	3.300	17.767	53.173
1986	35.448	684	16.260	52.392
1987	35.920	243	15.900	52.063
1988	35.342	236	15.826	51.404
1989	35.773	154	15.460	51.387
1990	35.896	153	15.214	51.263

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής,σειρά ετών

Επίσης βλέπουμε να σημειώνεται μια σταδιακή μείωση του συνολικού αριθμού των δημόσιων και ιδιωτικών κλινών.

Οσο αφορά την δυναμικότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων τα δεδομένα παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΤΟ 1981

Θεραπευτήρια	Κλιμάκια Κλινών 1-10	11-20	21-40	41-100	101-300	301-1000	1001-3000
Δημόσια	-	-	11	34	47	20	2
ΝΠΙΔ	-	-	4	6	6	10	1
Ιδιωτικά	47	91	126	126	59	6	-
ΣΥΝΟΛΟ	47	91	141	166	112	36	3

ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΤΟ 1990

Θεραπευτήρια	Κλιμάκια Κλινών 1-10	11-20	21-40	41-100	101-300	301-1000	1001-3000
Δημόσια	-	1	13	32	51	40	3
ΝΠΙΔ	-	-	1	2	-	-	-
Ιδιωτικά	15	52	58	77	39	3	-
ΣΥΝΟΛΟ	15	53	72	112	90	43	3

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ιδιωτικών κλινικών είναι μικρού και μεσαίου μεγέθους μέχρι 100 κλίνες ενώ τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία είναι δυναμικότητας μεταξύ 100 και 1000 κλινών. Ακόμα στο διάστημα 1981-1990 υπάρχει μια σημαντική αύξηση των δημόσιων

νοσοκομείων με δυναμικότητα μεταξύ 301-1000 κλινών και μείωση των ιδιωτικών κλινικών με δυναμικότητα μέχρι 100 κλίνες.

Εξετάζοντας τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών από τα νοσηλευτικά ιδρύματα διαπιστώνουμε ότι η νοσηλευτική κίνηση των ιδιωτικών κλινικών συνεχώς μειώνεται γεγονός που σημαίνει ότι όλο και λιγότεροι ασθενείς νοσηλεύονται σε ιδιωτικές κλινικές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ (εξελθόντες ασθενείς)

Ετος	Δημόσια	ΝΠΙΔ	Ιδιωτικά	Σύνολο
1981	555.027	186.011	402.244	1.143.282
1986	850.204	69.780	281.330	1.201.314
1990	1.034.434	133	245.535	1.002.627

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ,Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής

Με βάση το άρθρο 52 του νέου νόμου 2071/1992 επιτρέπεται η ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα τα οποία λειτουργούν με βάση τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας. Επίσης παρέχεται η δυνατότητα να επιχορηγούνται από το κράτος υπό την προυπόθεση ότι το νοσήλειο που καταβάλλεται σ'αυτά είναι το μισό του πραγματικού κόστους λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων και η απόδοση τους είναι ισοδύναμη με αυτή των κρατικών. Αυτή η διάταξη δημιουργεί τις προυποθέσεις για την επέκταση του τομέα των ιδιωτικών κλινικών η οποία υποβοηθήται και από το άρθρο 48 το οποίο επιτρέπει την ίδρυση από το κράτος νοσηλευτικών ιδρυμάτων με οποιοδήποτε νομικό καθεστώς αλλά και την κατάργηση ή συγχώνευση νοσοκομείων και μόνο με την έκδοση ενός προεδρικού διατάγματος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συρίκνωση του τομέα των δημόσιων νοσοκομείων και παράλληλη επέκταση του ιδιωτικού. Εδώ εμφανίζεται και το πρόβλημα της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τις ιδιωτικές κλινικές λόγω της απουσίας θεσμοθετημένων προδιαγραφών λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών.

Ενα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι η ύπαρξη ιδιωτικών κλινικών δύο ταχυτήτων. Από τη μια πλευρά υπάρχουν οι κλινικές που λειτουργούν με ιδιωτικά κριτήρια και παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Από την άλλη υπάρχουν οι κλινικές που έχουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία όμως εγκρίνουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα νοσηλείων από τα κανονικά, με αποτέλεσμα αυτές οι κλινικές να έχουν πρόβλημα παροχής ικανοποιητικών υπηρεσιών και βιωσιμότητας.1

---

1. Βλ. Ερευνα του Δημόσιου Τομέα, τεύχος 61, 1990, με θέμα την Υγεία, σελ.29-37

2.ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Μετά το 1985 εμφανίζεται μια σημαντική ανάπτυξη στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Ο αριθμός των ιδρυθέντων διαγνωστικών κέντρων και η γεωγραφική τους συγκέντρωση παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

ΙΔΡΥΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Περίοδος	Ιδρύσεις
1969-1979	12
1980-1985	21
1986-1991	159
ΣΥΝΟΛΟ	192

ΠΗΓΗ: Μπέσης 1993

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Περιοχή	Αριθμός	Ποσοστό
Αθήνα	136	70,1
Λοιπή Στερεά	6	3,1
Θεσσαλία	6	3,1
Θεσσαλονίκη	24	12,5
Λοιπή Μακεδ.	4	1,9
Θράκη	1	0,5
Ιόνια Νησιά	4	2,1
Πελοπόννησος	6	3,1
Κρήτη	5	2,6

Οι αιτίες αυτής της ανάπτυξης θα πρέπει να αναζητηθούν σε μια σειρά παραγόντων που έχουν να κάνουν με τις αδυναμίες και τα κενά του θεσμικού πλαισίου που διέπει την οργάνωση και λειτουργία του δημόσιου τομέα υγείας αλλά και με τα προβλήματα που εμφανίζονται στην παροχή των δημόσιων υπηρεσιών κυρίως όσο αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Από τη μια πλευρά είδαμε ότι η λειτουργία των κέντρων υγείας εμφάνισε μια σειρά αδυναμιών ενώ δεν υλοποιήθηκαν και οι διατάξεις του Ν.1397/1983 για την ίδρυση αστικών κέντρων υγείας και την ενοποίηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Αποτέλεσμα ήταν η διαιώνιση των προβλημάτων στην δημόσια παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας με συνέπεια η ιδιωτικές δαπάνες υγείας να στραφούν ακριβώς προς την αγορά υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.2

Αυτό το γεγονός δημιούργησε ευκαιρίες μεγάλου κέρδους για το ιδιωτικό κεφάλαιο το οποίο μη έχοντας τη δυνατότητα πλέον να επενδύσει στο νοσοκομειακό τομέα λόγω των περιορισμών που έθετε ο Ν.1397/1983, στράφηκε στις επενδύσεις σε διαγνωστικά κέντρα με ιδιαίτερη έμφαση στις επενδύσεις τεχνολογικού εξοπλισμού και λιγότερο κτιριακών εγκαταστάσεων.3 Τα κέντρα αυτά λειτούργησαν

---

2. Βλ. Χ.Ζηλίδης, Α,Φιλαλήθης, "Μέτρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα και εμπειρικά δεδομένα", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 1, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, όπου διαπιστώνεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στρέφονται κυρίως προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η οποία απορροφούσε το 1988 το 67,8% των ιδιωτικών δαπανών.

είτε αυτόνομα είτε ως τμήματα ιδιωτικών κλινικών οι οποίες επέκτειναν τη δραστηριότητα τους και στον τομέα αυτό.4

Από τη λειτουργία των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανέκυψαν δύο βασικά ζητήματα προς διερεύνηση. Το πρώτο αφορά τις επενδύσεις στον τεχνολογικό εξοπλισμό και τη διαχείρηση της βιοιατρικής τεχνολογίας η οποία συνδέεται με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο ζήτημα αφορά τη σύνδεση ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων και τη σχέση τους με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η εισαγωγή και η διαχείριση της βιοιατρικής τεχνολογίας ρυθμίζονται από τον Ν.1579/1985 (ΦΕΚ Α'217,άρθρο 11) ο οποίος προβλέπει την σύσταση στο ΥΥΠΚΑ διεύθυνσης βιοιατρικής τεχνολογίας με αρμοδιότητες: α) την εφαρμογή της τεχνολογίας στην περίθαλψη, β) την ορθολογική χρήση και την τεχνική υποστήριξη του εξοπλισμού και γ) την στήριξη των προγραμμάτων εγχώριας παραγωγής και ανάπτυξης. Ομως οι παραπάνω ρυθμίσεις αναφέρονται μόνο στον δημόσιο τομέα και δεν αφορούν τον ιδιωτικό ο οποίος διαχειρίζεται την βιοιατρική τεχνολογία με βάση μόνο επιχειρηματικά κριτήρια. Το αποτέλεσμα ήταν η χωρίς ορθολογικό προγραμματισμό επέκταση της βιοιατρικής τεχνολογίας κυρίως στον ιδιωτικό τομέα και στον κλάδο της απεικονιστικής διαγνωστικής, όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, η οποία ξεπερνά τους αντίστοιχους δείκτες των χωρών της Ευρωπαικής Κοινότητας.5

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΞΟΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

	1985		1990		1992	
	Ιδιωτ.	Δημόσ.	Ιδιωτ.	Δημόσ.	Ιδιωτ.	Δημόσ.
Αξονικοί Τομογράφοι	5	10	44	22	99	22
Μαγνητικοί Τομογρ.	1	-	2	2	7	2

ΠΗΓΗ:Κυριόπουλος,Νιάκας 1994

Η πληρωμή των υπηρεσιών που παρέχουν τα διαγνωστικά κέντρα γίνεται με βάση το σύστημα της εκ των υστέρων και κατά πράξη αποζημίωσης και τα ποσά προέρχονται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία και τον κρατικό προυπολογισμό. Το σύστημα πληρωμής σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών ελέγχου οδηγεί στη δημιουργία προκλητής ζήτησης και στην αύξηση του κόστους.6

---

3. Ν.Μπέσης, "Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας", 1993, σελ.104-107

4. Ν.Μπέσης, 1993, ό.π., σελ.96

5. Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, "Η βιοιατρική τεχνολογία στην Ελλάδα", στο Γ.Κυριόπουλος, Τ.Λέβετ, Δ.Νιάκας, (επιμ.), "Η διαχείριση της βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", 1994, σελ.17-31

6. Ν.Μπέσης, 1993, ό.π., σελ.116, Γ.Κυριόπουλος, Δ.Νιάκας, "Η βιοιατρική τεχνολογία στην Ελλάδα", στο Γ.Κυριόπουλος κ.α.,

Το πρόβλημα όμως δεν σταματά εδώ. Εντείνεται από την ανάπτυξη αντιδεοντολογικών σχέσεων διασύνδεσης διαγνωστικών κέντρων και ασφαλιστικών ταμείων κυρίως μέσω της έκδοσης πλαστών παραπεμπτικών για υψηλού κόστους εξετάσεις οι οποίες δεν πραγματοποιούνται και πλαστών εισαγωγών σε ιδιωτικές κλινικές. Επίσης στελέχη κρατικών νοσοκομείων και γιατροί του ΕΣΥ μετέχουν στο μετοχικό κεφάλαιο διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών κλινικών. Το αποτέλεσμα είναι η μεγάλη αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων και κυρίως του ΙΚΑ για εξετάσεις σε διαγνωστικά κέντρα. Ενδεικτικά το ΙΚΑ για την περίοδο 1989-1993 πλήρωσε για αξονικές τομογραφίες σε ιδιωτικά κέντρα 5,6 δισ.δρχ. παρόλο που είχε συμβάσεις με κρατικά νοσοκομεία και μπορούσε να εκτελέσει εκεί αυτές τις εξετάσεις.7

Το γεγονός ότι άρχισε να γίνεται μια προσπάθεια καταπολέμισης των παραπάνω αντιδεοντολογικών σχέσεων με τη θέσπιση ανώτατων ορίων εξετάσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία σε συνδυασμό με τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μειώνουν τις πηγές εσόδων των διαγνωστικών κέντρων τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και τον τεχνολογικό εκσυγχρονισμό των δημόσιων νοσοκομείων. Αυτές οι εξελίξεις θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των διαγνωστικών κέντρων στα επόμενα χρόνια.8

3.Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τη δεκαετία του 1980 αρχίζει να αναπτύσσεται στην Ελλάδα και η ιδιωτική ασφάλιση ζωής-υγείας ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας δεν μπόρεσε να ικανοποιηθεί από τον δημόσιο τομέα λόγω των ελλείψεων που αντιμετώπισε αυτός σε υγειονομικές εγκαταστάσεις και προσωπικό με αποτέλεσμα την έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω της χαμηλής ποιότητας και του τρόπου παροχής των προσφερομένων υπηρεσιών.9 Οπως θα φανεί και από τους παρακάτω πίνακες, υπήρξε μια αύξηση ιδιαίτερα μετά το 1987 της

(επιμ.),."Η διαχείριση...", 1994, ό.π., σελ.25

7. Για την ανάπτυξη και τα αποτελέσματα αυτών των αντιδεοντολογικών σχέσεων βλ., έρευνα στην εφημερίδα "Το Βήμα" με τίτλο "Η Μαφία της Υγείας" και κυρίως τα δημοσιεύματα της 12/12/1993, 19/12/1993, 26/12/1993, 13/2/1994

8. Ν.Μπέσης, 1993, ό.π., σελ.116

9. Λ.Λιαρόπουλος, "Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ο ρόλος της,προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα", 1993, σ.117, Σ.Ρομπόλης, "Οι περιορισμοί της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας", στο Γ.Προβόπουλος κ.α., (επιμ.), "Οι υπηρεσίες υγείας. Οργάνωση, διοίκηση, προγραμματισμός", 1990, σελ.225

παραγωγής ασφαλειών ζωής, του αριθμού των ασφαλισμένων, των δαπανών και της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης.

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ ΖΩΗΣ

Ετος	Ασφάλιστρα	Αύξηση %
1985	14.295.000.000	
1986	18.789.000.000	31,4
1987	25.205.000.000	34,1
1988	35.186.000.000	39,6
1989	48.503.000.000	37,8
1990	67.555.000.000	39,3

ΠΗΓΗ:Λιαρόπουλος 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ

	1987	1989	Αύξηση %
Σύνολο Ασφαλισμένων	830.240	1.281.490	54,3
Με ατομικά συμβόλαια	572.806	968.182	69,0
Με ομαδικά συμβόλαια	257.434	313.308	21,7

ΠΗΓΗ:Λιαρόπουλος 1993

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Υπηρεσίες υγείας	Ογκος	Δαπάνη
Ημέρες νοσηλείας	37,7	96,3
Ιατρικές επισκέψεις	139,4	60,7
Συνταγές	116,3	45,2
Εργαστηρ. εξετάσεις	119,3	64,2

ΠΗΓΗ:Λιαρόπουλος 1993

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες που παρέχει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας επικεντρώνονται στην εξασφάλιση έναντι των οικονομικών κινδύνων και συνεπειών της ασθένειας με την καταβολή οικονομικών αποζημιώσεων κυρίως για την κάλυψη του κόστους της νοσοκομειακής νοσηλείας και των οικονομικών επιπτώσεων της απώλειας εισοδήματος λόγω της παραμονής στο νοσοκομείο. Αντίθετα δεν καλύπτεται το δεύτερο σκέλος των υπηρεσιών της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που είναι η άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας σε είδος για την εξασφάλιση της απαιτούμενης ποσότητας και ποιότητας υπηρεσιών υγείας.10

Τα τελευταία χρόνια με την κρίση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος της χώρας αναπτύχθηκε ένας έντονος προβληματισμός για

---

10. Λιαρόπουλος, 1993, ό.π., σελ.23,41,91

το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης και τη σχέση της με την κοινωνική ασφάλιση. Ειδικότερα όσο αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναπτύχθηκαν δύο βασικές απόψεις.

Η μια άποψη τονίζει τους περιορισμούς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει η ανάπτυξη της για τους ίδιους τους ασφαλισμένους αλλά και την κοινωνική ασφάλιση. Ετσι υποστηρίζεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιορίζει το εισόδημα των εργαζομένων, διαιωνίζει και εντείνει τις κοινωνικές ανισότητες ως προς την παροχή των υπηρεσιών, καταστρατηγεί την έννοια της κοινωνικής αλληλυγγύης ενώ ενέχει και τον κίνδυνο της "επιλογής συμφερόντων ασφαλιστικών κινδύνων" από πλευράς των ασφαλιστικών εταιριών. Επίσης στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας ορισμένες δαπάνες όπως π.χ. για διαφήμιση απορροφούν μεγάλο μέρος των ασφαλίστρων ενώ δεν γίνεται αναπροσαρμογή των παροχών με βάση τον πληθωρισμό. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος όμως είναι το ότι η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης έχει αρνητικές συνέπειες για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης αφού της στερεί τους ασφαλισμένους με υψηλά εισοδήματα.11

Η δεύτερη άποψη τονίζει τον συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ως προς την κοινωνική ασφάλιση, κυρίως μέσω:12 α) της κάλυψης των κενών της κοινωνικής ασφάλισης για την ασφάλιση κινδύνων που η κοινωνική ασφάλιση δεν καλύπτει καθόλου ή δεν καλύπτει επαρκώς, β) της παροχής εναλλακτικών λύσεων στους ασφαλισμένους για την επιλογή γιατρού, νοσοκομείου κλπ. και γ) της κινητοποίησης νέας αποταμίευσης.

Υποστηρίζεται ότι ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι σημαντικός γιατί μπορεί να αποτελέσει μια νέα πηγή χρηματοδότησης και μπορεί να υποκαταστήσει τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και την παραοικονομία του τομέα, μπορεί να βοηθήσει στην διαμόρφωση νέων προγραμμάτων υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του χρήστη και τέλος βοηθά στην εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού στο σύστημα.13

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ

Η οργάνωση του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας και η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα προσδιορίζεται από την εννοιολογική προσέγγιση του αγαθού υγεία. Αν η υγεία θεωρηθεί ως ιδιωτικό καταναλωτικό αγαθό που υπακούει στους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης όπως και οποιοδήποτε άλλο αγαθό, τότε ο ιδιωτικός

---

11. Ρομπόλης, 1990, ό.π., σελ.225-231

12. Δ.Παλαιολόγος, "Οι δυνατότητες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας", στο Γ.Προβόπουλος κ.α., (επιμ.), "Οι υπηρεσίες υγείας...", Αθήνα 1990, ό.π., σελ.233-238, Λιαρόπουλος, 1993, ό.π., σελ.44-45

13. Γ.Κυριόπουλος, "Η ασφάλιση υγείας", στην εφημερίδα Τα Νέα της 17/5/1993

τομέας είναι ο κυρίαρχος στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και η κρατική παρέμβαση περιορίζεται στο ελάχιστο δυνατό. Αν αντίθετα η υγεία θεωρηθεί ως δημόσιο κοινωνικό αγαθό τότε ο δημόσιος τομέας παίζει τον καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας ενώ ο ιδιωτικός τομέας λειτουργεί σε περιορισμένη κλίμακα για να καλύψει τυχόν κενά του δημόσιου συστήματος.

Στο πρώτο κεφάλαιο είδαμε τις αδυναμίες που εμφανίζουν τόσο ο ιδιωτικός όσο και ο δημόσιος τομέας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και την νέα προσέγγιση του "διευθυνόμενου ανταγωνισμού", που υιοθετήθηκε με σκοπό την άρση των παραπάνω αδυναμιών και την ενσωμάτωση των θετικών στοιχείων και των δύο προσεγγίσεων. Επίσης εξετάζοντας τις εξελίξεις στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα διαπιστώσαμε ότι τα τελευταία χρόνια άρχισαν να αναπτύσσονται και στην Ελλάδα παρόμοιες αντιλήψεις που τονίζουν την αναγκαιότητα να απομακρυνθούμε από τις καθαρά ιδεολογικές τοποθετήσεις και να βρεθεί μια λύση που να ανταποκρίνεται περισσότερο σε αντικειμενικά τεχνοκρατικά λειτουργικά κριτήρια με βάση τις αρχές της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ισότητας και ποιότητας.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η πιο ρεαλιστική προσέγγιση φαίνεται να είναι αυτή που τονίζει την συμπληρωματικότητα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και ενέχει ως ένα βαθμό την έννοια του ανταγωνισμού στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι ο ρόλος του κράτους θα συνεχίσει να έχει μεγάλη σημασία και αυτό για δύο κυρίως λόγους.14

Ο πρώτος είναι ότι πολλές υπηρεσίες υγείας αποτελούν δημόσια αγαθά. Τέτοιες υπηρεσίες είναι για παράδειγμα η πληροφόρηση και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών. Επειδή οι ιδιωτικές αγορές παρέχουν πολύ λίγα δημόσια αγαθά τα οποία είναι απαραίτητα για την υγεία, η κρατική παρέμβαση είναι αναγκαία. Επίσης άλλες υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν μεγάλες εξωτερικές οικονομίες όπως για παράδειγμα οι εμβολιασμοί.

Ο δεύτερος λόγος είναι ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους φτωχούς αποτελεί ένα μέσο μείωσης της φτώχειας. Επειδή όμως οι ιδιωτικές αγορές δεν παρέχουν στους φτωχούς επαρκή πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας ή επειδή η κοινωνική ασφάλιση προυποθέτει την πληρωμή εισφορών, είναι αναγκαία η δημόσια χρηματοδότηση βασικών υπηρεσιών υγείας.

Την προτίμησή του άλλωστε προς τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος υγείας εκφράζει και το κοινό. Σε πρόσφατη έρευνα τα νοικοκυριά σε ποσοστό 43,5% υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται αποκλειστικά από το κράτος και σε ποσοστό 35% ότι πρέπει να παρέχονται από το κράτος το 60-90% των υπηρεσιών υγείας. Επίσης πιστεύουν ότι δεν πρέπει να έχουν

---

14. World Bank 1993, "World development report. Investing in health", σελ.5

σημαντική συμμετοχή στο κόστος της παροχής των υπηρεσιών.15

---

15. Φ.Λουκίσσας,Κ.Κουτσόπουλος,Π.Ηλιοπούλου,"Χωρικές διαφοροποιήσεις στην συμμετοχή χρηστών και φορέων στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών", στο Τόπος,τεύχος 9,1995,σελ.65-93

ΔΕΚΑΤΟΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Εφαρμόζοντας τα δύο κριτήρια ισότητας που προσδιορίστηκαν στο πρώτο μέρος της μελέτης, δηλαδή της χρηματοδότησης σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και της διανομής των υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες, θα επιχειρηθεί μια διερεύνηση του κατά πόσο ικανοποιείται το αίτημα της ισότητας στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στην Ελληνική βιβλιογραφία, σε αντίθεση με την διεθνή, είναι εμφανής η έλλειψη τέτοιων προσπαθειών, γεγονός που δικαιολογείται από την απουσία αξιόπιστων στοιχείων.

Στο κεφάλαιο για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαπιστώσαμε ότι το πρώτο κριτήριο της ισότητας, δηλαδή της χρηματοδότησης σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής, δεν ικανοποιήται αφού η αναδιανεμητική επίπτωση της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζει μικρή προοδευτικότητα και άρα μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα.

Σε σχέση με το δεύτερο κριτήριο, αυτό της διανομής των υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες, για να διαπιστωθούν οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας ανά κοινωνικοοικονομική ομάδα. Το πρόβλημα είναι ότι στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη στατιστικών στοιχείων θνησιμότητας ανά επαγγελματική κατηγορία και συνεπώς έλλειψη μελετών. Ετσι χρησιμοποιούνται συνήθως μέτρα ανισότητας που αναφέρονται σε άτομα και όχι σε ομάδες.1

Οι μοναδικές μελέτες που ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα είναι η μελέτη του Μπαμπανάση το 19812 και η μελέτη του ΕΚΚΕ το 19903 οι οποίες αναφέρονται στη διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα και αφιερώνουν ένα μέρος τους στη σχέση φτώχειας και υγείας και η μελέτη του ΕΚΚΕ το 1988 που αναφέρεται στην υγεία και την Ελληνική κοινωνία.4

---

1. Ανάλογο πρόβλημα έλλειψης στατιστικών στοιχείων υγείας ανά κοινωνικοοικονομική ομάδα ή επαγγελματική κατηγορία εμφανίζεται και στις άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης. Εκτενέστερα στο Ramis-Juan, Sokou, 1989, ό.π., σελ.311

2. Σ.Μπαμπανάσης, "Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα 1900-1981", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, β'& γ' τετράμηνο 1981

3. Σ.Καράγιωργας κ.α., "Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα", 1990

4. Μ.Μαδιανός κ.α., "Υγεία και Ελληνική κοινωνία", 1988

Αναλυτικότερα, ο Μπαμπανάσης στη μελέτη του με τίτλο "Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα 1900-1981", εξετάζει τη σχέση ασθενειών, φτώχειας και συνθηκών εργασίας. Διαπιστώνει ότι οι κακές συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας και οι άσχημες συνθήκες διατροφής και κατοικίας στο πρώτο μισό του 20ου αιώνα, συνδέονται με την ύπαρξη χαμηλού ορίου ηλικίας και υψηλής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Ο υψηλός αριθμός θανάτων από ελονοσία η οποία προσέβαλε κυρίως τον αγροτικό πληθυσμό και από φυματίωση η οποία ευθύνονταν για το θάνατο των εργατών των πόλεων, καθώς και η υψηλή παιδική θνησιμότητα στις εργατικές τάξεις, αποδίδονται στη φτώχεια, την κακή διατροφή, τις άσχημες συνθήκες κατοικίας και γενικότερα στις άσχημες συνθήκες διαβίωσης που είναι χαρακτηριστικό των φτωχών στρωμάτων. Η όποια βελτίωση επήλθε μεταπολεμικά στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού άγγιξε λιγότερο τα φτωχά στρώματα.5

Η παραπάνω μελέτη ακριβώς λόγω της έλλειψης στατιστικών θνησιμότητας και νοσηρότητας ανά κοινωνικοοικονομική κατηγορία, δεν μπορεί να εντοπίσει τις διαφορές στο ποσοστό θνησιμότητας και νοσηρότητας μεταξύ εύπορων και φτωχών ομάδων του πληθυσμού.

Μια πιο εμπεριστατωμένη προσέγγιση του θέματος αποτελεί η μελέτη των Καράγιωργα κ.α. με τίτλο "Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα" η οποία εξετάζει τις εξελίξεις κατά τη περίοδο 1974-1982. Σε αυτή τη μελέτη εξετάζεται η νοσηρότητα ανά επαγγελματική κατηγορία και γίνεται η διάκριση σε άπορους και μη άπορους νοσηλευθέντες ασθενείς για να εξακριβωθούν οι διαφορές στο νοσολογικό φάσμα μεταξύ των επαγγελμάτων. Βρέθηκε ότι οι τεχνίτες, οι εργάτες, οι γεωργοί και οι κτηνοτρόφοι αντιμετωπίζουν περισσότερο προβλήματα λοιμώξεων, ατυχημάτων και ασθενειών του μυοσκελετικού συστήματος ενώ οι διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη κινδυνεύουν περισσότερο από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος. Διερευνόντας τη σχέση νοσηρότητας και κοινωνικής ασφάλισης βρέθηκε ότι οι υψηλότεροι δείκτες νοσηλείας συναντώνται στα ασφαλιστικά ταμεία με τις χαμηλότερες παροχές περίθαλψης όπως π.χ. ο ΟΓΑ. Οσο αφορά τη διάρκεια νοσηλείας οι άποροι εμφανίζουν τη μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο ενώ και στους δείκτες έκβασης της νοσηλείας, τα χειρότερα ποσοστά ίασης τα δείχνουν και πάλι οι άποροι. Τέλος οι άποροι εμφανίζουν και τις μεγαλύτερες πιθανότητες θανάτου ανά κατηγορία νόσου. Σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη του νοσολογικού φάσματος παρατηρήθηκε για τη περίοδο 1974-1982 μια τάση μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ άπορων και μη άπορων, αφού οι δείκτες έκβασης νοσηλείας και θνητότητας βελτιώθηκαν σημαντικά στους άπορους.6

---

5. Μπαμπανάσης, 1981, ό.π., σελ.115-121

6. Αναλυτικότερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτών,στο Καράγιωργας κ.α., ό.π., σελ.731-868

Από τα παραπάνω μπορούμε να συνάγουμε το συμπέρασμα (με όλες τις επιφυλάξεις λόγω των προβλημάτων που αναφέρθηκαν και πριν) ότι εμφανίζονται τάσεις ανισότητας στην υγεία μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας, οι οποίες οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στον τρόπο ανάπτυξης και οργάνωσης του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος του οποίου ο κατακερματισμός οδήγησε και σε διαφοροποίηση της ασφαλιστικής προστασίας,7 χωρίς τη δυνατότητα όμως του σαφούς προσδιορισμού του εύρους αυτών των ανισοτήτων.

Παράλληλα με τις κοινωνικές ανισότητες εμφανίζονται και περιφερειακές ανισότητες τόσο ως προς τους δείκτες υγείας όσο και ως προς την ποσότητα και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.8

Το βασικό πρόβλημα που ανακύπτει είναι το κατά πόσο η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ οδήγησε στη μείωση των κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων που διαπιστώθηκαν παραπάνω. Οι μελέτες για τις κοινωνικές ανισότητες που παρουσιάστηκαν πιο πάνω, αναφέρονται στη περίοδο πριν την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, ενώ για την περίοδο μετά δεν υπάρχουν μελέτες. Με βάση όμως την τάση μείωσης των ανισοτήτων που διαπιστώνει η έρευνα του ΕΚΚΕ σε συνδυασμό με την τάση μείωσης των γεωγραφικών ανισοτήτων που διαπιστώνεται μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ,9 καθώς και την επιδίωξη της εξασφάλισης για όλους τους πολίτες του δικαιώματος της ίσης περίθαλψης ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους βάση έτσι όπως διατυπώνεται στην εισηγητική έκθεση του Ν.1397/1983, μπορούμε να υποθέσουμε ότι υπήρξε παραπέρα μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία μετά το 1983.

Ομως και αυτή η υπόθεση σχετικοποιείται αν λάβουμε υπ'όψη μας τον προβληματισμό του κατά πόσο η όποια βελτίωση του επιπέδου υγείας επέρχεται από την βελτίωση του υγειονομικού συστήματος ή από την βελτίωση άλλων παραγόντων όπως εκπαίδευση, βιωτικό επίπεδο κλπ. Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι το επίπεδο της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού επηρεάζεται λιγότερο από την παροχή των υπηρεσιών υγείας και περισσότερο από παράγοντες που προσδιορίζουν τον τρόπο και την ποιότητα ζωής και την οικονομική κατάσταση όπως

---

7. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των Μαδιανού, Ζάρναρη κ.α., 1988, ό.π., σελ.235-237 όπου διαπιστώνεται η δυσαρέσκεια των ασφαλισμένων σχετικά με το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα λόγω της ύπαρξης ανισοτήτων τόσο ως προς την ποσότητα όσο και ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

8. Για τις περιφερειακές ανισότητες βλ. ΚΕΠΕ, Εκθεση Ομάδας Εργασίας, "Πρόγραμμα περιφερειακής αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας", 1979, κυρίως σελ.16-18 και 174-178, Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σελ.269-326 και Δ.Νιάκας, "Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα", 1993, σελ.166-173

9. Νιάκας, 1993, ό.π., σελ.213

η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος και η ποιότητα κατοικίας, η εκπαίδευση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι συνθήκες εργασίας κλπ.10

---

10. Υφαντόπουλος, 1988, ό.π., σελ.340-342 και Μαδιανός, Ζάρναρη κ.α., 1988, ό.π.,σελ. 423-429

ΔΕΚΑΤΟΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

1.ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Για άσκηση συστηματικής υγειονομικής πολιτικής στην Ελλάδα μπορούμε να μιλάμε μόνο μετά το 1922 και κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου όπου εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια μιας πιο ενεργούς σε σχέση με το παρελθόν κρατικής παρέμβασης η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων τα οποία αποκτούν εκρηκτικές διαστάσεις λόγω της εισόδου των προσφύγων το 1922, της οικονομικής κρίσης του 1929 και του β'παγκόσμιου πολέμου.

Ωστόσο οι παραπάνω προσπάθειες αποτελούσαν μεμονωμένα γεγονότα αντιμετώπισης προβλημάτων της στιγμής και όχι μια πολιτική οργάνωσης ενός σύγχρονου υγειονομικού συστήματος. Αποτέλεσμα ήταν η πολύ χαμηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών που αδυνατούσαν να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις ανάγκες της χώρας. Ετσι το 1953 γίνεται η πρώτη προσπάθεια ευρύτερης αντιμετώπισης του ζητήματος με σκοπό τον σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας το οποίο να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις. Το σύστημα αυτό υιοθετούσε σε πολλά σημεία τον τρόπο οργάνωσης του Αγγλικού συστήματος και ήταν επηρεασμένο από τις απόψεις του Μπέβεριτζ και του Μπέβαν. Αναλογιζόμενοι την κοινωνική, οικονομική και πολιτική κατάσταση της χώρας η προσπάθεια αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ριζοσπαστική και πρωτοποριακή για τα δεδομένα της εποχής τόσο σε σχέση με την ελληνική πραγματικότητα όσο και σε σχέση με την διεθνή αφού μια τέτοια προσέγγιση του προβλήματος μόνο η Αγγλία είχε εφαρμόσει.

Ομως ενώ σε θεσμικό επίπεδο υιοθετήθηκε κάτι τόσο πρωτοποριακό, στην πραγματικότητα τα πράγματα εξελίχθηκαν διαφορετικά αφού σε πολλά σημεία το Ν.Δ. που καθόριζε την οργάνωση του συστήματος, δεν εφαρμόστηκε ή τροποποιήθηκε. Αποτέλεσμα η στρεβλή ανάπτυξη ενός υγειονομικού συστήματος με την εμφάνιση πολλών προβλημάτων και την απουσία συντονισμένου σχεδιασμού και προγραμματισμού καθώς και μιας ολοκληρωμένης εθνικής πολιτικής υγείας ικανής να παράσχει επαρκείς υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη των αναγκών.

Οι δεκαετίες του 1960 και του 1970 μπορούν να χαρακτηριστούν ως οι χαμένες δεκαετίες για την Ελλάδα στον τομέα της υγείας αφού δεν έγινε δυνατό οι σχεδιάζοντες την πολιτική υγείας να παρακολουθήσουν τις διεθνείς εξελίξεις που σημειώθηκαν στην οργάνωση των συστημάτων υγείας.

Η κατάσταση φαίνεται να αλλάζει το 1983 με την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το οποίο γίνεται με μια καθυστέρηση 30 χρόνων. Ομως και πάλι ενώ διαπιστώνεται η ανάγκη να τεθεί σε νέες βάσεις η πολιτική υγείας και παρόλο που γίνονται πολλά θετικά βήματα, τελικά πολλές εξαγγελίες μένουν στα χαρτιά και δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται λανθασμένα. Ετσι ενώ βελτιώνεται η πρόσβαση των υπηρεσιών

υγείας, επεκτείνεται η κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό και γίνεται προσπάθεια ορθότερης χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών, δεν αξιοποιήται η εμπειρία των άλλων χωρών στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας και που οφείλονται στην αλληλεπίδραση μιας σειράς παραγόντων. Δεν υλοποιούνται οι απαραίτητες δομικές αλλαγές που σχετίζονται με την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τη σύσταση του ΕΦΥ και τη λειτουργία των ΠΕΣΥ και δεν λαμβάνονται καθόλου υπόψη έννοιες όπως αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και συγκράτηση κόστους.

Και εαν αυτό το γεγονός μπορεί να δικαιολογηθεί εν μέρη για τη δεκαετία του 1980 αφού ο βασικός στόχος ήταν η επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού, δεν συμβαίνει το ίδιο και για τη δεκαετία του 1990. Σε θεσμικό επίπεδο αντί να δοθεί απάντηση στα παραπάνω προβλήματα, παρατηρήται μια οπισθοδρόμιση με την ψήφιση ενός νόμου ο οποίος φαντάζει αναχρονιστικός και το μόνο που επιχειρεί είναι η απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα στην υγεία, υπακούωντας έτσι περισσότερο σε ιδεολογικά προστάγματα παρά στην αναγκαιότητα των περιστάσεων.

Η κατάσταση φαίνεται να αντιστρέφεται για ακόμα μία φορά με την άνοδο στην εξουσία του ΠΑΣΟΚ το 1993. Στις προεκλογικές προγραμματικές εξαγγελίες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης γίνεται η διαπίστωση των δυσλειτουργιών του ΕΣΥ και προτείνονται μέτρα προς την ορθή κατεύθυνση τόσο όσο αφορά την παροχή των υπηρεσιών όσο και τη χρηματοδότησή τους. Τα μέτρα αυτά δίνουν έμφαση στην ΠΦΥ με την εφαρμογή του οικογενειακού γιατρού και την επέκταση του δικτύου των κέντρων υγείας, στην εφαρμογή μεθόδων εκτίμησης της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, στην εισαγωγή στα νοσοκομεία μόνο κατόπιν παραπεμπτικού, στη δημιουργία χάρτη υπηρεσιών και αναγκών υγείας, στην αποκέντρωση του συστήματος κλπ. Τέλος όσο αφορά την χρηματοδότηση των υπηρεσιών γίνεται λόγος για την ίδρυση κοινού ταμείου υγείας, την εφαρμογή του σφαιρικού προυπολογισμού και την εφαρμογή μέτρων περιορισμού της προκλητής ζήτησης με τον έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας, της συνταγογραφίας και της βιοιατρικής τεχνολογίας.1

2.ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1990

Το ΕΣΥ της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια υφίσταται μια συνεχή διαδικασία οργανωτικών αλλαγών προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τα προβλήματα λειτουργίας που έχει εμφανίσει. Ωστόσο οι αλλαγές αυτές δεν είχαν τα ανάλογα αποτελέσματα με συνέπεια το όλο σύστημα να εμφανίζεται ως αναποτελεσματικό. Ετσι το 1994 συστάθηκε ειδική επιτροπή ξένων εμπειριγνωμόνων για την εξέταση του ΕΣΥ και την υποβολή προτάσεων ανομόρφώσής του. Τα συμπεράματα του πορίσματος της επιτροπής επισημαίνουν τα τρωτά του υγειονομικού συστήματος της χώρας και προτείνουν μια σειρά

---

1. Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής ΠΑΣΟΚ, "Κοινωνική Πολιτική. Προσχέδιο εξειδικευμένων θέσεων για διάλογο", 1992

μέτρων για την αναμόρφωση του εθνικού συστήματος υγείας. Στην επόμενη ενότητα θα γίνει μια κριτική παρουσίαση των κύριων προτάσεων της Επιτροπής.

2.1.ΤΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Επιτροπή ήταν οκταμελής με πρόεδρο τον καθηγητή Brian Abel-Smith, μέλη γνωστούς καθηγητές ξένων πανεπιστημίων και οι εργασίες της έλαβαν χώρα στο χρονικό διάστημα 14-25 Απριλίου 1994. Στο τέλος των εργασιών της Επιτροπής συντάχθηκε μια Εκθεση στην οποία περιγράφονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, διατυπώνονται οι πιθανές λύσεις και οι κατευθυντήριοι άξονες χάραξης μιας πολιτικής υγείας και προτείνονται μέτρα για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων.

Στο πρώτο μέρος της Εκθεσης διατυπώνονται οι βασικές αδυναμίες του Ελληνικού συστήματος υγείας οι οποίες εντοπίζονται κυρίως : στον θεραπευτικό προσανατολισμό των υπηρεσιών, την υπερβολική χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, την έλλειψη συνέχειας στην παρεχόμενη φροντίδα, τις αντιδεοντολογικές συμπεριφορές του ιατρικού σώματος, την έλλειψη εμπιστοσύνης και ικανοποίησης από το κοινό για τις υπηρεσίες υγείας, τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες ως προς την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών, την γραφειοκρατική και συγκεντρωτική διοίκηση, την έλλειψη κινήτρων στους εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας, την απουσία συστήματος ιατρικής πληροφόρησης, την έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας, την υπερπροσφορά γιατρών ειδικοτήτων και την έλλειψη γενικών γιατρών με ταυτόχρονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και τέλος την απουσία συστήματος διασφάλισης της ποιότητας, της καταλληλότητας και της αποδοτικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.2

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις προτείνονται μια σειρά μεταρρυθμίσεων που αφορούν την οργάνωση και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας, την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, την οργάνωση και τη διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τις υπηρεσίες ειδικοτήτων και τα φάρμακα.

Ειδικότερα όσο αφορά την χρηματοδότηση προτείνεται η συγκέντρωση των χρηματικών πόρων σε ένα κοινό ταμείο το οποίο θα διοικείται από έναν ενιαίο φορέα και το οποίο θα λειτουργεί ως αγοραστής νοσοκομειακών, ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών. Ετσι θα επιτευχθεί η ομοιομορφία στο σύστημα υπολογισμού των εισφορών των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πληρωμή των προμηθευτών θα συνδεθεί με την απόδοση και οι δαπάνες υγείας θα πρέπει να συγκρατηθούν με σφαιρικούς προυπολογισμούς ή με τη θέσπιση ανώτατων ορίων. Ακόμα θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην περιφερειακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με

---

2. Εκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούνιος 1994, σ.21-34

ορισμένα κριτήρια όπως το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Τέλος προτείνεται ο επαναπροσδιορισμός των υγειονομικών φορέων που θα ελέγχονται από τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, ο διορισμός ενός περιφερειακού ελεγκτή για τη διαχείριση των παραπόνων του κοινού σε σχέση με διοικητικά ζητήματα και η αναδιοργάνωση του Υπουργείου για τη δημιουργία ενιαίας πολιτικής υγείας και πρόνοιας.3

Σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τονίζεται η ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξή της γιατί έτσι μπορεί να ελεγχθεί και να συγκρατηθεί καλύτερα το κόστος της υγειονομικής φροντίδας και παρέχεται η δυνατότητα ανάπτυξης πολιτικής για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Το βασικό μοντέλο που πρέπει να βασιστεί η ΠΦΥ είναι η εγγραφή των κατοίκων της χώρας σε λίστες οικογενειακών γιατρών τους οποίους οι ίδιοι επιλέγουν. Θα υπάρχει ένα ανώτατο όριο εγγεγραμμένων στις λίστες το οποίο δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 3.000, με στόχο την διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η αμοιβή των γιατρών θα γίνεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών και το είδος των παρεχομένων υπηρεσιών. Ακόμα προτείνεται η εκχώρηση στους οικογενειακούς γιατρούς δύο κονδυλίων, το ένα για παραπομπές και το άλλο για συνταγογραφία φαρμάκων με σκοπό τον περιορισμό της υπερβολικής κατανάλωσης φαρμάκων. Μακροπρόθεσμα προτείνεται η δημιουργία εξοπλισμένων κέντρων υγείας ικανών για την διεκπεραίωση μικρών χειρουργικών επεμβάσεων, επιδέσεων κλπ.4

Για τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας προτείνονται μια σειρά αλλαγών που αφορούν την οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ και τις υπηρεσίες των ειδικοτήτων. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αποκτήσουν περισσότερες διοικητικές και οικονομικές αρμοδιότητες και γι' αυτό απαιτούνται αλλαγές στο διοικητικό τους καθεστώς παραμένοντας όμως στην κυριότητα του δημοσίου. Οι αλλαγές αυτές αφορούν: τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία και κυρίως την προκύρηξη, την αξιολόγηση, την παροχή κινήτρων, την προαγωγή και την απομάκρυνση από τη θέση εργασίας, με απότερο σκοπό την κατάργηση του δημοσιουπαλληλικού καθεστώτος για το προσωπικό των νοσοκομείων, την διασφάλιση της ποιότητας με την εισαγωγή της διαχείρησης ολικής ποιότητας η οποία ανακαλύπτει τις κλινικές προδιαγραφές, το σύστημα των ασθενών, την εκπαίδευση του προσωπικού και το σύστημα διεύθυνσης προσωπικού, το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, τον άμεσο διορισμό γενικών διευθυντών και την ανάπτυξη μηχανισμών πληροφόρησης και ανατροφοδότησης.5

---

3. Εκθεση της Ειδικής Επιτροπής....., ό.π., σ.48-64

4. Εκθεση....., ό.π., σ.65-79

5. Εκθεση....., ό.π., σ.80-90

Για τις υπηρεσίες ειδικοτήτων διαπιστώνεται η κακή κατανομή των κλινών μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων και προτείνεται η δημιουργία ειδικών κλινών για τους ασθενείς μακράς νοσηλίας καθώς και η δημιουργία τμήματος ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Ως καταλληλότερος τρόπος πληρωμής των γιατρών ειδικοτήτων θεωρείται η αμοιβή κατά πράξη ενώ για το πρόβλημα των παραπομπών στα διαγνωστικά κέντρα προτείνεται μακροπρόθεσμα η παροχή αυτού του είδους υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα και η απαγόρευση της πληρωμής των διαγνωστικών κέντρων από το δημόσιο ταμείο. Βραχυπρόθεσμα προτείνεται η υπογραφή συμβάσεων και η παροχή στο διαγνωστικό κέντρο ενός κατ' αποκοπήν ποσού για συγκεκριμένο ύψος παροχής υπηρεσιών.6

Τέλος όσον αφορά τα φάρμακα αφού διαπιστώνεται η μεγάλη κατανάλωση φαρμάκων προτείνεται η σύνταξη λίστας χορηγούμενων φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία, η ανάπτυξη της αγοράς μη πρωτότυπων φαρμάκων, η παρακολούθηση της συνταγογραφίας των γιατρών και ο έλεγχος της προώθησης των πωλήσεων και των τιμών με απότερο στόχο την περικοπή των δαπανών.7

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της Εκθεσης παρουσιάζεται ο τρόπος υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων. Ως μια από τις βασικότερες προυποθέσεις για την επίτευξη των μεταρρυθμίσεων είναι η αλλαγή του τρόπου εκπαίδευσης των διοικητικών στελεχών, των γιατρών όπου πρέπει να δοθεί βαρύτητα στην κατάρτιση οικογενειακών γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Η δεύτερη προυπόθεση είναι η εξεύρεση των αναγκαίων πόρων οι οποίοι μπορούν να προέλθουν από τον περιορισμό της συνταγογραφίας και της χρήσης των διαγνωστικών κέντρων. Τρίτη προυπόθεση είναι η δημιουργία ενός ιατρικού συμβουλίου που να αναλάβει την ευθύνη εφαρμογής κανόνων δεοντολογικής συμπεριφοράς. Τέταρτον απαιτείται ο σωστός σχεδιασμός των μεταρρυθμίσεων και πέμπτον η ίδρυση του ενιαίου ταμείου. Για την εφαρμογή των παραπάνω προτάσεων σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της επιτροπής χρειάζεται ένα χρονοδιάγραμμα τουλάχιστον δέκα ετών.8

Από την παραπάνω παρουσίαση των βασικών σημείων της Εκθεσης μπορούν να γίνουν δύο βασικές διαπιστώσεις. Η πρώτη είναι ότι το βασικό σκεπτικό των προτάσεων κινούνται στα πλαίσια της διεθνούς προβληματικής για τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό και τον διαχωρισμό προμηθευτών και αγοραστών των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου υγείας που θα λειτουργεί ως μονοψώνιο στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο αν και στην Εκθεση προτείνεται η διατήρηση των νοσοκομείων στην κυριότητα του δημοσίου, δεν γίνεται λόγος για το ρόλο των ιδιωτικών κλινικών. Ετσι δεν είναι σαφές το κατά πόσο

---

6. Εκθεση....., ό.π., σ.91-102

7. Εκθεση....., ό.π., σ.103-110

8. Εκθεση....., ό.π., σ.113-142

προτείνεται η δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς στο σύστημα υγείας μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Η δεύτερη διαπίστωση είναι ότι υπάρχει έντονη η επίδραση των εξελίξεων και των μεταρρυθμίσεων που έγιναν μετά το 1989 στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Αυτό φαίνεται για παράδειγμα στην πρόταση για την ενίσχυση του ρόλου του γενικού γιατρού ή στην πρόταση για την παραχώρηση στους γενικούς γιατρούς κονδυλίων παραπομπών και φαρμάκων. Φαίνεται επίσης και από τις προτάσεις για την διάκριση των προμηθευτών και των αγοραστών των υπηρεσιών υγείας.

Η κριτική που ασκήθηκε στο έργο της Επιτροπής των εμπειρογνωμόνων αναφέρεται τόσο στην λογική του εγχειρήματος και τη φιλοσοφία που το διέπει όσο και στις επιμέρους προτάσεις που διατυπώθηκαν.

Σε ένα πρώτο επίπεδο αμφισβητήθηκε η σκοπιμότητα σύστασης μιας επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων με ελάχιστη γνώση της Ελληνικής πραγματικότητας, κριτική η οποία τονίζει τον πατερναλιστικό χαρακτήρα του εγχειρήματος.9 Ως προς τη φιλοσοφία και το γενικό πλαίσιο των προτάσεων της Επιτροπής, το πρόβλημα είναι ότι εισηγείται ρυθμίσεις το αποτέλεσμα των οποίων είναι αμφισβητήσιμο. Η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας αμφισβητήθηκε και αμφισβητήται έντονα όπως είδαμε και σε προηγούμενη παράγραφο ως προς την αποτελεσματικότητά του σε σχέση με την συγκράτηση του κόστους και κυρίως του διοικητικού κόστους, την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, την ισότητα στην πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επομένως απαιτήται ιδιαίτερη προσοχή και καλή γνώση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας καθώς και εξασφάλιση των απαραίτητων πληροφοριών για να αποτολμηθεί η εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Οι επιφυλάξεις εντείνονται ακόμα περισσότερο αν λάβει κανείς υπ'όψη του και τον τρόπο λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα στην αγορά των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έτσι όπως διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 με την λειτουργία των διαγνωστικών ιατρικών κέντρων.

Επίσης προβληματικές είναι οι προτάσεις για την οργάνωση του προτεινόμενου συστήματος και κυρίως οι προτάσεις που αφορούν τις υπηρεσίες και τους γιατρούς ειδικοτήτων. Η προτεινόμενη εφαρμογή της αμοιβής κατά πράξη εμφανίζει μια σειρά δυσκολιών οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στην αδυναμία συγκράτησης του κόστους και στην εισαγωγή της προκλητής ζήτησης. Ακόμα η πρόταση για άσκηση ιδιωτικής ιατρικής μέσα στα δημόσια νοσοκομεία με δεδομένα τα προβλήματα κατανομής των κλινών που εμφανίζονται σίγουρα θα οδηγήσει σε όξυνση της κατάστασης.10

---

9. Γ.Τσαλίκης, "Φιλελευθερισμός, οράματα και παροράματα για την υγεία", στο Γ.Κυριόπουλος, επιμ. "Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδόμι των επιλογών", 1995, σ.40

10. Δ.Νιάκας, "Η πρόταση των ξένων εμπειρογνωμόνων: Είναι εφικτή η εφαρμογή της;", στο Γ.Κυριόπουλος, (επιμ.), "Η πολιτική υγείας

Ενα δεύτερο σημαντικό σημείο κριτικής μπορεί να επικεντρωθεί σε επιμέρους προτάσεις της Επιτροπής οι οποίες δείχνουν την έλλειψη γνώσης της Ελληνικής πραγματικότητας. Εδώ εντάσσεται η πρόταση για κατάργηση του δημοσιουπαλληλικού καθεστώτος για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας αφού φαίνεται να αγνοεί το ρόλο του δημόσιου τομέα στην οικονομική και κοινωνική αναπαραγωγή συγκεκριμένων κοινωνικών στρωμάτων στην Ελλάδα. Επίσης αρνητική μπορεί να θεωρηθεί η πρόταση τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων να επιλέγονται με κριτήριο την κοινωνική τους επιφάνεια και να μην συμμετέχουν οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο. Οι δύο αυτές προτάσεις εμποδίζουν την διαμόρφωση κλίματος συναίνεσης μεταξύ των κοινωνικών ετέρων, την οποία η Επιτροπή θεωρεί αναγκαία έτσι ώστε να καταστεί δυνατός ο μακροχρόνιος σχεδιασμός και προγραμματισμός της πολιτικής υγείας. Δηλαδή με άλλα λόγια προτείνεται ο αποκλεισμός από τη λήψη των αποφάσεων των δύο βασικότερων παραγόντων που ενέχονται στο σύστημα υγείας: των εργαζομένων και των χρηστών τῳν υπηρεσιών υγείας.

Εντονη κριτική ασκήθηκε επίσης και ως προς την ασάφεια των θέσεων της επιτροπής σχετικά με την προέλευση των πηγών χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος αφού δεν γίνεται καμμία ουσιαστική αναφορά στη σύνθεσή τους, την επίτευξη της ισότητας στην υγεία και την ισοδύναμη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας και την σχέση ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών.11

Σε σχέση με τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, η πρόταση για διαχείριση προυπολογισμών από τους γενικούς γιατρούς αποτελεί μια στείρα μεταφορά προτύπων από άλλες χώρες και δεν τηρούνται οι αναγκαίες πολιτικές (άνοδος στην εξουσία πολιτικών δυνάμεων με ειλικρινή διάθεση για προώθηση αλλαγών με όλο το οικονομικό και πολιτικό κόστος), κοινωνικές (πίστη των πολιτών και προσδοκία στη δυναστότητα πραγματοποίησης αλλαγών) και οικονομικές (δημοσιονομική ευρωστία) συνθήκες για την επιτυχία μιας τέτοιας προσπάθειας.12 Επίσης η προτάσεις της Επιτροπής δεν εντάσουν το ρόλο του γενικού γιατρού στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τη Στρατηγική "Υγεία για Ολους".13

στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών", 1995, σ.130-131

11. Δ.Νιάκας, "Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα και οι προτάσεις της Επιτροπής των διεθνών εμπειρογνωμόνων", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 3, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1994, Δ.Νιάκας 1995, ό.π., σ.109-135

12. Μ.Ματσαγγάνης, "Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της: Προς εισαγωγή συστήματος προυπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;", στο Γ.Κυριόπουλος, (επιμ.), "Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών", 1995, σ.149-172

13. Γ.Κυριόπουλος, "Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική στην Ελλάδα: το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του", στο Γ. Κυριόπουλος, Τ.Φιλαλήθης, (επιμ.), "Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα", 1996, σ.30

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι το όλο σκεπτικό της πρότασης δεν ξεφεύγει από τα παραδοσιακά πλαίσια της ιατροκεντρικής προσέγγισης της υγείας αφού αναλύονται μόνο οι υπηρεσίες υγείας και όχι το πώς επιδρούν σε αυτή κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες όπως η στέγαση, το εισόδημα, το περιβάλλον, οι συνθήκες υγιεινής κλπ.

2.2.ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΣΥ

Προκειμένου να καλυφθούν τα κενά και οι ασάφειες του πορίσματος της Επιτροπής των ξένων εμπειρογνωμόνων και να διατυπωθούν πιό συγκεκριμένες προτάσεις, συστάθηκαν το 1994 από το Υπουργείο Υ.Π.Κ.Α. τρεις επιτροπές Ελλήνων επιστημόνων με σκοπό να μελετήσουν και να υποβάλουν προτάσεις σχετικά με τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας, την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού και την οργάνωση των μονάδων υγείας και την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

2.2.1.Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΚΑΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ειδικότερα όσο αφορά την οργάνωση των νοσοκομείων, η αρμόδια Επιτροπή διαπιστώνει μια σειρά προβλημάτων που σχετίζονται με τον ευκαιριακό τρόπο χωροθέτησης των νοσοκομείων, τις άσχημες κτιριακές εγκαταστάσεις, την ανισοκατανομή της βιοιατρικής τεχνολογίας, την ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού και την έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών.14 Επιπλέον το υφιστάμενο νομικό καθεστώς των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη εκτεταμένης γραφειοκρατικής δομής, προβλήματα στην διαχειριστική επάρκεια, αδυναμία προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού, αδυναμία σύνδεσης της αμοιβής του προσωπικού με την παραγωγικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών, επιλογή προσώπων με μη ικανοποιητικά κριτήρια αξιολόγισης, απουσία λεπτομερών οδηγιών από την κεντρική υπηρεσία και μη επαρκή αξιολόγιση των παρεχομένων υπηρεσιών.15

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών προτείνεται η αποδεύσμευση από το ενιαίο μισθολόγιο του Δημοσίου έτσι ώστε να υπάρξει δυνατότητα σύνδεσης αμοιβής-παραγωγικότητας, η αποδέσμευση από το Δημόσιο Λογιστικό και εφαρμογή ενός Κλαδικού Λογιστικού Σχεδίου για τα νοσοκομεία, η πληροφορική οργάνωση για

---

14. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο Εργασίας Επιστημονικής Επιτροπής, "Μελέτη-πρόταση για την οργάνωση-διοίκηση του ΕΣΥ και την ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού", 1995, σ.17-18

15. Κείμενο Εργασίας, ό.π., σ.51-52

τη δημιουργία εύχρηστων και χαμηλού κόστους συστημάτων διαχείρησης των ασθενών, η αποδέσμευση από τον προληπτικό έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου και διενέργεια των οικονομικών ελέγχων από ορκωτούς λογιστές, η αποδέσμευση από τη νομοθεσία των κρατικών προμηθειών και η εφαρμογή των ελεύθερων διαπραγματεύσεων με βάση την ελαχιστοποίηση του κόστους και τέλος η κατοχύρωση σχετικής ευελιξίας και αυτονομίας στη διοίκηση και διαχείρηση των νοσοκομείων.16

Με βάση τα παραπάνω η Επιτροπή προτείνει μεταξύ άλλων τη μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε ΔΕΚΟ, δηλαδή κρατικές ανώνυμες εταιρείες με μια μετοχή που θα ανήκει στον εκάστοτε υπουργό υγείας και θα είναι αμεταβίβαστη. Με την πρόταση αυτή η Επιτροπή υποστηρίζει ότι διασφαλίζεται η κρατική ιδιοκτησία των νοσοκομείων καθώς και η δυνατότητα χρησιμοποίησης μεθόδων του ιδιωτικού τομέα με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας, τη βελτίωση της ποιότητας και τη συγκράτηση του κόστους.17

Οσο αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνεται ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός των γιατρών, η μη ορθολογική γεωγραφική κατανομή τους, η έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων και η έλλειψη καλά εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.18 Για να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα η Επιτροπή προτείνει: α) την δημιουργία στα πλαίσια του ΚΕΣΥ ενός Εθνικού Συμβουλίου Προγραμματισμού Επαγγελμάτων υγείας, β) τη θεσμοθέτηση υποχρεωτικής εξάσκησης ενός χρόνου στην παθολογία και τη χειρουργική για όλους τους πτυχιούχους, ως προυπόθεση λήψης άδειας εξασκήσεως επαγγέλματος, γ) την αξιολόγηση σε τακτά χρονικά διαστήματα, της επάρκειας των τμημάτων για ειδίκευση, δ) την υποχρεωτική συνεχή εκπαίδευση και επαναξιολόγηση όλων των γιατρών τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, ε) την έμφαση στην και την κατοχύρωση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής και στ) την δημιουργία ιατρικών στελεχών δημόσιας υγείας και ιατρικού σώματος ελεγκτών λειτουργίας του συστήματος.19

Τέλος για τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών η Επιτροπή εισηγήται την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών αλλά όσο αφορά τη μονιμότητα θέτει ως προυπόθεση ότι οι νεοεισερχόμενοι γιατροί στο ΕΣΥ θα ανήκουν στην βαθμίδα του Επιμελητή Β' και θα μπορούν να γίνουν μόνομοι μετά την πάροδο 5 χρόνων και εφόσον έχει προκηρυχθεί θέση ανώτερης βαθμίδας. Επίσης προτείνεται η αύξηση των θέσεων Διευθυντών κατά 20% κάθε χρόνο μέχρι να διπλασιαστεί ο αριθμός των ήδη υπαρχόντων. Οσο αφορά τα κριτήρια πρόσληψης του ιατρικού προσωπικού τονίζεται η ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη κριτήρια όπως το κλινικό έργο, η εκπαίδευση, οι επιστημονικές

---

16. ό.π., σελ.52-54

17. ό.π., σ.78

18. ό.π., σ.87

19. ό.π., σ.89-90

εργασίες, η προυπηρεσία και οι διοικητικές ικανότητες. Τέλος για τις αμοιβές των γιατρών προτείνεται αυτές να συνδέονται με τους οικονομικούς κινδύνους που απορρέουν από τις αποφάσεις τους και να καθορίζονται με βάση ένα ελάχιστο μισθό ίδιο για όλες τις ειδικότητες, σε συνδυασμό με πρόσθετες αμοιβές που θα καθορίζονται από την ειδικότητα, τις υπερωρίες, τη περιοχή και το μέγεθος του νοσοκομείου, τον αριθμό των διαθέσιμων γιατρών στην ειδικότητα, την εκπαιδευτική δραστηριότητα και την αποδοτικότητα.20

2.2.2.Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΙΑΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η κύρια διαπίστωση της αρμόδιας επιτροπής για το σύστημα υγείας της Ελλάδας ήταν η απουσία αποτελεσματικού συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης, η μη ορθολογική και διαφανής κατανομή και χρήση των πόρων, η έλλειψη ελέγχου και αξιολόγησης στη διαχείριση των πόρων, η μη αποτελεσματική διαχειριστική και διευθυντική δομή στις υπηρεσίες υγείας και η απουσία μιας πολιτικής προτεραιοτήτων. Στα πλαίσια αυτά, ο στόχος της δημιουργίας του ΕΦΥ είναι η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων και η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Ετσι ο ρόλος του ΕΦΥ επικεντρώνεται στην συγκέντρωση των οικονομικών πόρων του υγειονομικού τομέα, στην ορθολογική κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες υγείας και στον έλεγχο της αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών, τις προμήθειες, τις φαρμακευτικές δαπάνες και την βιοιατρική τεχνολογία.21

Σε σχέση με το σύστημα χρηματοδότησης η βασικότερη πρόταση αφορά την ένταξη των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΦΥ, η οποία θα έχει ως θετικά αποτελέσματα τη μείωση του διοικητικού κόστους, τη μείωση των αλληλοεπικαλύψεων στις δαπάνες υγείας και την εξασφάλιση πρόσβασης σε καλύτερο πακέτο υπηρεσιών για όλους τους ασφλισμένους. Στο πρώτο στάδιο η ένταξη μπορεί να αφορά τα ταμεία ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ και Δημοσίου. Η παραπάνω ένταξη θα αφορά μόνο τις παροχές σε είδος, ενώ για τις παροχές σε χρήμα θα εξακολουθούν να λειτουργούν οι κλάδοι υγείας των ταμείων. Εκτός από τις εισφορές μια άλλη πηγή χρηματοδότησης θα είναι η γενική φορολογία.22

---

20. ό.π., σ.92-96

21. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο εργασίας Επιστημονικής Επιτροπής, "Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας", 1995, σ.13-15

22. ό.π., σ.15-17

Η κατανομή των πόρων θα γίνεται από τον ΕΦΥ στις υγειονομικές περιφέρειες σύμφωνα με αντικειμενικά κριτήρια και στη βάση του κλειστού οικονομικού προυπολογισμού. Τον προυπολογισμό αυτό η κάθε περιφέρεια θα τον κατανέμει μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και θα μπορεί να συμβάλλεται και με ιδιωτικά νοσοκομεία. Η πληρωμή των νοσοκομείων θα γίνεται με βάση τον κλειστό προυπολογισμό. Για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η κάθε περιφέρεια θα συμβάλλεται με γενικούς γιατρούς ή γιατρούς ειδικοτήτων τόσο μεμονωμένα όσο και σε ομάδες. Το ύψος των αμοιβών θα καθορίζεται μετά από διαπραγματεύσεις του ΕΦΥ με τους προμηθευτές.23 Το ετήσιο κόστος λειτουργίας του ΕΦΥ υπολογίστηκε σε 1,5 δις δρχ.

Η λειτουργία του ΕΣΥ θα υπακούει στη διάκριση των ρόλων μεταξύ του κεντρικού επιπέδου που είναι το υπουργείο υγείας και θα καθορίζει τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας, του περιφερειακού επιπέδου όπου οι περιφέρειες θα αναλάβουν την καθημερινή λειτουργία και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και του ΕΦΥ ο οποίος θα χρηματοδοτεί και θα αξιολογεί τη λειτουργία του συστήματος. Βασικός στόχος θα είναι η γραφειοκρατική αποκέντρωση της διοικητικής δομής των υπηρεσιών υγείας, η παραχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας στις περιφέρειες, η αποδέσμευση από το Δημόσιο Λογιστικό και το Ελεγκτικό Συνέδριο και η ανάθεση συγκεκριμένων καθηκόντων με βάση την αρχή της υπευθυνότητας.24

Η σχέση χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας θα βασίζεται στην διαπραγμάτευση σε κεντρικό επίπεδο μεταξύ του χρηματοδοτικού φορέα (ΕΦΥ) και του φορέα παροχής των υπηρεσιών (ΕΣΥ) τόσο για το συνολικό ύψος χρηματοδότησης του τομέα όσο και για την περιφερειακή κατανομή των πόρων με βάση τη διαμόρφωση κάποιας φόρμουλας κριτηρίων. Οι περιφέρειες θα λειτουργούν με βάση τον κλειστό προυπολογισμό και θα κατανέμουν τους προυπολογισμούς τους στις θγειονομικές μονάδες της περιοχής τους.25

Η αποτελεσματικότητα των παραπάνω προτάσεων αμφισβητείται λόγω των θεσμικών, λειτουργικών και χρηματο-οικονομικών προβλημάτων που αναμένεται να προκύψουν από την εφαρμογή του ΕΦΥ. Τα οργανωτικά προβλήματα εντοπίζονται στο γεγονός ότι η πρόταση δημιουργίας του ΕΦΥ επικεντρώνει στο ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα υγείας και δεν λαμβάνει υπόψη της το ρόλο του ιδιωτικού μη-κερδοσκοπικού τομέα. Από λειτουργική σκοπιά υποβαθμίζει το ρόλο των ταμείων και των κλάδων υγείας ως διαπραγματευτών για τον προσδιορισμό των τιμών των υπηρεσιών υγείας. Ως προς την χρηματοδοτική διάσταση το πρόβλημα εντοπίζεται στην απουσία σαφούς σχεδιασμού ενός συστήματος χρηματοδότησης μακράς πνοής που θα εντάσσεται στο ευρύτερο δημοσιονομικό σύστημα της χώρας.26

---

23. ό.π., σ.17-19

24. ό.π., σ.57-58

25. ό.π., σ.63-64

2.2.3.Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σύμφωνα με την επιτροπή μελέτης του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα κέντρα υγείας εμφανίζουν έντονα λειτουργικά προβλήματα που οφείλονται στην ελλιπή στελέχωση με ιατρικό, νοσηλευτικό, παραιατρικό και διοικητικό προσωπικό, τις εγγενείς εκπαιδευτικές αδυναμίες αφού η πλειοψηφία του προσωπικού είναι εκπαιδευμένο σε νοσοκομειοκεντρική βάση, την έλλειψη κανονισμού λειτουργίας κλπ. που εμφανίζονται μέσα από την αδυναμία εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας, πρόληψης, συμμετοχής της κοινότητας, την ατελή λειτουργική σύνδεση με το νομαρχιακό νοσοκομείο, την ασυνέχεια της φροντίδας κλπ. Εξίσου προβληματική είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα στις αστικές περιοχές αφού βασίζεται σε οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα της δεκαετίας του 1950, με την απουσία οικογενειακών γιατρών, τον πολυκερματισμό και την έλλειψη διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού, την απουσία της ομάδας υγείας κλπ.27

Το πλαίσιο αρχών στο οποίο η επιτροπή θεωρεί ότι πρέπει να βασίζεται το νέο σύστημα διαμορφώνεται από την εξασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος και την παροχή ευρέος φάσματος υπηρεσιών υψηλής ποιότητας που θα ικανοποιούν το πληθυσμό, μέσα από ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων υγείας. Ετσι προτείνεται η δημιουργία ενός ανεξάρτητου Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και θα έχει αποκεντρωτικό χαρακτήρα και περιφερειακή διάρθρωση.28

Εργο του θα είναι, σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία ΠΦΥ που θα συσταθεί σε κεντρικό επίπεδο, η οργάνωση και λειτουργία όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης στα πλαίσια του ΚΕΣΥ προτείνεται η λειτουργία μιας Επιτροπής Π.Φ. με γνωμοδοτικό ρόλο, ενώ σε τοπικό επίπεδο προτείνεται η θεσμοθέτηση της Τοπικής Επιτροπής Υγείας με συμβουλευτικές αρμοδιότητες προς τη Διοικούσα Επιτροπή του κέντρου υγείας.29 Η χρηματοδότηση του Οργανισμού Π.Φ. θα προέρχεται κυρίως από τον ΕΦΥ και το Υπουργείο Υγείας θα εγγυάται ένα ελάχιστο ποσοστό του προυπολογισμού τόσο

---

26. Σ.Ρομπόλης, "Από τον κρατικό έλεγχο της προσφοράς και στον κρατικό έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας". Εισήγηση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας με θέμα "Ενιαίος Φορέας Υγείας: Πολιτικές, κοινωνικές και διαχειριστικές συνιστώσες", Καρπενήσι 21-22/6/1996

27. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο εργασίας επιστημονικής επιτροπής, "Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας", 1995, σ.135-149

28. ό.π., σ.167-179

29. ό.π., σ.181-183

σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.30

Κεντρική μονάδα παροχής υπηρεσιών στα μη αστικά κέντρα θα είναι το κέντρο υγείας το οποίο θα αποτελεί διοικητικά αυτοτελή υπηρεσία υπαγόμενη στη νομαρχιακή διεύθυνση του Οργανισμού Π.Φ. και θα διαθέτει περιφερειακά ιατρεία όπου θα υπηρετούν γενικοί γιατροί και ένα κεντρικό πολυιατρείο όπου θα παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, εργαστηριακές εξετάσεις, υπηρεσίες βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, οδοντιατρική φροντίδα και επείγουσα περίθαλψη. Στις αστικές περιοχές θα ιδρυθούν αστικά κέντρα υγείας τα οποία θα διαθέτουν οικογενειακά ιατρεία στα οποία θα υπηρετούν 3-7 οικογενειακοί γιατροί και 1-3 οικογενειακοί παιδίατροι καθώς και το απαραίτητο διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό που θα εργάζονται με τη μορφή του group-practice και ένα κεντρικό πολυιατρείο. Οι πολίτες θα επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό και θα εγγράφονται στη λίστα του η οποία θα περιλαμβάνει 1500-1800 άτομα. Ο οικογενειακός γιατρός θα αποτελεί το πρώτο σημείο προσφυγής του πολίτη και αυτός θα παραπέμπει τον ασθενή στο πολυιατρείο για εξετάσεις.31

Η εργασιακή σχέση των γιατρών προτείνεται να βασίζεται είτε στο ίδιο πλαίσιο με αυτό των νοσοκομειακών γιατρών του ΕΣΥ δηλαδή μόνιμης και αποκλειστικής απασχόλησης, είτε να συνυπάρχουν διάφορες μορφές εργασιακών σχέσεων. Οι αμοιβές τους θα αποτελούνται από τέσσερα μέρη: ένα πάγιο βασικό μισθό, μια επιπλέον κατά κεφαλή αμοιβή για τους πέραν του κατώτατου ορίου εγγεγραμμένους στη λίστα του γιατρού, ένα ποσό για υπερωριακή απασχόληση και ένα ποσό με βάση κάποια κίνητρα για ανάληψη δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την πρόληψη.32

3.ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: Η ΣΤΡΟΦΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Από την παρουσίαση που προηγήθηκε τόσο του πορίσματος της επιτροπής των ξένων εμπειρογνωμόνων όσο και των επιτροπών των ελλήνων ειδικών, φαίνεται ολοκάθαρα η επίδραση που άσκησε στις προτεινόμενες μεταρυθμίσεις, το παράδειγμα της αναμόρφωσης του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επίσης γίνεται προσπάθεια ενσωμάτωσης προτάσεων που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί από Ελληνες μελετητές. Αυτό το γεγονός όμως αν και έχει ορισμένα θετικά στοιχεία με την έννοια ότι αναπτύσεται ένας προβληματισμός και διάλογος σε όλα τα επίπεδα και μέσα στα διεθνή πλαίσια σε βαθμό που ίσως δεν είχε γίνει πιο πριν, υποκρύπτει τον κίνδυνο της στείρας μεταφοράς μοντέλων ξένων προς την ελληνική ιδεολογική, κοινωνική και πολιτική πραγματικότητα.33 Συνεπώς

---

30. ό.π., σ.185-188

31. ό.π., σ.199-221

32. ό.π., σ.235-243

33. Γ.Κυριόπουλος, "Κράτος ή αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον

απαιτούνται πολύ προσεκτικά βήματα και εκτεταμένος κοινωνικός διάλογος με όλους τους αρμόδιους φορείς για να μην επαναληφθούν τα λάθη του παρελθόντος. Χρειάζεται δηλαδή μια σαφής, σταθερή και τεκμηριωμένη πολιτική χωρίς εσωτερικές αντιφάσεις, στη βάση διαδικασιών συναίνεσης μεταξύ των κοινωνικών ετέρων.

Ποιός θα μπορούσε να είναι ο βασικός άξονας μιας νέας πολιτικής υγείας που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες για ταυτόχρονη συγκράτηση του κόστους, βελτίωση της ποιότητας και κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στη φροντίδα υγείας; Η ακόμα καλύτερα, πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί η διαχείριση και ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού, έτσι ώστε ο πρωταρχικός στόχος να είναι η ίδια η υγεία και όχι οι υπηρεσίες υγείας; Η απάντηση φαίνεται να βρίσκεται στην ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με κατεύθυνση προς την τοπική κοινότητα. Δηλαδή στην ανάπτυξη μιας πολιτικής που να επιχειρεί μια διεπιστημονική συνολική προσέγγιση της υγείας, ενταγμένης μέσα στο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς και με βάση μια φιλοσοφία πρόληψης και όχι εκ των υστέρων καταστολής. Αυτό προυποθέτει τη μετάβαση από την παραδοσιακή κλινική ιατρική σε μια αντίληψη κοινωνικής επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο.34

Πυρήνα μιας τέτοιας πολιτικής αποτελεί η αλλαγή στο υπόδειγμα του τρόπου σκέψης και σύλληψης της έννοιας του κινδύνου. Οι κίνδυνοι για την υγεία όπως παρατηρεί και ο Gutenschwager, γεννιούνται και αναλύονται σε τρία διαφορετικά επίπεδα: α) Στο βιοιατρικό επίπεδο, όπου ο οργανισμός βρίσκεται σε μια συνεχή συναλλαγή με το περιβάλλον, β) στο επίπεδο της συμπεριφοράς όπου ο πολιτισμικός και ο κοινωνικός παράγοντας έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα και γ) στο επίπεδο της συνολικής δομής και των πράξεων μιας κοινωνίας ή μιας κοινωνικής ομάδας, δηλαδή στο επίπεδο ολόκληρου του κοινωνικού οικοδομήματος. Η αντιμετώπιση των κινδύνων για την υγεία προυποθέτει συνεπώς την κατανόηση του τρόπου δόμησης της ευρύτερης κοινωνίας, γεγονός που απαιτεί μια διεπιστημονική συνεργατική προσέγγιση.35

υγειονομικό τομέα", στο Γ.Κυριόπουλος, (επιμ.), "Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών", 1995, σ.15-37

34. Γ.Κυριόπουλος, "Επίκαιρα και διαχρονικά κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική", 1996, σ.95-98, Γ.Κυριόπουλος, "Επένδυση στην υγεία", Τα Νέα, 22/6/1996

35. G.Gutenschwager, "Η πολιτική οικονομία της υγείας στην νεότερη Ελλάδα", 1989, σ.184-196

Η παραπάνω πρόταση που βασίζεται στο δίπολο πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας-δημόσια υγεία, τεκμηριώνεται από την κύρια διαπίστωση ότι οι βασικοί λόγοι που οδήγησαν στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών δεν ήταν η ανάπτυξη των κλινικών υπηρεσιών υγείας και των μεθόδων θεραπευτικής αγωγής αλλά η βελτίωση της διατροφής, των συνθηκών υγιεινής και της ανοσίας μέσω των προληπτικών εμβολιασμών. Επομένως η πρόληψη μέσω των αλλαγών στο κοινωνικό και περιβαντολογικό περιβάλλον αποτελούν πιο αποτελεσματική πολιτική από ότι η έμφαση στην κλινική παρέμβαση.36

---

36. A.McGuire, J.Henderson, G.Mooney, "The economics of health care", 1988, σ.11-20

ΔΕΚΑΤΟΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Βασικός σκοπός της ανάλυσης που προηγήθηκε δεν είναι τόσο η παρουσίαση λύσεων και προτάσεων ούτε η αντιπαραβολή και η σύγκριση των διαφορετικών συστημάτων υγείας. Περισσότερο στοχεύει στην διαμόρφωση ενός πλαισίου προβληματισμού και αναζήτησης. Και ο προβληματισμός αυτός πρέπει να είναι έντονος αφού ο τομέας της υγείας και η διαμόρφωση πολιτικής υγείας εμφανίζουν μια σειρά ιδιομορφιών και δυσκολιών.

Οι δυσκολίες αυτές ξεκινούν από την πρώτη στιγμή που θα θελήσει κάποιος να προσεγγίσει το δίπολο ασθένεια-υγεία. Τί είναι η ασθένεια και τι η υγεία; Ο παραδοσιακός ιατροκεντρικός ορισμός της υγείας δίνει έμφαση στην απουσία ασθένειας και πόνου τονίζοντας έτσι τη φυσική-βιολογική διάσταση της υγείας και δίνοντας βαρύτητα στην θεραπευτική διαδικασία. Μια δεύτερη προσέγγιση ευρύτερη από την πρώτη αλλά εντασσόμενη και πάλι στο ιατροκεντρικό παράδειγμα, θεωρεί την υγεία ως ένα συνεχές που ξεκινά από την πλήρη υγεία, περνά σε μια μέση κατάσταση και φθάνει στην κατάσταση της ασθένειας η οποία εκλαμβάνεται ως μια ανωμαλία της δομής του σώματος σε οργανικό ή συστημικό επίπεδο. Εδώ η υγεία θεωρήται κοινωνική υπόθεση και δίνεται ιδιαίτερη προσοχή όχι μόνο στην θεραπεία αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό και την πρόληψη. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προσδιορίζει την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Αυτός ο ορισμός τονίζει την σύνδεση υγείας και κοινωνικού, οικονομικού, πολιτιστικού περιβάλλοντος.1 Ακόμα πιο πρόσφατα υποστηρίχθηκε η άποψη ότι η υγεία δεν είναι μια "κατάσταση" αλλά η "ικανότητα" να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα που προκύπτουν καθώς οι κίνδυνοι και οι απώλειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής.2 Συνεπώς θα μπορούσε κάποιος να υποστηρίξει ότι η υγεία είναι μια πολυδιάστατη, ενμέρη υποκειμενική και ενμέρη κοινωνικά κατασκευασμένη έννοια η οποία ποικίλει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο εξετάζεται.3

---

1. Για τις διάφορες έννοιες της υγείας βλ.G.Pickett, J.Hanlon, 1990, ό.π., σ.4-5

2. B.Badura, "What is and what determines health?", στο U.Laaser et al., (eds), "Scientific foundations for a public health policy in Europe", 1995, σ.84

3. V.Fuchs, "The future of health policy", 1993, σ.25, S.Curtis, A.Taket "Health & societies. Changing perspectives", 1996, σ.42-44

Σε ένα δεύτερο επίπεδο προκύπτει το ζήτημα προσδιορισμού των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο της υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι μόνο βιολογικοί ή μήπως επιδρούν και παράγοντες κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτιστικοί, πολιτικοί κλπ.; Ποιό το μέγεθος της επίδρασης κάθε παράγοντα;4 Κατ'επέκταση η διατήρηση και η προστασία της υγείας είναι αποκλειστικά καθήκον του ατόμου ή θα πρέπει να παρεμβαίνει και το κοινωνικό σύνολο; Δηλαδή εδώ τίθεται το πρόβλημα αν η υγεία είναι καθαρά ιδιωτικό αγαθό ή δημόσιο. Η μήπως διαθέτει στοιχεία και από τα δύο;5

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι κρίσιμη γιατί από την απάντηση αυτή θα καθοριστεί η πολιτική υγείας που θα εφαρμοστεί από την κάθε κυβέρνηση και η βαρύτητα που θα δοθεί στην επιδίωξη της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας. Αν η υγεία θεωρηθεί ιδιωτικό αγαθό τότε η πολιτική υγείας θα υιοθετήσει το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς όπου κυριαρχεί το πρότυπο του ορθολογικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας και των ανταγωνιζόμενων προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ενώ αν θεωρηθεί ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό τότε κυρίαρχο θα είναι το μοντέλο της θεσμικής παρέμβασης είτε με την μορφή της κοινωνικής ασφάλισης είτε με τη μορφή του εθνικού συστήματος υγείας.6 Ανάλογα με το μοντέλο που θα εφαρμοστεί θα καθοριστούν και τα δομικά συστατικά του συστήματος υγείας και πιο συγκεκριμένα το σύστημα διεύθυνσης και συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών.7

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η κάλυψη των εκφρασμένων αναγκών των χρηστών του. Οι ανάγκες θα προσδιορίσουν και την ένταση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Ομως εδώ προκύπτει το πρόβλημα της σχέσης εκφρασμένων και πραγματικών αναγκών. Κατ' επέκταση ποιοί παράγοντες προσδιορίζουν την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας; Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι οικονομικοί όπως το ύψος του εισοδήματος του χρήστη, η τιμή των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας η οποία την στιγμή της χρήσης είναι μηδέν όταν υπάρχει κοινωνική ασφάλιση ή εθνικό σύστημα υγείας, η τιμή των υποκατάστατων ή των συμπληρωματικών αγαθών κλπ.8

---

4. B.Abel-Smith, 1994, ό.π., σ.5-17

5. V.Fuchs, 1993, ό.π., σ.30-32,41-42

6. Βλ. το κείμενο του R.Klein, "Economic versus political models in health care policy", στο J.McKinlay, (ed.), "Health care consumers, professionals and organizations", 1981, σ.1-14

7. S.Curtis, A.Taket, 1996, ό.π., σ.106-108

8. M.Pauly, "Economic aspects of consumer use", στο J.McKinlay, (ed.), 1981, ό.π., σ.56-87

Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η οργάνωση του συστήματος υγείας η οποία καθορίζει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη μεταχείριση του ασθενή από τη στιγμή που εισέλθει στο σύστημα. Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία επιδρούν στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας μέσω του μεγέθους τους και της γεωγραφικής κατανομής τους. Ακόμα μεγάλη βαρύτητα έχουν οι ατομικοί παράγοντες όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, εκπαίδευση, κοινωνική τάξη κλπ.9

Συνεπώς τίθεται το πρόβλημα της σχέσης υγείας-αναγκών-απαραίτητης φροντίδας. Η ατομική προσέγγιση (individual approach) συνδέει την υγεία με την αυτονομία και τον αυτοπροσδιορισμό. Η υγεία θεωρήται ως η ισορροπία μεταξύ του τί το άτομο θέλει και του τι μπορεί να κάνει. Οι ανάγκες προσδιορίζονται από τους στόχους του ατόμου και η φροντίδα υγείας πρέπει να ικανοποιεί τις προτιμήσεις του ατόμου. Η επαγγελματο-ιατρική προσέγγιση (medical-professional approach) προσδιορίζει την υγεία ως την απουσία νόσου, οι ανάγκες προσδιορίζονται με βάση αντικειμενικά προσδιορισμένα βιοιατρικά κριτήρια και οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας πρέπει να στοχεύουν στην εξάλειψη των κλινικών συμπτωμάτων. Τέλος σύμφωνα με την προσανατολισμένη προς την κοινότητα προσέγγιση (community oriented approach), η υγεία θεωρήται ως η δυνατότητα του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή της κοινότητας. Επομένως οι ανάγκες καθορίζονται από την αδυναμία συμμετοχής στην κοινωνική ζωή και οι επιλογές γίνονται από το κοινωνικό σύνολο. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να στοχεύουν συνεπώς στην αποκατάσταση της κοινωνικής συμμετοχής.

Οι τρείς αυτές προσεγγίσεις δεν είναι αναγκαία αλληλοαποκλειώμενες. Οι αποφάσεις σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να αναφέρονται σε μακρο-επίπεδο, η επαγγελματο-ιατρική προσέγγιση καθορίζει τη λήψη αποφάσεων σε μεσο-επίπεδο, ενώ η ατομική προσέγγιση καθορίζει τη λήψη αποφάσεων σε μικρο- επίπεδο.10

Πέρα από την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας, ένα σύστημα υγείας πρέπει να λειτουργεί με βάση κάποιες αρχές. Είδαμε ότι οι βασικότερες από αυτές τις αρχές είναι η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η εξασφάλιση της ισότητας και η διασφάλιση της ποιότητα. Ομως πολλές φορές οι αρχές αυτές μπορεί να έρχονται σε αντίθεση. Για παράδειγμα η αποδοτικότητα μπορεί να έρθει σε αντίθεση τόσο με την ισότητα όσο και με την ποιότητα. Πώς θα εξασφαλισθεί η συμβατότητα αυτών των αρχών μεταξύ τους; Πόση από την ισότητα είναι διατεθιμένη μια κοινωνία να θυσιάσει

---

9. Για τους κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας βλ. R.Andersen, J.Newman, "Societal and individual determinants of medical care utilization in the U.S.A.", στο J.McKinlay,(ed.), 1981, ό.π., σ.88-117

10. Βλ. για παράδειγμα το σκεπτικό της Ολλανδικής Επιτροπής μελέτης του συστήματος υγείας της Ολλανδίας, Report by the Government Committee, "Choises in health care", 1992,σ.48-55

στο όνομα της αποδοτικότητας ή και το αντίστροφο;

Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα υπήρξε ραγδαία με αποτέλεσμα να απασχολεί ένα μεγάλο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού κάθε χώρας. Το βασικό χαρακτηριστικό του είναι ότι αποτελεί έναν τομέα έντασης εργασίας και ίσως είναι ο μοναδικός κλάδος παραγωγής που η ανάπτυξη της τεχνολογίας δεν οδήγησε στην υποκατάσταση της εργασίας από το κεφάλαιο. Επομένως μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων του υγειονομικού τομέα αναπτύσσονται μια σειρά σχέσεων οι οποίες επιδρούν στην λειτουργία του συστήματος υγείας και καθορίζουν πολιτικές. Επιπλέον τίθεται το ζήτημα της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων με τη διαμόρφωση πολιτικών διοίκησης, εκπαίδευσης, παραγωγικότητας κλπ.

Το σύστημα υγείας λειτουργεί μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και πολιτικό περιβάλλον με αποτέλεσμα να επηρεάζει και να επηρεάζεται από αυτό. Αρα οι δημογραφικές και τεχνολογικές εξελίξεις, η οικονομική κατάσταση μιας χώρας, οι στάσεις και οι αντιλήψεις του πληθυσμού απέναντι στην υγεία κλπ. ασκούν σημαντική επίδραση στην λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Από τα ερωτήματα που τέθηκαν και τα οποία βέβαια δεν εξαντλούν τον προβληματισμό που αναπτύσσεται, φαίνεται η δυσκολία που υπάρχει στο να καθοριστούν επακριβώς οι πολιτικές υγείας λόγω της πολυπλοκότητα του συστήματος και του πολυδιάστατου των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των συστατικών μερών του. Η οποιαδήποτε παρέμβαση σε ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιου σχεδιασμού και προγραμματισμού που να στηρίζεται σε στοιχεία και συγκεκριμένες προτάσεις και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της εκάστοτε χώρας. Το πρόβλημα γίνεται ακόμα δυσκολότερο αν αναλογιστεί κανείς ότι οι απόψεις για την υγεία, τις υπηρεσίες υγείας και την πολιτική υγείας συνεχώς μεταβάλλονται και εξελίσσονται. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην αλλαγή της υγείας του πληθυσμού και στον τρόπο που η υγεία γίνεται αντιληπτή. Με την πάροδο του χρόνου αλλάζει και το φάσμα των κινδύνων για την υγεία και των ασθενειών ενώ τα συστήματα υγείας μεταρρυθμίζονται και διαμορφώνονται νέες υγειονομικές πολιτικές.

Στην Ελλάδα δεν δόθηκε η αναγκαία σημασία στον υγειονομικό τομέα και η οποιαδήποτε παρέμβαση τουλάχιστον μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 ήταν εντελώς απρογραμμάτιστη και ευκαιριακή. Η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983 ήταν το αποτέλεσμα μιας αναγκαιότητας ωστόσο και εδώ εμφανίστηκαν σοβαρά προβλήματα σχεδιασμού και εφαρμογής με συνέπεια τη δομική κρίση του ΕΣΥ στις αρχές της δεκαετίας του '90. Η κρίση αυτή κατέστησε αναγκαία τη μεταρρύθμιση του συστήματος και οδήγησε στην σύσταση μιας σειράς επιστημονικών επιτροπών μελέτης.

Οι προτάσεις που διαμορφώθηκαν κυρίως από την επιτροπή των ξένων εμπειρογνωμόνων και τις οποίες επεξεργάστηκαν στη συνέχεια οι επιτροπές Ελλήνων επιστημόνων διαπνέονται κυρίως από τη φιλοσοφία των αλλαγών που έγιναν στο εθνικό σύστημα υγείας της Βρετανίας με την μεταρύθμιση του 1989. Στο σημείο αυτό τίθεται το κρίσιμο ερώτημα του κατά πόσο αποτελεί ενδεδειγμένη πολιτική η υιοθέτηση μοντέλων που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες κάτω από διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες. Το ερώτημα γίνεται ακόμα πιο έντονο αν λάβει κανείς υπόψη του ότι οι αλλαγές που έγιναν στο Βρετανικό σύστημα υγείας είναι σχετικά πρόσφατες και συνεπώς τα αποτελέσματά τους δεν μπορούν να αξιολογηθούν με σιγουριά.11 Επομένως η άκριτη υιοθέτηση προτάσεων αμφίβολης αποτελεσματικότητας χωρίς να ληφθούν υπόψη οι συγκεκριμένες συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα θα έχει μάλλον αρνητικές συνέπειες.

---

11. Η μόνη σοβαρή προσπάθεια αξιολόγησης των μεταρρυθμίσεων στο NHS έγινε από το King's Fund Institute. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν εκφράζουν σε σχέση με τις περισσότερες μεταρρυθμίσεις που έγιναν, μια επιφυλακτικότητα και σκεπτικισμό ως προς τα θετικά αποτελέσματά τους αν όχι και αρνητικότητα όπως για παράδειγμα όσο αφορά τις δυνατότητες επιλογής των χρηστών, την επίτευξη της ισότητας, τον ιατρικό έλεγχο ή την καλύτερη ανταπόκριση των παρεχομένων υπηρεσιών στις ανάγκες των χρηστών. Βλ. R.Robinson, J.Le Grand, (eds.), "Evaluating the NHS reforms", 1994

ΕΠΙΛΟΓΟΣ : ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται στην Ελλάδα μετά το 1974 και με καθυστέρηση 30 χρόνων σε σχέση με τις χώρες της δυτικής Ευρώπης. Αποκτά μια περισσότερο θεσπισμένη έκφραση μετά το 1981, περίοδος η οποία συμπίπτει διεθνώς με την έντονη αμφισβήτηση του κοινωνικού κράτους. Εκείνη τη περίοδο στην Ελλάδα γίνονται τα πρώτα ουσιαστικά βήματα για να καλυφθεί το υφιστάμενο κενό που εμφανίζονταν στο θεσμικό επίπεδο της κοινωνικής προστασίας. Αυτή η προσπάθεια παίρνει σάρκα και οστά με την εφαρμογή μιας σειράς μεταρρυθμίσεων σημαντικότερη από τις οποίες ήταν η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το ΕΣΥ αποτέλεσε ίσως τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση της δεκαετίας του 1980 και αυτό για δύο λόγους. Πρώτο, γιατί σηματοδοτεί μια προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου πλαισίου καθολικής κοινωνικής προστασίας που απορρέει από τη θέση του κάθε ατόμου ως πολίτη μιας δημοκρατικής ευνομούμενης κοινωνίας και με αυτή την έννοια κατοχυρώνεται ως κοινωνικό δικαίωμα. Δεύτερο, γιατί η όλη προσπάθεια προυπέθετε την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός διαφορετικού πλαισίου αντιλήψεων και οργανωτικών αρχών για το ρόλο και την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, γεγονός που έκανε αναγκαία την αναδιοργάνωση του όλου συστήματος και τη θεσμοθέτηση νέων πρακτικών.

Το πρόβλημα όμως που τίθεται είναι η αναζήτηση των παραγόντων εκείνων που λειτούργησαν ανασχετικά στην ανάπτυξη των προνοιακών πολιτικών στην Ελλάδα. Γιατί η κοινωνική πολιτική δεν αποτέλεσε ουσιαστική συνιστώσα της μεταπολεμικής κρατικής παρέμβασης και γιατί το 1974 ή πιο συγκεκριμένα το 1981 σηματοδοτεί τη μετάβαση από το "παλαιό" στο "νέο καθεστώς";

Κατά καιρούς έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες για την καθυστερημένη εμφάνιση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Το κύριο χαρακτηριστικό των περισσότερων από αυτές είναι ότι συνήθως απομονώνουν ένα παράγοντα και αναγάγουν την καθυστέρηση στην ιδιαιτερότητα της Ελλάδας σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα.

Ενα ερμηνευτικό πλαίσιο αποτέλεσε η σύνδεση μεταξύ εμφάνισης του κράτους πρόνοιας και της διαδικασίας εκβιομηχάνισης στα πλαίσια του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής και του φορντιστικού μοντέλου συσσώρευσης. Με βάση αυτή τη προσέγγιση, η απουσία του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα συνδέεται με το συγκεκριμένο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας που χαρακτηρίζεται από ένα χαμηλό επίπεδο εκβιομηχάνισης, τη μη τευλορική οργάνωση της εργασίας και ένα καθεστώς συσσώρευσης που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως φορντιστικό.1

---

1. Π.Λινάρδος-Ρυλμόν, "Εργατικές αμοιβές και συσσώρευση κεφαλαίου

Μια δεύτερη ομάδα ερμηνειών τονίζει το πολιτικό στοιχείο ως καθοριστικό παράγοντα για την ιστορική καθυστέρηση της διαμόρφωσης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Ετσι, σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο οι αιτίες αυτής της καθυστέρησης δεν πρέπει να αναζητηθούν μόνο στην αργοπορημένη εκβιομηχάνηση της χώρας αλλά κυρίως στο πολιτικό σύστημα διακυβέρνησης, την επτάχρονη δικτατορία και την αποδυνάμωση του συνδικαλιστικού κινήματος.2

Η Πετμεζίδου-Τσουλουβή τονίζει τη σημασία των πολιτικών κριτηρίων στις κοινωνικο-οικονομικές συγκρούσεις για την ιδιοποίηση των πόρων. Διάφοροι τύποι πολιτικών διαπιστευτηρίων χωρίζουν το κοινωνικό σώμα σε αυτούς που διαθέτουν νόμιμες προσβάσεις στα κέντρα εξουσίας ως μέσο για την ιδιοποίηση πόρων και αυτούς που στερούνται κάθε πρόσβασης. Η έκβαση των πολιτικών συγκρούσεων καθορίζει τη ροή των πόρων και οι αποφάσεις που παίρνονται συνιστούν πολιτικούς χειρισμούς που εντάσσονται στη λογική των πελατειακών σχέσεων. Οταν κάθε ζήτημα κατανομής των πόρων πρέπει πρώτ'απ'όλα να λυθεί σε πολιτικό επίπεδο, όπου κανένας κανόνας δεν είναι δυνατό να τεθεί, μια και σε τελευταία ανάλυση η δυνατότητα άντλησης πόρων δεν απορρέει από τη θέση του ατόμου στην αγορά, αλλά αποτελεί συστατικό στοιχείο της πολιτικής του δύναμης, απουσιάζει από την κοινωνία η αναγκαιότητα για την αποτελεσματική λειτουργία του κράτους-πρόνοιας.3

Μια τρίτη προσέγγιση δίνει έμφαση στα κοινωνικά συμφέροντα. Σε σχέση με τους δύο σημαντικότερους πόλους κοινωνικού συμφέροντος (κεφάλαιο/εργασία) τονίζεται ότι λόγω της κυριαρχίας ενός μη φορντιστικού καθεστώτος συσσώρευσης, τόσο από την πλευρά του κεφαλαίου όσο και από την πλευρά της εργασίας δεν υπήρξαν πιέσεις για τη ανάληψη από το κράτος μέρους του κόστους αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης. Παράλληλα, η επιβίωση ορισμένων παραδοσιακών δομών που διευκολύνουν την κοινωνική ολοκλήρωση όπως η διευρυμένη οικογένεια, επέτρεψε τη λειτουργία τους ως υποκατάστων των κρατικά οργανομένων παροχών και συνέβαλε στη θεαματική ανάπτυξη της κατανάλωσης. Το χαμηλό επίπεδο πίεσης σε συνδυασμό με τις δυνατότητες ανάπτυξης της κατανάλωσης με άλλα μέσα προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό την περιορισμένη ανάπτυξη του προνοιακού χαρακτήρα του ελληνικού κράτους. Από την άλλη μεριά, μετά τον εμφύλιο η κοινωνική ολοκλήρωση και η σταθερότητα του πολιτικού συστήματος βασίστηκε περισσότερο στην ανάπτυξη του καταπιεστικού σκέλους του

στη μεταπολεμική Ελλάδα", 1992, σ.18, Σ.Ρομπόλης, Μ.Χλέτσος, "Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας", 1995, σ.71-75

2. Θ.Σακελλαρόπουλος, "Κράτος και οικονομία στην Ελλάδα. Μια ιστορική τυπολογία", στο Θ.Σακελλαρόπουλος, (επιμ.), "Νεοελληνική κοινωνία. Ιστορικές και κριτικές προσεγγίσεις", 1993, σ.238-242

3. Μ.Πετμεζίδου-Τσουλουβή, "Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική", 1992, σ.146-152

κρατικού μηχανισμού και λιγότερο σε μια κοινοβουλευτικά αποκτούμενη συναίνεση και νομιμοποίηση. Περιορίσθηκαν έτσι τα περιθώρια για συλλογικές πολιτικές διεκδικήσεις ενώ το διεκδικητικό δυναμικό διοχετεύτηκε στις πρακτικές εξατομικεύσεις των κοινωνικών προβλημάτων και στην προσπάθεια υπέρβασής τους ως τέτοιων. Το πελατειακό σύστημα αλλά και οι λαικιστικές δομές που αναπτύχθηκαν μεταγενέστερα αποτέλεσαν σημαντικούς ευνοικούς παράγοντες προς αυτήν την κατεύθυνση.4

Μια τέταρτη σύνθεση τονίζει τη διαπλοκή του πολιτικού και οικονομικού στοιχείου σε σχέση με την ανάπτυξη ορισμένου τύπου μηχανισμών κοινωνικής λειτουργίας. Ερμηνευτικούς παράγοντες αποτελούν η συγκεκριμένη μορφή που έλαβε η κοινωνική πάλη η οποία στηρίχθηκε σε μεθόδους βίας και όχι μεταρρυθμίσεων, το καθεστώς συσσώρευσης και η βραδεία μετάβαση από την εκτατική στην εντατική μέθοδο παραγωγής, ο προσανατολισμός του εργατικού και του συνδικαλιστικού κινήματος το οποίο έθεσε σε δεύτερη μοίρα τα αιτήματα για κοινωνική προστασία, οι πηγές του εισοδήματος όπου η βαρύτητα των άδηλων πόρων έδωσε τη δυνατότητα ικανοποίησης των αναγκών με άλλες μεθόδους πέρα από τη κατανομή του εθνικού εισοδήματος, η κρατική πολιτική που ευνόησε περισσότερο την ιδιωτική κοινωνική λειτουργία και όχι τις δημόσιες παροχές και η κυριαρχία της ρυθμιστικής παρέμβασης στις κοινωνικές σχέσεις έναντι των μηχανισμών αναπαραγωγής της μισθωτής εργασίας.5

Τέλος,για τον Τσουκαλά δύο φαίνεται να είναι οι παράγοντες που αποτέλεσαν εμπόδιο σε κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια στην Ελλάδα: η κατάσταση και ο ρόλος της διοίκησης και η δυνατότητες διαμόρφωσης μιας κοινωνίας των πολιτών. Η διοίκηση στην Ελλάδα δεν στόχευσε στην εκλογίκευση της κρατικής παρέμβασης και αυτό γιατί το κράτος ανέλαβε λειτουργίες που παρεμπόδισαν κάθε μεταρρυθμιστική διάσταση: συλλογικός εργοδότης, όργανο σταθεροποίησης των μεσαίων τάξεων και αναπαραγωγής ενός δικτύου πατρωνίας για τη σταθεροποίηση της ταξικής δομής. Από την άλλη μεριά απουσίασε η οργάνωση της κοινωνίας των πολιτών έτσι όπως αυτή έλαβε χώρα στα ανεπτυγμένα κράτη.6

---

4. Θ.Μαλούτας, Δ.Οικονόμου, "Κράτος πρόνοιας : το πρότυπο και η ελληνική εκδοχή του", στο Θ.Μαλούτας, Δ.Οικονόμου, (επιμ.), "Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα", 1988, σ.32-37

5. Ν.Κοτζιάς, "Κράτος και πολιτική. Η διαλεκτική του κράτους", 1993, σ.282-285

6. Βλ. το κείμενο του Τσουκαλά με τίτλο "Ριζοσπαστική μεταρρύθμιση σε μια προ-προνοιακή κοινωνία: οι αντινομίες του δημοκρατικού σοσιαλισμού στην Ελλάδα", στη συλλογή κειμένων του συγγραφέα Κ.Τσουκαλάς, "Ταξίδι στο λόγο και την ιστορία. Κείμενα 1969-1996", Πλέθρον 1996, Β'τόμος, σ.225-235

Ενα από τα συμπεράσματα του πρώτου κεφαλαίου ήταν ότι δεν υπάρχει μια και μοναδική αιτία ή μια μεγάλη θεωρία που να εξηγεί την εμφάνιση και ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας. Οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές μεταβλητές βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση μέσα σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο το οποίο συγκροτεί την διαμόρφωση και ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής. Επομένως για να κατανοήσουμε την καθυστερημένη ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα ως ενός κεντρικού θεσμού της σύγχρονης κοινωνίας, θα πρέπει να εξετάσουμε το πώς οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές παράμετροι συνδυάζονται και επηρεάζουν την πολιτική κοινωνικής προστασίας. Οι ερμηνείες που παρουσιάστηκαν παραπάνω φωτίζουν ένα μέρος της πραγματικότητας και από αυτή την άποψη αποτελούν ένα καλό σημείο εκκίνησης, χωρίς όμως να συγκροτούν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Μερικές από αυτές εμφανίζουν ανεπάρκειες αφού δίνουν έμφαση σε ένα μόνο ερμηνευτικό παράγοντα όπως για παράδειγμα η θέση για την απουσία ενός φορντιστικού καθεστώτος συσσώρευσης.7 Αλλες, αποτελούν συμπλήρωμα άλλων θεωρητικών αναζητήσεων των συγγραφέων και συνεπώς μόνο σαν έναυσμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Για την καλύτερη κατανόηση του ζητήματος και την εξαγωγή αξιόλογων συμπερασμάτων είναι αναγκαία μια βαθύτερη διερεύνηση και ανάλυση των ιστορικών δεδομένων μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο.

1.ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος και στη συνέχεια ο εμφύλιος είχαν ως αποτέλεσμα μια σειρά αρνητικών επιδράσεων στην ελληνική οικονομία με την αποδιάρθρωση της παραγωγικής δομής, τον περιορισμό των παραγωγικών δραστηριοτήτων, την αποδιοργάνωση των κύριων οικονομικών λειτουργιών του κράτους, τον υπερπληθωρισμό, την εκτεταμένη ανεργία και την εμφάνιση ανεπίσημων μορφών παραγωγής και εμπορίας προιόντων. Το πρόβλημα που έπρεπε να αντιμετωπιστεί ήταν αυτό της ανασυγκρότησης της οικονομίας και της χάραξης μιας μακροχρόνιας αναπτυξιακής πολιτικής. Το πρόβλημα είχε μια τριπλή διάσταση με την έννοια ότι θα έπρεπε να αποφασιστεί το μοντέλο ανάπτυξης της χώρας, να βρεθούν τα αναγκαία κεφάλαια και να εξασφαλιστεί η κοινωνική ειρήνη που θα στήριζε την προσπάθεια ανασυγκρότησης.8

Ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε γύρω από το ζήτημα του αναπτυξιακού μοντέλου αφορούσε την εκβιομηχάνιση της χώρας. Τα αναπτυξιακά μοντέλα που προσδιορίσθηκαν ήταν δύο. Το πρώτο, που ήταν αυτό της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς, υποστήριζε ότι οι

---

7. Για μια κριτική αυτής της θέσης και τις ανεπάρκειες που εμφανίζει βλ. πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης.

8. Σ.Θωμαδάκης, "Αδιέξοδα της ανασυγκρότησης και οικονομικοί θεσμοί του μεταπολεμικού κράτους", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", σ.34-40

δυνατότητες εκβιομηχάνισης ήταν περιορισμένες και συνεπώς θα έπρεπε να δοθεί έμφαση στην γεωργία, την ελαφριά βιομηχανία και τις υπηρεσίες. Το δεύτερο μοντέλο,της κρατικής παρέμβασης, τόνιζε την αναγκαιότητα εκβιομηχάνισης της χώρας και ανάπτυξης της βαριάς βιομηχανίας. Τελικά επικράτησε το πρώτο μοντέλο με την περιορισμένη εκβιομηχάνιση και την προτεραιότητα στην ελαφριά βιομηχανία του κλάδου τροφίμων, καπνού, υφαντουργίας και άλλων καταναλωτικών προϊόντων, ενώ η ανάπτυξη της χημικής βιομηχανίας, της μεταλλουργίας, των ορυχείων και γενικότερα της βαριάς βιομηχανίας, παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα.9

Η χρηματοδότηση της αναπτυξιακής προσπάθειας έγινε κυρίως μέσα από την ξένη βοήθεια, τις προσπάθειες θεσμικών μεταρρυθμίσεων και τα μέτρα δημοσιονομικής και νομισματικής πολιτικής στα πλαίσια των σταθεροποιητικών προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν. Τα μέτρα αυτά αφορούσαν κυρίως την καταπολέμιση του πληθωρισμού, τη μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, την κατάργηση της πολιτικής του χρυσού, την υποτίμηση της δραχμής, την περιοριστική εισοδηματική πολιτική κλπ.10

Οι κατευθύνσεις που ακολούθησε η αναπτυξιακή πολιτική στα πρώτα χρόνια μετά τον εμφύλιο, καθόρισαν την μελλοντική πορεία της οικονομίας της χώρας. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της πορείας ήταν τα ακόλουθα.11

---

9. Γ.Σταθάκης, "Η διαμόρφωση του μεταπολεμικού μοντέλου εκβιομηχάνισης. Η κρίσιμη περίοδος 1944-53", στο Θ.Σακελλαρόπουλος, (επιμ.), "Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα", 1992, σ.9-32

10. Γ.Σταθάκης, "Η οικονομική πολιτική των ΗΠΑ στην Ελλάδα 1949-1953: Σταθεροποίηση και νομισματική μεταρρύθμιση", στο 4ο Συνέδριο..., 1994, ό.π., σ.41-56

11. Η ανάλυση που ακολουθεί βασίζεται στις παρακάτω μελέτες: Α.Κιντής, "Ανάπτυξη της Ελληνικής βιομηχανίας. Επιτεύξεις, προβλήματα,προοπτικές", 1982, Τ.Γιαννίτσης, "Η ελληνική βιομηχανία. Ανάπτυξη και κρίση", 1983, κυρίως σ.13-48, Τ.Φωτόπουλος, "Εξαρτημένη ανάπτυξη. Η ελληνική περίπτωση", 1985, κυρίως σ.92-232, Κ.Βεργόπουλος, "Οικονομική κρίση και εκσυγχρονισμός στην Ελλάδα και στον Ευρωπαικό Νότο", στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη", 1986, σ.61-105, Τ.Γιαννίτσης, "Ελλάδα: Η εκβιομηχάνιση σε κρίση", στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη", 1986, σ.245-266, Κ.Βαίτσος, Τ.Γιαννίτσης, "Τεχνολογικός μετασχηματισμός και οικονομική ανάπτυξη. Ελληνική εμπειρία και διεθνείς προοπτικές", 1987, κυρίως σ.11-136 Γ.Μηλιός, "Ο ελληνικός κοινωνικός σχηματισμός. Από τον επεκτατισμό στην καπιταλιστική ανάπτυξη", 1988, κυρίως σ.315-429, Γ.Μηλιός, Η.Ιωακείμογλου, "Η διεθνοποίηση του ελληνικού καπιταλισμού και το ισοζύγιο πληρωμών", 1990, Π.Λινάρδος-Ρυλμόν, "Εργατικές αμοιβές και συσσώρευση κεφαλαίου στη μεταπολεμική Ελλάδα", 1992, Θ.Σακελλαρόπουλος, "Κράτος και οικονομία στην Ελλάδα. Μια ιστορική τυπολογία", στο Θ.Σακελλαρόπουλος, (επιμ.), "Νεοελληνική κοινωνία. Ιστορικές και κριτικές προσεγγίσεις", 1993, σ.189-246, Σ.Καραγιάννη,

Η εξέλιξη των επενδύσεων ως προς τον όγκο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική, όμως το πρόβλημα εντοπίζεται στον προσανατολισμό τους. Ο βιομηχανικός τομέας απορρόφησε ένα μικρό μέρος των επενδύσεων, ενώ το μεγαλύτερο μέρος το απορρόφησε ο κλάδος των κατασκευών και των έργων υποδομής: οικοδομική δραστηριότητα, μεταφορές και τηλεπικοινωνίες. Το αποτέλεσμα ήταν η διαμόρφωση ενός αδύναμου βιομηχανικού συστήματος όπου η βιομηχανία αυξάνει πολύ αργά το βάρος της στο ΑΕΠ, η γέννηση ενός συστήματος παραγωγής που περιστρεφόταν γύρω από τις οικοδομές με αποτέλεσμα η μεταποίηση να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικοδομική δραστηριότητα και τις κατασκευές και η ανάπτυξη του τριτογενούς τομέα. Ο βιομηχανικός τομέας δεν απέκτησε τόση βαρύτητα ώστε να προσδιορίσει σημαντικά τη δομή της ελληνικής οικονομίας.

Μεγάλο μέρος των βιομηχανικών επενδύσεων και κυρίως αυτές που αφορούσαν τον εκσυγχρονισμό, έγιναν από πολυεθνικές λόγω της αδυναμίας του εθνικού ιδιωτικού κεφαλαίου και του δημόσιου τομέα να προωθήσουν το βιομηχανικό μετασχηματισμό της χώρας με βάση εσωτερικές αποφάσεις. Συνέπεια αυτού ήταν η τεχνολογική εξάρτηση, τα υψηλά ελλείμματα του ισοζυγίου πληρωμών λόγω των εισαγωγών πρώτων υλών και βιομηχανικών προϊόντων υψηλής τεχνολογίας, η επιδείνωση των προοπτικών των επιχειρήσεων για κέρδη, ο κυρίαρχος χαρακτήρας των ξένων επενδύσεων και ανυπαρξία βασικής βιομηχανίας στους κλάδους παραγωγής μέσων παραγωγής. Η εισροή των πόρων από το εξωτερικό δεν έκανε επιτακτική μια πολιτική ανακατανομής των εσωτερικών πόρων και αλλαγής του καταναλωτικού πρότυπου.

Έτσι η ελληνική οικονομία αναπτύχθηκε με ένα τρόπο που δεν αντανακλούσε το επίπεδο ανάπτυξης των δικών της παραγωγικών δυνάμεων αλλά ο βιομηχανικός μετασχηματισμός που επιχειρήθηκε ήταν αποτέλεσμα των επενδυτικών αποφάσεων του ξένου κεφαλαίου. Η ελληνική κοινωνία διατήρησε το διαμεσολαβητικό χαρακτήρα όπου το εμπόριο, οι υπηρεσίες και οι ενδιάμεσες δραστηριότητες συγκροτούν το ισχυρότερο τμήμα του κοινωνικού σχηματισμού. Οδηγηθήκαμε σε μια ανισομερή ανάπτυξη και ένα δυισμό της οικονομίας, δηλαδή συνύπαρξη από τη μια, μεγάλων εξαγωγικών μονάδων ελεγχόμενων από το ξένο κεφάλαιο που χαρακτηρίζονται από υψηλή συγκέντρωση κεφαλαίου και εργασίας και από υψηλή παραγωγικότητα και από την άλλη ντόπιων μικρών μονάδων που απευθύνονται βασικά στην

Α.Νικολάου, "Βιομηχανική πολιτική στις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες: Χωρικές και κλαδικές διαστάσεις", στο 4ο Συνέδριο..., ό.π., 1994, Α'τόμος, σ.95-114, Π.Σκαγιάννης, "Ο ρόλος των υποδομών στα καθεστώτα συσσώρευσης των πρώτων μεταπολεμικών περιόδων στην Ελλάδα", στο 4ο Συνέδριο..., ό.π., 1994, Α'τόμος, σ.115-132, Σ.Μπαμπανάσης, "Η οικονομική ανάπτυξη και οι κοινωνικές επιπτώσεις της στην Ελλάδα κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", στο 4ο Συνέδριο..., ό.π., 1994, Β'τόμος, σ.37-59, Β.Φίλιας, "Κοινωνιολογία της υπανάπτυξης", 1996, κυρίως σ.227-249

εσωτερική αγορά και χαρακτηρίζονται από χαμηλή συγκέντρωση κεφαλαίου και εργασίας, χαμηλή παραγωγικότητα και χαμηλή προστιθέμενη αξία. Αυτό το γεγονός συνέτεινε στην μη απορρόφηση από τον μεταποιητικό τομέα, του πλεονάζοντος εργατικού δυναμικού που υποαπασχολείται στο γεωργικό τομέα ή βρίσκει παρασιτικές απασχολήσεις στον τομέα υπηρεσιών με συνέπειες την υψηλή ανεργία και την υποαπασχόληση που έσπρωχναν τον πληθυσμό στη μετανάστευση. Η έλλειψη ολοκληρωμένης βιομηχανικής βάσης αντικατοπτρίζονταν στο χαμηλό ποσοστό προστιθέμενης αξίας στη μεταποιητική παραγωγή, στη μικρή αξιοποίηση των εγχώριων παραγωγικών πόρων και στην εξάρτηση από εξωγενείς εισροές.

Εμφανίζονται σημαντικές ανισότητες στην κατανομή του εισοδήματος ανά κλάδο παραγωγής που σχετίζονται με ανισότητες στην κατανομή της παραγωγικότητας. Παραγωγικότητα και μισθοί δεν συνδέονται αλλά εξελίσσονται αυτόνομα και δημιουργείται μεταξύ τους ένα χάσμα. Η διαφοροποίηση αυτή εκφράζεται και στον τρόπο διανομής της προστιθέμενης αξίας μεταξύ μισθών και κερδών. Ωστόσο τα μεταναστευτικά και ναυτιλιακά εμβάσματα, καθώς και ο τουρισμός τόνωσαν τις καταναλωτικές δομές με την εισροή εμβασμάτων και την εισροή κεφαλαίων για αγορά ακινήτων.

Το κράτος δεν ανέλαβε επενδυτικές παραγωγικές δραστηριότητες στη μεταποίηση αλλά αρκέστηκε στη δημιουργία της υποδομής και στη διαμόρφωση των γενικότερων προυποθέσεων για την τόνωση των ιδιωτικών πρωτοβουλιών μέσω μιας οικονομικής πολιτικής που είχε ως κύριους άξονες τη φορολογική, επενδυτική και πιστωτική πολιτική, η οποία λειτούργησε επιταχυντικά για τη διαδικασία κεφαλαιακής συσσώρευσης μέσω της χρηματοδότησης της βιομηχανίας και την ανακατανομή των πιστώσεων προς όφελος της βιομηχανίας, του εμπορίου, των οικοδομών, των μεταφορών και των επικοινωνιών. Ειδικότερα εφαρμόστηκε μια πολιτική κινήτρων με απαλλαγές από ασφαλιστικές εισφορές, φοροαπαλλαγές, χαμηλά επιτόκια κλπ., μια πολιτική κρατικών επενδύσεων στην υποδομή (δρόμοι, λιμάνια, εγγειοβελτιωτικά έργα), την ενέργεια και τις βιομηχανικές μονάδες εθνικής σημασίας, μια φορολογική πολιτική με τη νομοθέτηση μέτρων που προέβλεπαν φορολογικές μειώσεις και απαλλαγές για το κεφάλαιο και μια δασμολογική πολιτική που είχε ως χαρακτηριστικά από την μια την πολύ μικρή προστασία των σύγχρονων δραστηριοτήτων υψηλής τεχνολογίας και την απουσία ενός αναπτυξιακού προστατευτισμού και από την άλλη την διαμόρφωση ενός καθεστώτος υπερπροστασίας της ελαφριάς βιομηχανίας. Η πολιτική κινήτρων προσέλκυσης ξένων κεφαλαίων που εφαρμόστηκε, δεν απέδωσε στον αναμενόμενο βαθμό γιατί η προσέλκυση κεφαλαίου από την ομογένεια ήταν μικρή, δεν έστρεψε τις αποταμιεύσεις των μεταναστών προς παραγωγικές επενδύσεις αλλά σε επενδύσεις σε ακίνητα και δεν συνέβαλλε στην επανεπένδυση των κερδών των ξένων επιχειρήσεων.

Η συμπίεση του επιπέδου μισθών και του ρυθμού αύξησής τους είχε αρνητικές συνέπειες ως προς την αύξηση του ποσοστού των μισθωτών. Αντίθετα το ποσοστό των αυτοαπασχολούμενων είναι ιδιαίτερα αυξημένο και αυτό σχετίζεται και με το μεγάλο βάρος των υπηρεσιών. Τελικά η νόρμα κατανάλωσης δεν μορφοποιείται από την εργατική. Δεν υπάρχει οργανική σύνδεση ανάμεσα στις συνθήκες

παραγωγικής κατανάλωσης και αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης και ο μισθός εκφράζει μονόπλευρα κόστος.

2.ΤΟ ΙΔΕΟΛΟΓΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η περίοδος 1945-75 που σηματοδοτεί την μεγάλη ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, προσδιορίστηκε από ένα συγκεκριμένο μοντέλο πολιτικών σχέσεων που χαρακτηρίζονταν από τη διαμόρφωση μιας ευρείας πολιτικής συναίνεσης στα πλαίσια μιας κορπορατιστικής εκπροσώπευσης των κοινωνικών συμφερόντων με βάση ένα ορισμένο θεσμικό κανονιστικό πλαίσιο. Η κατάσταση όμως στην Ελλάδα διαμορφώθηκε κάπως διαφορετικά. Καθοριστικό ρόλο στη μορφή που πήρε το πολιτικό σκηνικό στην Ελλάδα έπαιξε ο εμφύλιος, οι επιπτώσεις του οποίου σημασιοδότησαν τις εξελίξεις της μεταπολεμικής περιόδου στη χώρα. Οι επιπτώσεις αυτές αναφέρονται τόσο στη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας όσο και στην θεσμοποίηση πολιτικών συμπεριφορών που προκάλεσαν τη νοθεία των κοινοβουλευτικών θεσμών, τον ετεροχρονισμό των συνταγματικών επιταγών και κατέληξαν στην επιβολή της επτάχρονης δικτατορίας.

Ο εμφύλιος ήταν αυτός που συνάρθρωσε ένα πλήθος συντηρητικών ιδεολογικών στοιχείων σε μια συνεκτική ολότητα της οποίας βασικός άξονας αναφοράς ήταν η διάκριση του έθνους σε εθνικόφρονες και μη. Η διάκριση αυτή αντικαθιστά την διαμάχη βενιζελικών-βασιλικών κατά το μεσοπόλεμο και λειτουργεί ως συνδετικός ιστός μεταξύ των δύο παρατάξεων για την καταπολέμιση του νέου κοινού εχθρού που είναι το ΕΑΜικό μπλόκ στο οποίο βρίσκουν έκφραση οι λαικές δυνάμεις.12 Ετσι κυριαρχούν δικοτομικά σχήματα ενσωμάτωσης-αποκλεισμού όχι στα πλαίσια ενός θεσμικού πολιτικού ανταγωνισμού αλλά με βάση το στοιχείο της εξωτερικότητας των αντιφρονούντων ως προς την εθνική ταυτότητα και τον αποκλεισμό τους από τις θεσμικές διαδικασίες νομιμοποίησης. Ο εσωτερικός εχθρός ταυτίστηκε με μια εξωτερική απειλή.13

Η κατάσταση αυτή βρίσκει έκφραση σε συνταγματικό επίπεδο με τη νόθευση του συνταγματικού φιλελευθερισμού η οποία αναφέρεται τόσο στις σχέσεις εξουσίας όσο και στο καθεστώς των ελευθεριών. Ετσι ενισχύεται ο ρόλος της εκτελεστικής εξουσίας και περιορίζονται οι αρμοδιότητες του κοινοβουλίου αφού τα κύρια κέντρα εξουσίας ήταν

---

12. Για το ρόλο του ΕΑΜ ως κύριου εκφραστή ευρέων κοινωνικών ομάδων βλ. Χ.Βερναρδάκης, Γ.Μαυρής, "Κόμματα και κοινωνικές συμμαχίες στην προδικτατορική Ελλάδα. Οι προυποθέσεις της μεταπολίτευσης", 1991, σ.21-50

13. Κ.Τσουκαλάς, "Η ιδεολογική επίδραση του εμφύλιου πολέμου", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-1950. Ενα έθνος σε κρίση", 1984, σ.561-594, Α.Ελεφάντης, "Εθνικοφροσύνη: η ιδεολογία του τρόμου και της ενοχοποίησης", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", 1994, σ.645-654

η μοναρχία και ο στρατός ενώ ταυτόχρονα η λειτουργία του παρασυντάγματος αντανακλά τη διάκριση των πολιτών ανάλογα με τις πολιτικές τους πεποιθήσεις και αναιρεί τις θεμελιώδεις ατομικές και πολιτικές ελευθερίες. Το αποτέλεσμα ήταν να μην διαμορφωθεί στην Ελλάδα ένα κράτος δικαίου που να στηρίζεται σε μια θεσμικά προσδιορισμένη συναίνεση και να κατοχυρώνει τα δικαιώματα του πολίτη στη βάση της νομικής ισότητας αλλά ένα αστυνομικό κράτος που κάνει εκτεταμένη χρήση των μηχανισμών καταστολής.14 Το πολιτικό σύστημα χαρακτηρίζονταν από την αστάθεια και την αδυναμία των κομμάτων, την συνεχή παρέμβαση της μοναρχίας και την υιοθέτηση αντισυνταγματικών θέσεων και την ισχυρή θέση του στρατού. Το αποτέλεσμα ήταν η ματαίωση εγκαθίδρυσης ενός δυτικού τύπου κοινοβουλευτικού πολιτεύματος.15

Οι προσπάθειες κάποιου εκσυγχρονισμού του συνταγματικού και πολιτικού συστήματος που σημειώνονται μετά το 1963 από τον Κ.Καραμανλή και την Ενωση Κέντρου του Γ.Παπανδρέου βρίσκουν αντιμέτωπο το στρατό ο οποίος, με το πραξικόπημα του 1967 αναλαμβάνει την υπεράσπιση της καθεστηκυίας τάξης. Η αυξανόμενη πολιτική κινητοποίηση έθετε σε αμφισβήτηση την κυριαρχία του και παρεμβαίνει για να αποτρέψει τη μείωση του ρόλου του στο σύστημα εξουσίας.16 Η πτώση της δικτατορίας το 197417 και η ψήφιση του Συντάγματος του 1975, σημασιοδοτούν μια νέα εποχή για την Ελλάδα η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση του κράτους δικαίου όπου η άσκηση της εξουσίας υπόκειται σε σταθερούς κανόνες και κατοχυρώνεται η προστασία των ατομικών ελευθεριών.18

---

14. Ν.Αλιβιζάτος, "Οι πολιτικοί θεσμοί σε κρίση 1922-1974. Οψεις της Ελληνικής εμπειρίας", 1986, Ν.Καλτσόγια-Τουρναβίτη, "Η μεταπολεμική ελληνική κοινωνία και η πορεία της προς τον θεσμικό-πολιτικό εκσυγχρονισμό", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967, 1994, σ.655-671, Ν.Κοτζιάς, "Η κοινωνία της συνενοχής. Κρατική νομιμότητα και νομιμοποίηση στη μεταπολεμική Ελλάδα. Μια πρόταση ερμηνείας του ιστορικού γίγνεσθαι της Ελληνικής κοινωνίας την περίοδο 1950-67", στο 4ο Συνέδριο..., ό.π., 1995, Β'τόμος, σ.127-152

15. J.Meynaud, "Πολιτικές δυνάμεις στην Ελλάδα", 1964, σ.25-32, Χ.Βερναρδάκης, Γ.Μαυρής, 1991, ό.π., σ.350-363

16. Ν.Μουζέλης, "Κοινοβουλευτισμός και εκβιομηχάνιση στην ημι-περιφέρεια: Ελλάδα, Βαλκάνια, Λατινική Αμερική", 1987, σ.241-251

17. Η πτώση της δικτατορίας αποδίδεται στην αδυναμία νομιμοποίησής της αφού δεν μπόρεσε να αφομοιώσει στοιχεία μιας εκσυγχρονιστικής πολιτικής, διατηρώντας ως κύριο στοιχείο της μετεμφυλιακής άσκησης της εξουσίας, τον στρατό. Βλ. Δ.Χαραλάμπης, "Στρατός και πολιτική εξουσία. Η δομή της εξουσίας στην μετεμφυλιακή Ελλάδα", 1985

18. Α.Μάνεσης, "Η εξέλιξη των πολιτικών θεσμών στην Ελλάδα: αναζητώντας μια δύσκολη νομιμοποίηση", στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη", 1986, σ.15-59, Γ.Μητάκος, "Οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα στη

Το σύνταγμα του 1975 καθιερώνει έστω και χωρίς ρητή αναφορά, δηλαδή έμμεσα, την αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου, αφού περιέχει μια σειρά διατάξεων με κοινωνικό περιεχόμενο κυρίως όσο αφορά τη συνταγματική θεμελίωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, αλλά θεσπίζει και ειδικές ή γενικές κοινωνικές ρήτρες.19 Και αν τη περίοδο 1974-81 η έμφαση είχε δοθεί κυρίως στην οικοδόμιση και εδραίωση ενός κράτους δικαίου, το διάστημα 1981-1989 σηματοδοτεί τη μετατόπιση του βάρους προς την διαμόρφωση του κοινωνικού κράτους.20

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια,απουσίαζε οποιαδήποτε μορφή σωματειακού κινήματος αφού οι σχέσεις ανάμεσα στους πολίτες συγκροτούνταν μέσω του κράτους στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δομής πελατειακών σχέσεων χειροτεχνικού-εμπορικού-ατομικού τύπου.21 Απουσίαζε ένα θεσμικό πλαίσιο ενσωμάτωσης των πολιτών στο πολιτικό σύστημα και η εδραίωση ενός συναινετικού κοινωνικού συμβολαίου.22 Αντί αυτού, στην Ελλάδα εδραιώθηκε μια εξωθεσμική εξαναγκαστική συναίνεση και άτυπες μορφές κοινωνικής ενσωμάτωσης όπου ο ρόλος του στρατού ως εγγυητή αυτής της συναίνεσης ήταν πολύ σημαντικός.23 Η νομιμοποίηση των επαγγελματικών οργανώσεων, η ύπαρξη και η δράση τους δεν γίνονταν αποδεκτή και η αυτονομία τους ήταν περιορισμένη.24 Οι όποιες κορπορατιστικές πρακτικές εφαρμόστηκαν, εντάσσονταν στα πλαίσια ενός αποκλείοντος κορπορατισμού όπου η κρατική πολιτική νομοθετικά προσπαθεί να ελέγξει τις κοινωνικές οργανώσεις εντάσσοντας τα ανώτατα όργανα εκπροσώπησής τους στο γραφειοκρατικό μηχανισμό του κράτους και αποθαρρύνοντας την κινητοποίηση των μελών αυτών των οργανώσεων.25

δεκαετία του '60 και οι τάσεις υπέρβασής τους σε πολιτικό επίπεδο. Οι αγκυλώσεις μιας ανάπηρης καρέκλας", στο 4ο Συνέδριο..., 1994, ό.π., σ.670-713

19. Κ.Κρεμαλής κ.α., "Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος", 1990, σ.53-56, Γ.Παπαδημητρίου, "Η αρχή του κοινωνικού κράτους στη μεταπολιτευτική Ελλάδα (1974-1991)", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.131-140

20. Γ.Παπαδημητρίου, 1993, ό.π.

21. Ν.Κοτζιάς, 1995, ό.π.

22. Μ.Ψημίτης, "Κοινωνική συναίνεση και πολιτική ορθολογικότητα", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 68/1988, σ.3-27

23. Δ.Χαραλάμπης, "Πελατειακές σχέσεις και λαικισμός. Η εξωθεσμική συναίνεση στο ελληνικό πολιτικό σύστημα", 1989, κυρίως σ.172-183.

24. Γ.Μαυροκορδάτος, "Μεταξύ πιτυοκάμπτη και προκρούστη. Οι επαγγελματικές οργανώσεις στη σημερινή Ελλάδα", 1988, σ.33-38

25. Δ.Κιούκας, "Οργάνωση συμφερόντων στην Ελλάδα. Ενσωμάτωση και

Ετσι μπορεί να υποστηριχθεί ότι το εθνικό σύστημα εργασιακών σχέσεων στην Ελλάδα μεταπολεμικά δεν αναπτύχθηκε στη βάση ενός κορπορατιστικού μοντέλου όπως έγινε στις άλλες ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες. Η συνεργασία των συνδικάτων με το κράτος και τους εργοδότες δεν ήταν αποτέλεσμα εσωτερικών διαδικασιών των συνδικάτων στη βάση πολιτικών συναίνεσης αλλά στη βάση της εξάρτησης. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος ήταν η κρατική παρέμβαση στα συνδικάτα που γίνονταν μέσω του συστήματος χρηματοδότησής τους, των διορισμένων ηγεσιών στη ΓΣΕΕ, της ανάπτυξης πελατειακών σχέσεων με ορισμένα συνδικαλιστικά στελέχη και της αναγκαστικής διαιτησίας.26 Δεν αναπτύχθηκαν αντιπροσωπευτικοί θεσμοί συλλογικών διαπραγματεύσεων μεταξύ μισθωτών, εργοδοτών και κράτους. Η πυκνότητα των φορέων συλλογικής διαπραγμάτευσης στο εργατικό δυναμικό ήταν χαμηλή και το κράτος κατείχε την πρωτοκαθεδρία στη ρύθμιση των συλλογικών διαπραγματεύσεων ασκώντας έντονες παρεμβάσεις στις συλλογικές σχέσεις. Το αποτέλεσμα ήταν η υπανάπτυξη των συλλογικών διαπραγματεύσεων, των συλλογικών συμβάσεων εργασίας και γενικότερα του εθνικού συστήματος εργασιακών σχέσεων. Η υποχρεωτική διαιτησία δεν μπόρεσε να αναπτύξει την τριμερή συνεργασία ως εναλλακτική μέθοδο έναντι των απεργιών.27

Εκτός όμως από την διατήρηση στα εργατικά σωματεία, ισχυρών στοιχείων του πελατειακού συστήματος από τα πρώτα κιόλας χρόνια μετά τον εμφύλιο και την κρατική κηδεμονία της ΓΣΕΕ με τις διορισμένες ηγεσίες, σημαντικούς παράγοντες για τον μελλοντικό βαθμό αυτονομίας και ισχύος του συνδικαλιστικού κινήματος αποτέλεσαν η δράση των συνδικαλιστικών παρατάξεων και η αμερικάνικη παρέμβαση στη διαμόρφωση της οργάνωσης και λειτουργίας των συνδικάτων. Ειδικότερα, στόχος των ξένων επεμβάσεων ήταν η λειτουργία του συνδικαλιστικού κινήματος ως παράγοντα αποτροπής της επέκτασης της επιρροής της κομμουνιστικής ιδεολογίας και γενικότερα ελέγχου των αντιφρονούντων στοιχείων.28

πρόσβαση στο κράτος σε συγκριτική προοπτική", 1994, σ.209

26. Σ.Κατσαμπάνης, "Τα ελληνικά συνδικάτα στη μεταπολεμική περίοδο", στο Θ.Σακελλαρόπουλος, (επιμ.), "Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα", 1992, σ.169-192, Γ.Παντελόγλου, "Η αποτυχία του εκδημοκρατισμού του ελληνικού συνδικαλιστικού κινήματος στη μεταπολεμική περίοδο και η θεσμοθέτηση των παρεμβάσεων. Το ελληνικό συνδικαλιστικό κίνημα στην περίοδο 1945-50", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα..., ό.π., 1994, σ.519-530

27. Χ.Ιωάννου, "Μισθωτή απασχόληση και συνδικαλισμός στην Ελλάδα", 1989, σ.181-195, Χ.Ιωάννου, "Το εθνικό σύστημα εργασιακών σχέσεων στη μεταπολεμική Ελλάδα, 1955-1967", στο 4ο Συνέδριο..., ό.π., Β'τόμος, 1995, σ.73-105.

28. Α.Πόλλις, "Επέμβαση των ΗΠΑ στα Ελληνικά εργατικά σωματεία, 1947-1950", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-50. Ενα έθνος σε κρίση", 1984, σ.461-486, Παντελόγλου, 1994, ό.π.

Από την άλλη μεριά, η δράση των συνδικαλιστικών παρατάξεων που εξαρτιώνταν άμεσα από τα πολιτικά κόμματα, αν και είχε ως θετική συνέπεια να προσλάβει το συνδικαλιστικό κίνημα ένα προσανατολισμό με αντιφασιστικό, ταξικό, μαζικό και πολιτικό χαρακτήρα, ωστόσο προσδιόρισε ένα από τα πιο αρνητικά στοιχεία του συνδικαλιστικού κινήματος που είχε σημαντικές επιπτώσεις στο μέλλον. Το στοιχείο αυτό ήταν η έντονη κομματικοποίηση του συνδικαλιστικού κινήματος όπου οι συνδικαλιστικές παρατάξεις προσπαθούσαν να περάσουν τη γραμμή του κόμματος που αντιπροσώπευαν, με αποτέλεσμα το συνδικαλιστικό κίνημα να μην μπορεί να αρθρώσει τον δικό του λόγο, να θέσει στόχους και να αναπτύξει τη δική του στρατηγική.29

Επίσης αρνητικές επιπτώσεις στην ανάληψη από το συνδικαλιστικό κίνημα ενός πιο ενεργητικού ρόλου για την προώθηση κοινωνικών αιτημάτων, έπαιξε και η οργανωτική δομή του η οποία χαρακτηρίζεται από ένα πολύ μεγάλο αριθμό οργανώσεων και μια πολύπλοκη δομή της οποίας βασικά στοιχεία αποτελούν η εκλογική εκπροσώπευση των Εργατικών Κέντρων στη ΓΣΕΕ, η ύπαρξη πολλών ομοειδών οργανώσεων για την εκπροσώπευση της ίδιας κατηγορίας εργαζομένων και η ύπαρξη πολλών σωματείων-σφραγίδων.30

3.ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Αναλύοντας κανείς την κοινωνική δομή της Ελλάδας, ανακαλύπτει ότι δύο είναι τα βασικότερα χαρακτηριστικά της: σε μακροεπίπεδο, εμφανίζεται μια εκτεταμένη ανάπτυξη των μικροαστικών στρωμάτων, ενώ σε μικροεπίπεδο διατηρούνται οι ισχυροί οικογενειακοί και συγγενικοί δεσμοί.

Η ελληνική κοινωνική διάρθρωση χαρακτηρίζεται από την σημαντική θέση που κατέχουν στην κοινωνική δομή οι μικροιδιοκτήτες παλαιότερα του αγροτικού χώρου (μικροπαραγωγοί, κάτοχοι μικρού κλήρου) και πιο ύστερα του αστικού χώρου, που απασχολούνται στη μεταποίηση (βιοτέχνες), στη διακίνηση των αγαθών (έμποροι) και στην παροχή υπηρεσιών (επαγγελματίες) ή είναι ιδιοκτήτες κατοικιών, καταστημάτων και γενικότερα ακινήτων τα οποία αποτελούν πηγή εισοδήματος. Η αναπαραγωγή αυτών των στρωμάτων υποστηρίχθηκε τόσο από το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης που υιοθετήθηκε μεταπολεμικά και έδωσε έμφαση στην ελαφριά βιομηχανία, την μικροεμπορευματική παραγωγή και την εισροή άδηλων πόρων, όσο και από την πολιτική εξουσία που ενθάρρυνε την ανάπτυξη των μικροαστικών στρωμάτων ως πηγή άντλησης νομιμοποίησης. Σε επίπεδο απασχόλησης η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι σε όλη τη μεταπολεμική περίοδο το μεγαλύτερο τμήμα του οικονομικά ενεργού πληθυσμού

---

29. Γ.Παντελόγλου, "Ελληνικό συνδικαλιστικό κίνημα: οι πολιτικές συνδικαλιστικές παρατάξεις της περιόδου 1945-1949", στο Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, τεύχος 3, Ιούλιος 1996, σ.48-71

30. Θ.Κατσανέβας, "Το σύγχρονο συνδικαλιστικό κίνημα στην Ελλάδα", 1996 σ.47-53

κατατάσσονταν στην κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων και των συμβοηθούντων οικογενειακών μελών.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ (%) ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ : 1951-1981

Ετος	Εργοδότες	Αυτοαπα-σχολούμενοι	Συμβοηθ. Οικ.Μέλη	Μισθωτοι	Δεν Δήλωσαν
1951	2,7	38,0	16,2	36,8	6,3
1961	3,2	31,8	28,6	33,5	2,9
1971	4,1	34,5	18,4	42,3	0,7
1981	3,0	34,2	11,6	49,6	1,6

Πηγή : Α.Λύτρας 1993,σ.189

Αυτό το γεγονός σχετίζεται με την αδυναμία απορρόφησης από το δευτερογενή τομέα παραγωγής, του πλεονάζοντος εργατικού δυναμικού το οποίο φεύγοντας από τον πρωτογενή τομέα, είχε δύο επιλογές: μετανάστευση ή αυτοαπασχόληση.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΙΜΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΟΥΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1955-1977

Περίδος	Αριθμός μεταναστών	Μέσος ετήσιος αριθμός
1955-1959	143.769	28.754
1960-1964	396.300	79.260
1965-1969	389.211	77.842
1970-1974	249.796	49.959
1975-1977	57.214	19.071
1955-1977	1.236.290	53.752

Πηγή : Η.Εμκε-Πουλοπούλου 1986,σ.67

Ετσι η διαδικασία μισθωτοποίησης στην Ελλάδα δεν έλαβε την έκταση που είχε σε άλλες χώρες αλλά και επιπλέον το μεγαλύτερο μέρος των μισθωτών απορροφήθηκε στο εμπόριο, τις υπηρεσίες και το δημόσιο τομέα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ύπαρξη μιας μικρής και κατακερματισμένης εργατικής τάξης που χαρακτηρίζονταν από μια ατροφική ανάπτυξη του σκληρού πυρήνα της, δηλαδή της βιομηχανικής εργατικής τάξης.31

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της ελληνικής κοινωνικής δομής είναι η διατήρηση των ισχυρών οικογενειακών σχέσεων. Αυτό για παράδειγμα

---

31. Κ.Βεργόπουλος, "Η συγκρότηση της νέας αστικής τάξης, 1944-1952", στο Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-1950. Ενα έθνος σε κρίση", 1984, σ.529-559, Μ.Πετμεζίδου-Τσουλουβή, "Κοινωνικές τάξεις και μηχανισμοί κοινωνικής αναπαραγωγής", 1987, κυρίως σ.147-228, Α.Μοσχονάς, "Παραδοσιακά μικροαστικά στρώματα. Η περίπτωση της Ελλάδας", 1986, Π.Λινάρδος-Ρυλμόν 1992, ό.π., σ.47-63, Α.Λύτρας, "Προλεγόμενα στη θεωρία της Ελληνικής κοινωνικής δομής", 1993, κυρίως σ.151-252

μπορεί να φανεί από το χαμηλό ποσοστό διαζυγίων που παρατηρήθηκε στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαικές χώρες.

ΑΔΡΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΖΥΓΙΩΝ (ΔΙΑΖΥΓΙΑ ΕΠΙ 1000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ) ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 1960-1980

Χώρες	1960	1965	1970	1975	1980
Βέλγιο	0,50	0,58	0,66	1,10	1,50
Δανία	1,50	1,40	1,90	2,60	2,80
Γερμανία	0,90	1,00	1,30	1,70	1,60
Ελλάδα	0,30	0,40	0,40	0,40	0,70
Ισπανία	-	-	-	-	-
Γαλλία	0,66	0,72	0,79	1,10	1,50
Ιρλανδία	-	-	-	-	-
Ιταλία	-	-	-	0,19	0,21
Λουξεμβούργο	0,50	0,40	0,60	0,60	1,60
Ολλανδία	0,50	0,50	0,80	1,50	1,80
Πορτογαλλία	0,08	0,08	0,06	0,26	0,60
Ην.Βασίλειο	0,50	0,70	1,10	2,30	2,80

Πηγή : Β.Κοτζαμάνης 1986,σ.119

Η οικογένεια στην Ελλάδα, αλλά και γενικότερα η συγγένεια, με τους στενούς δεσμούς που ανέπτυξε μεταξύ των μελών της, αποτέλεσε έναν σημαντικό εξισοροπιστικό μηχανισμό στη διαδικασία κοινωνικής αναπαραγωγής, ο οποίος στην ουσία υποκατέστησε τόσο τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας, όσο και τη δραστηριότητα της κοινότητας.32 Οι δεσμοί και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της συγγενικής ομάδας ήταν και παραμένουν ισχυροί τόσο στα πλαίσια του αγροτικού όσο και του αστικού χώρου.33 Η οικογένεια άμβλυνε τις κρίσεις αλλά παράλληλα παρεμπόδισε την ανάπτυξη κρατικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων κυρίως σε τοπικό επίπεδο μέσω της αποκέντρωσης κάποιων λειτουργιών του κεντρικού κράτους.34

---

32. Ο Μαλούτας κάνει λόγο για "οικογενειοκεντρική κοινωνική αναπαραγωγή" για να δηλώσει την έντονη παρουσία της οικογένειας στις ελληνικές συνθήκες που αντικατοπτρίζουν τις οικογενειακές στρατηγικές αναπαραγωγής που έχουν ένα διττό χαρακτήρα ως στρατηγικές επιβίωσης και ανέλιξης. Βλ. Θ.Μαλούτας, "Αθήνα, κατοικία, οικογένεια. Ανάλυση των μεταπολεμικών πρακτικών στέγασης", 1990, σ.23-27

33. Λ.Μαράτου-Αλιπράντη, "Δομικά χαρακτηριστικά και παραδοσιακές λειτουργίες της αγροτικής οικογένειας: Εμπειρικές έρευνες", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 66, 1987, σ.73-105, Λ.Μαράτου- Αλιπράντη, "Η οικογένεια στην Αθήνα: Οικογενειακά πρότυπα και συζυγικές πρακτικές", 1995, σ.42-46

34. Θ.Μαλούτας, "Χωρική δομή και κοινωνική διαδικασία στην υπανάπτυξη του ελληνικού κράτους πρόνοιας", στο Θ.Μαλούτας, Δ.Οικονόμου, (επιμ.), "Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα", 1988, σ.273-325

Αν και ως προς τη μορφή εμφανίζεται κυρίως ως πυρηνική, λειτούργησε στα πλαίσια ενός ευρύτερου πεδίου συγγενικών σχέσεων το οποίο παρείχε μια πολυμορφία συμπληρωματικών ως προς τη λειτουργία διόδων συμπαράστασης, τόσο ηθικής όσο και υλικής υφής.35 Διαμόρφωσε ένα φάσμα σχέσεων αλληλοβοήθειας και αλληλεγγύης και ανέλαβε σημαντικούς ρόλους στην παροχή υπηρεσιών άτυπης φροντίδας ως προς τους τομείς της κατοικίας, της φύλαξης των παιδιών, της εκπαίδευσης, της υγείας και της φροντίδας των ηλικιωμένων.36 Οι πρακτικές αυτές εντάσσονται σε ένα πλαίσιο οικογενειακών στρατηγικών για την ανέλιξη και την εξασφάλιση των μελών της οικογένειας. Ετσι μπορεί να υποστηριχθεί ότι η οικογένεια στην Ελλάδα λειτούργησε ως ένα σύστημα αυτασφαλιστικών πρακτικών που υποκατέστησε αλλά και συνέβαλλε στην καθυστερημένη ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.37

4.ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Για την σε βάθος ανάλυση του κράτους πρόνοιας δεν αρκεί μόνο να εξετάσουμε το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον αλλά και τον τρόπο διαμόρφωσης των επιμέρους πολιτικών. Η επιτυχής διαμόρφωση και εφαρμογή των δημόσιων πολιτικών βασίζεται στην ικανότητα του συστήματος δημόσιας διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης να φέρει σε πέρας τα προγράμματα δημόσιας πολιτικής που στοχεύουν στην αντιμετώπιση σημαντικών κοινωνικών προβλημάτων. Η διοικητική δυσλειτουργία έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία του κράτους να ικανοποιήσει τις κοινωνικές ανάγκες και τα κοινωνικά αιτήματα.

Μια σειρά μελετών διαπιστώνουν ότι το σύστημα δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα μεταπολεμικά,εμφάνιζε και εξακολουθεί να εμφανίζει ιδιαίτερες αδυναμίες. Κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο ανασυγκρότησης του ελληνικού κράτους, η κατάσταση της δημόσιας διοίκησης ήταν τέτοια που δεν της επέτρεπε να εκπληρώσει τις βασικές διοικητικές λειτουργίες αλλά ούτε και να συμβάλει δημιουργικά στην αναπτυξιακή διαδικασία. Η απουσία μιας ενιαίας και σαφούς στρατηγικής για τη διοικητική μεταρρύθμιση και ο ιδιάζων ρόλος του δημόσιου τομέα ως μέσου απορρόφησης εργατικού

---

35. Μ.Πετρονώτη, "Δίκτυα κοινωνικών σχέσεων: Οψεις και αλληλεπιδράσεις με τη διαδικασία επαγγελματικής κινητικότητας", 1995, κυρίως σ.23-69

36. Κ.Λαμπροπούλου, "Οι γυναίκες ως φορείς φροντίδας: σημασία και επιδράσεις στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής", στο 3ο Συνέδριο..., 1993, ό.π., σ.715-732, Χ.Συμεωνίδου, "Τυπικές και άτυπες μορφές κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα", στο Γ.Κυριόπουλος κ.α., (επιμ.), "Υγεία, κοινωνική προστασία και οικογένεια", 1995, σ.239-254, Λ.Μαράτου-Αλιπράντη 1987 και 1995, ό.π.

37. Κ.Τσουκαλάς, "Κράτος, κοινωνία, εργασία στη μεταπολεμική Ελλάδα", 1986, σ.260-286 και Μ.Πετρονώτη, 1995, ό.π.

δυναμικού και ως μέσου ενσωμάτωσης και αποκλεισμού, εμπόδισαν οποιαδήποτε βελτίωση της κατάστασης.38 Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζονταν από εξαιρετικά συγκεντρωτική δομή του διοικητικού συστήματος, περιορισμό των αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης, απουσία μιας καλά οργανωμένης διοικητικής γραφειοκρατίας αφού η στελέχωσή της γίνονταν με βάση τις πελατειακές σχέσεις και έντονα προβλήματα στη διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής των προγραμμάτων, με αποτέλεσμα την απουσία ενός στοιχειώδους συντονισμού των δραστηριοτήτων των διαφόρων κρατικών φορέων.39

Οι διαπιστώσεις αυτές ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα ακόμα και σήμερα και περιγράφουν με επάρκεια το υφιστάμενο καθεστώς της δημόσιας διοίκησης.40 Το καθεστώς αυτό προσδιορίζεται από σημαντικά προβλήματα που αφορούν τη διαρθρωτική δομή της διοίκησης, τη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό,την εσωτερική οργάνωση και λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και τις σχέσεις κράτους-πολίτη. Ως προς τη διαρθρωτική δομή της δημόσιας διοίκησης τα προβλήματα εντοπίζονται στη συγκεντρωτική δομή του συστήματος όπου η διαμόρφωση πολιτικής και η λήψη αποφάσεων ανήκουν στη κεντρική διοίκηση, στις απαρχαιωμένες δομές και τεχνικές οργάνωσης που οδηγούν σε έλλειψη συντονισμού, στην επικάλυψη δραστηριοτήτων και στον ευκαιριακό αυτοσχεδιασμό, στον περιορισμένο ρόλο της περιφερειακής και νομαρχιακής διοίκησης και στις αδυναμίες του ιδιόμορφου καθεστώτος των ΝΠΔΔ τα οποία στερούνται ουσιαστικής αυτονομίας. Σε σχέση με τη στελέχωση οι αδυναμίες εντοπίζονται στο βαθμολογικό και μισθολογικό σύστημα που στερούνται κινήτρων για αυξημένη απόδοση, στην απουσία κατάλληλων θεσμών διάρθρωσης και διοίκησης του προσωπικού και στην έλλειψη ικανού εξειδικευμένου προσωπικού. Οσο αφορά την εσωτερική οργάνωση, τονίζεται η έλλειψη σχεδιασμού και

---

38. Α.Μακρυδημήτρης, "Κυβέρνηση και διοίκηση: Ο διοικητικός μηχανισμός του κράτους κατά τη περίοδο της ανασυγκρότησης", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", 1994, σ.471-479

39. A.Wood-Ritsatakis, "Unified social planning in the Greek context", 1986,σ.91-93, J.Meynaud, "Πολιτικές δυνάμεις στην Ελλάδα", 1964, σ.32, Δ.Σακκάς, "Τα αναπτυξιακά προγράμματα της περιόδου 1947-1966 και η σχέση τους με τον ενδεικτικό προγραμματισμό", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά τη πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", 1994, σ.59-76, Μ.Πετμεζίδου, Λ.Τσουλουβής, "Οψεις κρατικού προγραμματισμού στην Ελλάδα: ιστορική συνέχεια και οι επιπτώσεις της κρίσης", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης", 1990, σ.288-301

40. Μετά το 1981 έγιναν κάποιες προσπάθειες βελτίωσης της κατάστασης όπως η κατάρτιση νέων οργανισμών των υπουργείων και των ΝΠΔΔ, η ψήφιση του Ν.1599/1987 για απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η ψήφιση του Ν.1735/1986 για τις μετατάξεις, η Ιδρυση της Σχολής Δημόσιας Διοίκησης κλπ.

προγραμματισμού, ο πλημμελής έλεγχος, η σύγχυση συντονισμού και επικοινωνίας, οι χρονοβόρες διαδικασίες λήψης αποφάσεων, η απουσία τεχνικών μέτρησης της αποδοτικότητας, η ελλειπής χρησιμοποίηση των τεχνικών της πληροφορικής και η έλλειψη χωροταξικής κατανομής των χώρων εργασίας. Το αποτέλεσμα είναι η μειωμένη παραγωγικότητα, η σπατάλη χρόνου και η αδυναμία χάραξης ενιαίας πολιτικής. Τέλος οι σχέσεις κράτους-πολίτη δομήθηκαν στη βάση μιας σχέσης διοίκησης-διοικούμενων υπηκόων με ελλειπή πληροφόρηση και επικοινωνία, μεθόδους γραφειοκρατικές και νομικά περίπλοκες και περιορισμένο έλεγχο των πράξεων της διοίκησης για κακοδιοίκηση και αυθαιρεσία.41

Ως αιτίες των ανεπαρκειών που εμφανίζει το διοικητικό σύστημα στην Ελλάδα αναφέρονται κυρίως η περιορισμένη αυτονομία της δημόσιας διοίκησης από την πολιτική και η συγκέντρωση της δύναμης στο πολιτικό σύστημα, γεγονός που οδηγεί στην έντονη κομματικοποίηση της γραφειοκρατίας και δεύτερο η απαρχαιωμένη διοικητική διάρθρωση ως προς την οργάνωση και τη στελέχωση που προκύπτει από τη διόγκωση του αριθμού των δημόσιων υπαλλήλων σε σχέση με το έργο που παράγουν, την ακατάλληλη επιλογή στελεχών, την απουσία μιας σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας και την αποτυχία των προσπαθειών εκσυγχρονισμού.42

Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσε για παράδειγμα να εξηγηθεί ενμέρει η αποτυχία υλοποίησης του πρωτοποριακού για την εποχή του Ν.Δ.2592/53 για την περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος,43 ή τα προβλήματα που όπως είδαμε εμφάνισε η λειτουργία του ΕΣΥ ως προς τη λήψη αποφάσεων, τη διοίκηση των νοσοκομείων, τη μη λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας κλπ.

Υπό το πρίσμα των νέων προσεγγίσεων για την κοινωνική πολιτική και την αναβάθμιση του ρόλου της κοινότητας, η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα αποτελούσε και εξακολουθεί να συνιστά έναν επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα. Το συγκεντρωτικό σύστημα διοικητικής οργάνωσης του ευρύτερου δημόσιου τομέα αλλά και ειδικότερα των κοινωνικών υπηρεσιών, η καθυστέρηση στη θέσπιση και ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης, η

---

41. ΚΕΠΕ, Εκθεση Ομάδας Εργασίας για το Πρόγραμμα 1988-92, "Δημόσια Διοίκηση", σ.29-109

42. Α.Μακρυδημήτρης, "Χαρακτηριστικά της ελληνικής διοικητικής κρίσης" στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης. Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", 1990, σ.222-239, Μ.Πετμεζίδου, Λ.Τσουλουβής, 1990, ό.π.,

43. Δ.Νιάκας, "Αίτια μη υλοποίησης μιας καινοτόμου νομοθετικής παρέμβασης (Ν.Δ.2592/53) για την υγεία και περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Β'τόμος, σ.63-70

έλλειψη οικονομικών πόρων, η απουσία κατάλληλου θεσμικού πλαισίου, υποδομής και στελεχών, περιόρισαν και περιορίζουν τις δυνατότητες ώστε η τοπική αυτοδιοίκηση να παίξει έναν ενεργό ρόλο στην κοινωνική πολιτική. Το ιεραρχικό, συγκεντρωτικό και αυταρχικό μοντέλο κρατικής εξουσίας του μετεμφυλιακού κράτους αναπαράχθηκε και στη σχέση κεντρικού-τοπικού κράτους, με τον περιορισμό της εξουσίας και των αρμοδιοτήτων των τοπικών σωμάτων.44

Ειδικότερα, όσο αφορά το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία των ΟΤΑ, η κοινωνική τους αρμοδιότητα δεν κατοχυρώνεται στο επίπεδο του Συντάγματος αλλά μόνο στο επίπεδο της κοινής νομοθεσίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δυνατοτήτων ανάπτυξης αυτόνομων δραστηριοτήτων στον τομέα της κοινωνικής προστασίας. Οι νέοι νόμοι 2071/92 (Φ.Ε.Κ. Α'123,15/7/92) για τον "Εκσυγχρονισμό και οργάνωση του Συστήματος Υγείας", με βάση τον οποίο προβλέπεται η συμμετοχή δύο εκπροσώπων της ΚΕΔΚΕ στο ΚΕΣΥ και 2082/92 (Φ.Ε.Κ. Α'158,21/9/92) για την "Αναδιοργάνωση της κοινωνικής πρόνοιας και την καθιέρωση νέων θεσμών κοινωνικής προστασίας", με βάση τον οποίο συνίσταται στο ΥΥΠΚΑ Συμβουλευτική Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων στην οποία συμμετέχει ένας εκπρόσωπος της τοπικής αυτοδιοίκησης, δεν αποτελούν σημαντικό βήμα αφού δεν εξασφαλίζονται οικονομικοί πόροι για την χρηματοδότηση πρωτοβουλιών σε τοπικό επίπεδο αλλά ούτε προσδιορίζονται και οι προυποθέσεις ανάληψης πρωτοβουλιών από την τοπική αυτοδιοίκηση μιας και ο ρόλος της παραμένει περισσότερο συμβουλευτικός παρά ενεργητικός.45

5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτό που προσπάθησε να δείξει η παραπάνω ανάλυση είναι η συνθετότητα και η πολλαπλότητα των παραγόντων που συνέβαλλαν στην καθυστερημένη ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Η συνθετότητα αυτή αποκλείει κάθε προσπάθεια μονοσήμαντου αναγωγισμού που θα υποδήλωνε την πρωτοκαθεδρία του οικονομικού ή του πολιτικού στοιχείου. Δεν μπορούμε για παράδειγμα να εξηγήσουμε αυτή την καθυστέρηση με βάση αναφοράς μόνο το μοντέλο

---

44. Π.Γετίμης, "Η συγκρότηση του τοπικού κράτους στην Ελλάδα", στο Θ. Μαλούτας, Δ.Οικονόμου, (επιμ.), "Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις", 1988, σ.149-182

45. Κεντρική Ενωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας-Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης, "Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση. Παρούσα κατάσταση και προοπτικές", 1995, Γ.Μητάκος, "Τοπική ανάπτυξη και κοινωνική πολιτική", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", 1993, σ.567-572, Γ.Αμίτσης, "Τοπική κοινωνία και κοινωνική πολιτική: το θεσμικό πλαίσιο της αμφίδρομης ενεργοποίησης", στο 3ο Συνέδριο..., ό.π., 1993, σ.573-587

οικονομικής ανάπτυξης αν δεν λάβουμε υπόψη μας το πολιτικό πλαίσιο το οποίο ενθάρρυνε και στήριξε αυτή την ανάπτυξη. Από την άλλη, η διαιώνιση της δομή εξουσίας δεν μπορεί να μην λάβει υπόψη της το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης το οποίο διαμόρφωσε τις κοινωνικές συνθήκες αναπαραγωγής των στρωμάτων που νομιμοποίησαν το πολιτικό καθεστώς. Η η λειτουργία του κρατικού μηχανισμού θα πρέπει να ειδωθεί και σε σχέση με την πολιτική διάσταση αφού για παράδειγμα η στελέχωσή του έγινε κυρίως με κομματικά κριτήρια. Η ποιότητα όμως του στελεχιακού δυναμικού προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό τις αναπτυξιακές δυνατότητες του προγραμματισμού.

Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σημαντικές όχι μόνο για την ερμηνεία της καθυστερημένης ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα αλλά και για τις μελλοντικές προσπάθειες ενδυνάμωσης και σταθεροποίησής του. Οποιαδήποτε πολιτική που δεν θα λάβει υπόψη της το σύνολο των παραμέτρων που προσδιορίζουν τη διαμόρφωση του ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού, είναι καταδικασμένη σε αποτυχία. Αυτό για παράδειγμα ήταν εμφανές στην περίπτωση της εφαρμογής του θεσμού των κέντρων υγείας. Ενας από τους παράγοντες που συνέβαλλε στο ασύμπτωτο μεταξύ των προσδοκόμενων στόχων και των πραγματικών αποτελεσμάτων και στην αδυναμία εκπλήρωσης του ρόλου τους, ήταν η περιορισμένη συμμετοχή της κοινότητας στο όλο εγχείρημα ακριβώς λόγω της υπανάπτυξης της τοπικής αυτοδιοίκησης αλλά και του πρότυπου χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας των πολιτών. Επίσης η αδυναμία επαρκούς στελέχωσής τους με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό υποδηλώνει τα κενά στον προγραμματισμό και την εκπαιδευτική πολιτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α.ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

-Abel-Smith B.,Titmuss K.(ed.), "Selected writings of Richard Titmuss:The philosophy of welfare", Allen & Unwin 1987

-Abel-Smith B.,"An international study of health expenditure and its relevance for health planning", WHO,Geneva 1967

-Abel-Smith B., "National Health Service.The first thirty years" London HMSO 1978

-Abel-Smith B., "Cost containment in health care.The experience of 12 European countries 1977-83",Commission of the European Communities,Document,1984

-Abel-Smith B.,"An introduction to health.Policy,planning and financing",Longman 1994

-Abel-Smith B.,"The crisis in social policy and the role of public health", National School of Public Health,Athens 1995

-Abel-Smith B.,Leiserson A.,"Poverty,development and health policy", WHO 1978

-Abel-Smith B.,Mossialos E.,"Cost containment and health care reform:a study of the European Union", Health Policy, vol.28, no 2, May 1994

-Abel-Smith B.,Figueras J.Holland W.,McKee M.,Mossialos E., "Choises in health policy.An agenda for the European Union", Dartmouth 1995

-Adriaansens H., "Citizenship,work and welfare", στο Steenbergen B.van,(ed.), "The condition of citizenship", Sage 1994

-Advisory Council for the concerted action inhealth care,"Health care and health insurance 2000.Individual-respinsibility, subsidiarity and solidarity in a changing environment",Expert opinion report 1994

-Aiach P.,Carr-Hill R., "Inequalities in health: the country debate",στο Fox J. (ed.),"Health inequalities in European Countries", Gower 1989

-Alber J.,"Continuities and changes in the idea of the welfare state", στο Politics and society, vol.16, no 4, 1988

-Alcock P., "Why citizenship and welfare rights offer new hope for new welfare in Britain?", στο Critical Social Policy, issue 26, vol.9, no 2, Autumn 1989

-Allen J.,"Fordism and modern industry", στο Allen J.et al.(eds.) "Political and economic forms of modernity", Polity 1992

-Allen S.,Macey M., "Some issues of race,ethnicity and nationalism in the new Europe: rethinking sociological paradigms", στο Brown P.,Crompton R.,(eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", UCL Press 1994

-Allsop J., "Health policy and the National Health Service", Longman 1984

-Allsop J.,May A., "Between the devil and the deep blue sea: managing the NHS in the wake of the 1990 Act", στο Critical Social Policy Issue 38,Volume 13,Number 2,Autumn 1993

-Altenstetter C., "Europe beyond 1992:Implications for national health policies and delivery systems", International Social Security Review, 3/1990

-Andersen R.,Newman J.,"Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States",στο McKinlay J. (ed.),"Health care consumers,professionals and organizations", Milbank Reader 1981

-Arrow K., "Social choise and individual values", Yale University Press 1963

-Arrow K., "The welfare economics of medical care", στο Cooper M. Culyer A.,(ed.), "Health economics", Penguin Books 1973

-Ashford D., "The emergence of the welfare states",Blackwell 1986

-Atkinson A., "Poverty and social security", Harvester Wheatsheaf 1989

-Atkinson A., "On targeting social security: Theory and western experience with family benefits", London School of Economics 1993

-Atkinson A., "Seeking to explain the distribution of income", London School oh Economics 1994

-Atkinson A., "State pensions for today and tomorrow", London School of Economics 1994

-Atkinson A., "Incomes and the welfare state.Essays on Britain and Europe", Cambridge University Press 1995

-Atkinson A., "The welfare state and economic performance", London School of Economics 1995

-Badura B., "What is and what determines health?", Laaser U.,De Leeuw E.,Stock C.,"Scientific foundations for a public health policy in Europe", Juventa 1995

-Baily M.,Burtless G.,Litan R., "Growth with equity.Economic policymaking for the next century", Brookings 1993

-Baldwin P., "The scandinavian origins of the social interpretation of the welfare state", στο Comparative Studies in Society and History, vol.31,no 1,January 1989

-Baldwin P., "Class interests and the post-war welfare state in Europe: A historical perspective", στο International Social Security Review, vol.1, 1990

-Baldwin P., "The welfare state for historians", στο Comparative Studies in Society and History,vol.34,no 4,October 1992

-Banting K., "The welfare state as statecraft: territorial politics and canadian social policy", στο Leibfried S.,Pierson P.,(eds.), "European social policy.Between fragmentation and integration", Brookings 1995

-Barr N., "The economics of the welfare state", Weidenfeld and Nicolson 1987

-Barr N., "The welfare state as an efficient device", London School of Economics 1987

-Barry N., "Understanding the market", στο Loney M. et al.,(eds.) "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Battistella R.,"Health services reforms:political and managerial aims.An international perspective", International Joyrnal of Health Planning and management, vol.8, no 4, Oct.-Dec.1993

-Bellamy R., "Citizenship and rights", στο Bellamy R.,(ed.), "Theories and concepts of politics.An introduction", Manchester University Press 1993

-Beveridge W., "Social insurance and allied services",London 1942

-Blackwell J., "Changing work patterns and their implications for social protection", στο Baldwin S.,Falkingham J.,(eds.), "Social security and social change.New challenges to Beveridge report", Harvester Wheatsheaf 1994

-Blais R.,"Maitriser les depenses de sante en offrant des services plus appropries:quelques propositions",στο Journal d' economie medicale,Juillet-Aout 1990,no 4,8e annee

-Blaxter M.,"A comparison of measures of inequality in morbidity" στο Fox J.(ed.),"Health inequalities in European Countries", Gower 1989

-Boadway R.,Bruce N., "Welfare economics", Blackwell 1984

-Bonner J., "Politics,economics and welfare.An elementary introduction to social choise", Harvester Wheatsheaf 1986

-Borowitz M.,Sheldon T.,"Controlling health care:from economic incentives to micro-clinical regulation", Health Economics, vol.2, no 3, October 1993

-Bradshaw Y.,Wallace M., "Global inequalities", Pine Forge 1996

-Braham P., "The divisions of labour and occupational change", στο Allen J.et al.,(eds.), "Political and economic forms of modernity", Polity 1992

-Bridgman R.F.,Roemer M.I.,"Hospital legislation and hospital systems", WHO,Geneva 1973

-Brown P.,Sparks R.,(edit.), "Beyond Thatcherism.Social policy, politics and society", Open University Press 1989

-Bruegel I.,Hegewisch A., "Flexibilization and part-time work in Europe", στο Brown P.,Crompton R.,(eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", UCL Press 1994

-Brumback C.,Malecki J., "Health care reform and the role of public health agencies", στο Journal of Public Health Policy, vol.17, no 2, 1996

-Buchanan J.,Rowley C.,Tollison R.,(eds.), "Deficits", Blackwell 1987

-Buchanan J.,Tollison D.,(eds.), "Theory of public choise. Political applications of economics", University of Michigan Press 1972

-Cahill M., "The new social policy", Blackwell 1994

-Cairns J.,Donaldson C.,"Introduction to economics in the new NHS", Health Policy, Special Issue:Economics in the new NHS, vol.25, September 1993

-Cairns J.,"Contracts:problems and prospects", Health Policy, Special Issue:Economics in the new NHS, vol.25,September 1993

-Callender C., "Women and employment", στο Hallett C.,(ed.), "Women and social policy.An introduction", Harvester Wheatsheaf 1996

-Camplong L., "Pauvrete et exclusion", Hatier 1995

-Cantillon B., "Family,work and social security", στο Baldwin S., Falkingham J.,(eds.), "Social security and social change.New challenges to the Beveridge report", Harvester Wheatsheaf 1994

-Cawson A., "Corporatism and welfare.Social policy and state intervention in Britain", Heinemann 1982

-Cawson A., "Corporatism and political theory", Blackwell 1986

-Chandra J.,Kakabadse A., "Privatisation and the NHS.The scope for collaboration", Avebury 1985

-Cheff C., "Controversial issues in social policy.Government and the pursuit of happiness", Sage 1992

-Clarke J.,Langan M., "Restructuring welfare: The British welfare regime in the 1980s", στο Cochrane A.,Clarke J.,(eds.), "Comparing welfare states: Britain in international context", Sage 1993

-Cochrane A., "Looking for a European welfare state", στο Cochrane A.,Clarke J.,(eds.),"Comparing welfare states: Britain in international context", Sage 1993

-Commission Europeenne, "La situation demographique dans l'Union europeenne", Raport 1994, DG V-COM(94) 595

-Commission of EC, "Social protection in Europe", Luxemburg 1994

-Commission of EC,"The new public health dimension of the European Union", Luxemburg 17/12/1993

-Commission on Social Justice, "Social justice. Strategies for national renewal", Vintage 1994

-Comite mixte FISE/OMS des Directives sanitaires,"Prise de decision a l'echelon national pour les soins des sante primaires",OMS Geneve 1981

-Committee for the study of the future of public health.Division of health care services.Institute of Medicine,"The future of public health", National Academy Press, Washington D.C.1988

-Council of Europe,"Computerisation of medical data in hospital services including university hospitals", Strasbourg 1988

-Croft S.,Beresford P., "User-involvement,citizenship and social policy", στο Critical Social Policy, issue 26,vol.9,no 2, Autumn 1989

-Culyer A., "Is medical care different ?", στο Cooper M.,Culyer A "Health economics", Penguin Books 1973

-Culyer A., "Cost containment in Europe", στο OECD,"Health care systems in transition.The search for efficiency" OECD 1990

-Culyer A.,Wagstaff A.,"Equity and equality in health and health care", Journal of Health Economics, no 4, December 1993

-Curtis S.,Taket A., "Health & societies. Changing perspectives", Arnold 1996

-Cutler T.,Waine B., "Managing the welfare state.The politics of public sector management", Berg 1994

-Davies H.,"Managing public services in the 1990s", International Journal of Health Planning and Management, vol.8, no 4, October-December 1993

-Davies S., "Towards the ramoralization of society", στο Loney M. et al.(eds.),"The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Deakin N., "The politics of welfare", Methuen 1987

-Deakin N.,"In search of the postwar consesus", Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics 1988

-Delande G.,"Developpment technique et maitrise des depenses de sante",στο Journal d'Economie Medicale, Mai-Juin 1991, no 3, 9e annee

-Demier Francis, "Histoire des politiques sociales. Europe XIXe-XXe siecle", Seuil 1996

-De Swaan A., "In care of the state.Health care,education and welfare in Europe and the USA in the modern era", Polity 1988

-DHSS, "NHS, The administrative structure of the medical and related services in England and Wales", London HMSO 1968

-DHSS, "NHS, The future structure of the NHS", London HMSO 1970

-DHSS, "Working for Patients", London HMSO 1989

-DHSS, "Caring for people", London HMSO 1989

-Dilulio J.,Nathan R.,(eds.), "Making health reform work.The view from the States", Brookings 1994

-Donaldson C.,Mooney G.,"The new NHS in a global context:is it taking us where we want to be?", Health Policy, Special Issue: Economics in the new NHS, Vol.25, September 1993

-Donaldson C.,Farrar S.,"Needs assessment:developing an economic approach", Health Policy,Speciall Issue:Economics in the new NHS vol.25, September 1993

-Doyal L.,"The political economy of health", Pluto Press 1979

-Doyal L., "Socialized medicine in crisis:The case of the British National Health Service", στο Οικονομία και Υγεία,Πρακτικά Α' Πανελλήνιου συνέδριου οικονομικών της υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Draper P., "A public health approach", στο Draper P.,(ed.), "Health through public policy.The greening of public health", Green Print 1991

-Drover G.,(ed.), "Free trade and social policy", Canadian Council on social development,Ottawa/Montreal 1988

-Drummond M., "Principles of economic appraisal in health care", Oxford University Press 1980

-Dumont J.P., "L'impact de la crise economique sur les systemes de protection sociale", Economica 1987

-Dumont J.P., "Le relatif succes des politiques de maitrise des depenses de sante dans le pays industrieles", στο Οικονομία και Υγεία,Πρακτικά Α'Πανελλήνιου συνέδριου οικονομικών της υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Dumont J.P.,"Les systemes de protection social en Europe", Economica 1995

-Dunshire A.,Hartley K.,Parker D., "Organizational status and performance: summary of the findings", στο McKevitt D.,Lawton A., (eds.), "Public sector management.Theory,critique and practice", Sage 1994

-Eder K., "The new politics of class.Social movements and cultural dynamics in advanced societies", Sage 1993

-Edwards J., "Justice and the bounds of welfare", στο Journal of Social Policy, vol.17, part 2, April 1988

-Ensor T.,"Health system reform in former socialist countries of Europe",στο The International Journal of Health Planning and Management,vol.8,no 3,Jul.-Sept.1993

-Enthoven A., "Reflections on the management of the National Health Service.An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK", Nuffield Provincial Hospitals Trust 1985

-Enthoven A., "Theory and practice of managed competition in health care finance", Elsevier Science Publishers 1988

-Enthoven A., "What can Europeans learn from Americans?", στο OECD,"Health care systems in transition.The search for efficiency", OECD 1990

-Esping Andersen C., "The comparison of policy regimes: an introduction", στο Rein M. et al.(eds.),"Stagnation and renewal in social policy.The rise and fall of policy regimes", Sharpe 1987

-Esping Andersen C., "The three worlds of welfare capitalism", Polity Press 1990

-Esping Andersen C.,"After the golden age? Welfare state dilemmas in a global economy", στο Esping Andersen C.,(ed.), "Welfare states in transition.National adaptations in global economies", Sage 1996

-Esping Andersen C., "Welfare states without work: the impasse of labour shedding and familialism in continental european social policy", στο Esping-Andersen C.,(ed.), "Welfare states in transition.National adaptations in global economies",Sage 1996

-Esping Andersen C., "Positive-sum solutions in a world of trade offs?", στο Esping Andersen C.,(ed.), "Welfare states in transition.National adaptations in global economies", Sage 1996

-European Parliament,session documents,"Report of the Committee on the environment,public health and consumer protection,on public health policy after Maastricht", 20/10/1993

-Eurosocial Reports, no 25, Vienna 1985, "European expert meeting on established social services versus new social initiatives. Conflict,change and cooperation",Frankfurt Oct.29 - Nov.3,1984

-Evandrou M.,Halkingham J.,Le Grand J.,Winter D.,"Equity in health and social care", Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics 1990

-Ewald F., "Histoire de l'etat providence", Grasset 1996

-Ferris J., "Citizenship and the crisis of the welfare state", στο Bean P. et al.,(eds.), "In defense of welfare", Tavistock Publications 1985

-Fitoussi J.P.,Rosanvallon P.,"Le nouvel age des inegalites", Seuil 1996

-Flora P.,Alber J., "Modernization,democratization and the development of welfare states in Western Europe", στο Flora P., Heidenheimer A.,(eds.),"The development of welfare states in Europe and America", Transaction Publications 1984

-Flora P.,Heidenheimer A., "The historical core and changing boundaries of the welfare state", στο Flora P.,Heidenheimer A., (eds.), "The development of welfare states in Europe and America", Transactions Publications 1984

-Flynn N., "Public sector management", Harvester Wheatsheaf 1993

-Fox J.(edit.), "Heaith inequalities in European Countries" Gower 1989

-Freeman P.,Robbins A.,"National health care reform minus public health: A formula for failure",στο Journal of Public Health Policy, vol.15, no 3, 1994

-Frenk J.,"The public/private mix and human resources for health" Health Policy and Planning, vol.8, no 4, December 1993

-Frenk J.,"Dimensions of health system reform", Health Policy, vol.27, no 1, January 1994

-Frieden J.,Rogowski R., "The impact of the international economy on national policies: An analytical overview", στο Keohane R., Milner H.,(eds.), "Internationalization and domestic politics", Cambridge University Press 1996

-Friedman M., "Capitalism and freedom", The University of Chicago Press 1982

-Friedman M.,Friedman R., "Free to choose", Penguin 1980

-Fuchs V., "The output of the health industry", στο Cooper M., Culyer A., "Health economics", Penguin Books 1973

-Fuchs V., "The future of health policy",Harvard 1993

-Fulop T.,Roemer M.,"Reviewing health manpower development.A method of improving national health systems",WHO Geneva 1987

-Galper J., "The politics of social services", Prentice-Hall 1975

-Gamble A., "The weakening of social democracy", στο Loney M. et al.(eds.), "The state or the market.Politics and the welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Gardiner K., "A survey of income inequality over the last twenty years.How does the UK compare?", London School of Economics 1993

-Garrett G.,Lange P., "Internationalization,institutions and political change", στο Keohane R.,Milner H.,(eds.), "Internationalization and domestic politics", Cambridge University Press 1996

-George V.,Page R., "Thinking about welfare in the modern era", στο George V.,Page R.,(eds.), "Modern thinkers on welfare", Harvester Wheatsheaf 1995

-George V.,Wilding P., "The impact of social policy", Routledge 1984

-George V.,Wilding P., "Ideology and social welfare", Routledge 1985

-George V.,Wilding P., "Welfare and ideology", Harvester Wheatsheaf 1994

-Gerard K.,"Setting priorities in the new NHS:can purchasers use cost-utility information?", Health Policy,Special Issue: Economics in the new NHS, vol.25, September 1993

-Giddens A., "Beyond left and right.The future of radical politics", Polity 1994

-Giddens A., "T.H.Marshall,the state and democracy", στο Bulmer M.,Rees M.,(eds.),"Citizenship today.The contemporary relevance of T.H.Marshall", UCL Press 1996

-Gilbert N., "Capitalism and the welfare state.Dilemmas of social benevolence", Yale University Press 1983

-Ginsburg N., "Class,capital and social policy", MacMillan 1979

-Glennerster H., "The radical right and the welfare state in Britain: pensions and health care", στο Glennerster H.,Midglay J.,(eds.), "The radical right and the welfare state.An international assessment", Harvester Wheatsheaf 1991

-Glennester H., "Paying for welfare thw 1990s", Harvester Wheatsheaf 1992

-Glennester H.,"The English health reforms:Why and wherefore?", στο Matsaganis M.,Glennester H.,"The English and Swedish health care reforms", The welfare state programme,Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics, Discussion Paper 79, November 1992

-Glennester H.,Le Grand J., "The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom", στο International Journal of Health Services, vol.25, no 2, 1995

-Goodin R., "Reasons for welfare.The political theory of the welfare state", Princeton University Press 1988

-Goodin R.,Dryzek J., "Risk-sharing and social justice: the motivational foundations of the post-war welfare state", στο Goodin R.,Le Grand J.,(eds.), "Not only the poor.The middle classes and the welfare state", Allen & Unwin 1987

-Goodin R.,Le Grand J., "Introduction", στο Goodin R.,Le Grand J. (eds.), "Not only the poor.The middle classes and the welfare state", Allen & Unwin 1987

-Gordon A., "Social insurance.What it is and what it might be", Allen & Unwin 1924

-Gough I., "The political economy of the welfare state", MacMillan 1979

-Gould A., "Conflict and control in welfare policy.The Swedish experience", Longman 1988

-Government Committee,"Choises in health care",The Netherlands 1992

-Greedy J.,Disney R., "Social insurance in transition.An economic analysis", Clarendon Press 1985

-Green G., "The new municipal socialism", στο M.Loney et al., (eds.), "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Open University Press 1991

-Grundy F.,Reinke W.,"Health practice research and formalized managerial methods", Geneva 1973

-Gunning-Schepers L.J.,Spruit I.P.,Krijnen J.H. (edit.), "Socio-economic inequalities in health.Questions on trends and explanations", The Hague 1989

-Gunning-Schepers L.J., "The unequal distribution of health: an introduction",στο Gunning-Schepers L.J. et al.,"Socio-economic inequalities in health.Questions on trends and explanations", The Hague 1989

-Habermas J., "Legitimation crisis", Polity Press 1988

-Hadley R.,Hatch S., "Social welfare and the failure of the state.Centralised social services and participatory alternatives", Allen & Unwin 1981

-Hall T.L.,Mejia A.,"La plannification des personnels de sante. Principles,methodes,problemes",OMS Geneve 1979

-Ham C., "Health policy in Britain.The politics and organisation of the National Health Service", Macmillan 1985

-Ham C.,Hill M., "The policy process in the modern capitalist state", Harvester Wheatsheaf 1993

-Hardy J., "Values in social policy.Nine contradictions", Routledge 1981

-Harris C., "The state and the market", στο Brown P.,Sparks R., (eds.),"Beyond Thatcherism.Social policy,politics and society", Open University Press 1989

-Harris D., "Justifying state welfare.The new right versus the old left", Blackwell 1987

-Harrison M., "Welfare state struggles,consuption and the politics of rights", στο Capital and Class, no 42, Winter 1990

-Hayek F., "Law,legislation and liberty.A new statement of the liberal principles of justice and political economy", Routledge 1993

-Heclo H., "Toward a new welfare state?", στο Flora P.,Heidenheimer A.,(eds.), "The development of welfare state states in Europe and America", Transaction Publishers 1984

-Hedinger F.,"The systems approach to health services: A framework", University of Iowa 1968

-Heidenheimer A.,Heclo H.,Adams C., "Comparative public policy. The politics of social choise in America,Europe and Japan", St.Martin's Press, N.Y. 1990

-Hewitt M., "Welfare,ideology and need.Developing perspectives on the welfare state", Harvester Wheatsheaf 1992

-Hewitt P., "Social justice in a global economy?", στο Bulmer M.,Rees M.,(eds.),"Citizenship today.The contemporary relevance of T.H.Marshall", UCL Press 1996

-Higgins J., "States of welfare.Comparative analysis in social policy", Basil Blackwell,Martin Robertson 1981

-Hill M., "Understanding social policy", Blackwell 1983

-Hill M., "Social policy.A comparative analysis", Harvester Wheatsheaf 1996

-Hill M.,Bramley G., "Analysing social policy", Basil Blackwell 1986

-Hilleboe H.,Barkhuss A.,Thomas W.,"Approaches to national health planning", Geneva 1972

-Himmelstrand U., "The future of the welfare state.A question of holistic diagnosis and structural reforms", στο Oyen E.,(ed.), "Comparing welfare states and their futures", Gower 1986

-Hindess B.,"Freedom,equality and the market.Arguments on social policy", Tavistock Publications 1987

-Hirsch F., "Social limits to growth", Routledge 1977

-Hirsch M., "Les enjeux de la protection sociale", Montchrestien 1994

-Holmwood J., "Welfare and citizenship", στο Bellamy R.,(ed.), "Theories and concepts of politics.An introduction", Manchester University Press 1993

-Hospital Committee of the European Community,"Europe and health. A common future?",Paris 1991

-Hospital Committee of the European Community,"Hospital services in the E.C.",Belgium 1993

-Huber J., "The future of social policy.Towards a dual economic approach in social policy", στο Evers A. et al.(eds.), "The changing face of welfare", Gower 1987

-Hughes D.,"General practitioners and the new contract:promoting better health through financial incentives", Health Policy, Special Issue:Economics in the new NHS, vol.25, September 1993

-Hulley T.,Clarke J., (Social problems: social construction and social causation", στο Loney M.,et al.(eds.), "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Hurrelman K.,Laaser U.,"Health sciences as an interdisciplinary challenge: The development of a new scientific field", Laaser U.,De Leeuw E.,Stock C.,(eds.),"Scientific foundations for a public health policy in Europe",Juventa 1995

-Iatridis D., "Social policy.Institutional context of social development and human services", Brooks/Cole 1994

-ILO, "Into the twenty-first century: The development of social security", Geneva 1984

-Illsley R., "Social equity and health in Europe", στο Gunning-Schepers et al.,"Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations", The Hague 1989

-Illsley R.,Le Grand J.,Mullings C.,"Regional inequalities in mortality",Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines,London School of Economics 1991

-ILO, "From pyramid to pillar.Population change and social security in Europe", Geneva 1984

-Immergut E.,"Health politics.Interests and institutions in Western Europe,Cambridge University Press 1992

-Jacobs L.,"The health of the nations.Public opinion and the making of American and British health policy",Cornell University Press 1993

-Janowitz M., "Social control of the welfare state", University of Chicago Press 1976

-Jeong H.S.,Gunji A.,"The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care:implications for the health policies of developing and developed countries", Health Policy, vol.27, no 2, February 1994

-Johnson N., "The welfare state in transition.The theory and practice of welfare pluralism", Harvester Wheatsheaf 1987

-Johnson N., "Reconstructuring welfare state.A decade of change 1980-1990", Harvester Wheatsheaf 1990

-Johnson N., "The break-up of consensus: competitive politics in a declining economy", στο Loney M. et al.,(eds.), "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Jones C., "The pacific challenge.Confucian welfare states", στο Jones C.,(ed.),"New perspectives on the welfare state in Europe" Routledge 1993

-Jones C.,Tepperman L.,Wilson S., "The futures of the family", Prentice Hall 1995

-Jordan B., "A theory of poverty & social exclusion", Polity 1996

-Judge K.,Solomon M., "Public opinion and the National Health Service.Patterns and perspectives in consumer satisfaction",στο Journal of Social Policy,volume 22,part 3,July 1993

-Kaprio L.,"Primary health care in Europe", WHO,Copenhagen 1979

-Karger H.J., "The radical right and welfare reform in the United States", στο Glennerster H.,Midglay J.,(eds.), "The radical right and the welfare state.An international assessment", Harvester Wheatsheaf 1991

-Kennett P., "Exclusion,post-fordism and the new Europe", στο Brown P.,Crompton R.,(eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", UCL Press 1994

-Kleczkowski B.,Elling R.,Smith D., "Health system support for primary health care",A study based on the Technical Discussions held during the Thirty-fourth W.H.O. Assembly 1981, Geneva 1984

-Kleczkowski B.,Nilsson N.,"Health care facility projects in developing areas: Planning,implementation and operation", Who Geneva 1984

-Kleczkowski B.,Roemer M.,Van Der Werff A.,"Les systemes de sante nationaux:reorientation sur la voie de la sante pour tous. Principles directeurs pour l'elaboration des politiques", Organisation Mondiale de la Sante,Geneve 1984

-Klein R.,"Economic versus political models in health care policy",στο McKinlay J.,"(ed.),"Health care consumers, professionals and organizations",Milbank Reader 1981

-Klein R., "The politics of the National Health Service", Longman 1989

-Klein R., "O'Goffe's tale or what can we learn from the success of the capitalist welfare states?", στο Jones C.,(ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", Routledge 1993

-Klein R.,"Can we restrict the health care menu?", Health Policy, vol.27, no 2, February 1994

-Knapp M., "The economics of social care", MacMillan 1984

-Kohler P.,Zacher H.,(eds.), "The evolution of social insurance 1881-1981.Studies of Germany,France,G.Britain,Austria and Switzerland", St. Martin's Press 1982

-Kooiker S.,Christiansen T.,"Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour", στο Sociology of health & illness,vol.17,no 4,September 1995

-Kraus F., "The historical development of income inequality in western Europe and the United States", στο Flora P.,Heidenheimer A.,(eds.), "The development of welfare states in Europe and America", Transaction Publishers 1984

-Kuhnle S., "The growth of social insurance programs in Scandinavia: Outside influences and internal forces", στο Flora P., Heidenheimer A.,(eds.),"The development of welfare states in Europe and America", Transaction Publishers 1984

-Lafay G., "Comprendre la mondialisation", Economica 1996

-Land H., "The demise of the male breadwinner.In practice but not in theory: a challenge for social security systems", στο Baldwin S.,Falkingham J., "Social security and social change.New challenges to the Beveridge report", Harvester Wheatsheaf 1994

-Lee P.,Raban C., "Welfare theory and social policy.Reform or revolution", Sage 1988

-Le Grand J., "The strategy of equality.Redistribution and the social services", Allen & Unwin 1982

-Le Grand J.,"Inequalities in health:the Human Capital Approach", Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines,London School of Economics 1985

-Le Grand J.,Robinson R., "The economics of social problems.The market versus the state", Macmillan 1984

-Le Grand J., "Three essays on equity", Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics, October 1987

-Le Grand J.,Winter D.,Woolley F.,"The NHS:Safe in whose hands?", στο Barr,Coulter et al.,"The state of welfare.The welfare state in Britain since 1974",Clarendon Press Oxford 1990

-Leibfried S., "Towards a European welfare state?", στο Jones C., (ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", Routledge 1993

-Leisering L., "Demografic challenges in the welfare state", στο Oyen O.,(ed.), "Comparing welfare states and their future", Gower 1986

-Lenoir D.,"L'Europe sociale",La Decouverte 1994

-Levitt R.,Wall A., "The reorganised National Health Service", Chapman and Hall 1989

-Lindsay C., "Medical care and equality", στο Cooper M.,Culyer A. "Health economics", Benguin Books 1973

-Lister R., "She has other duties.Women,citizenship and social security", στο Baldwin S.,Lalkingham J.,(eds.),"Social security and social change.New challenges to the Beveridge report", Harvester Wheatsheaf 1994

-Lowe R., "The welfare state in Britain since 1945", MacMillan 1993

-Mach E.,Abel-Smith B.,"Planification des resources financieres du secteur de la sante.Manuel a l'usage des pays en developpement",OMS Geneve 1984

-Macintyre S., "The role of health services in relation to inequalities in health in Europe", στο Fox J.(ed.), "Health inequalities in European Countries", Gower 1989

-Mackenbach J.P.,Van de Maas P.J.,,"Social inequality and differences in health: a survey of the principal research findings",στο Gunning-Schepers et al.,"Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations", The Hague 1989

-Mangen S., "Social policy,the radical right and the German welfare state", στο Glennerster H.,Midglay J.,(eds.), "The radical right and the welfare state.An international assessment", Harvester Wheatsheaf 1991

-Marshall T.H., "Class,citizenship and social development", Doubleday Anchor Book 1965

-Marshall T.H., "Social policy in the twentieth century" Hutchinson University Library 1965

-Marshall T.H.,Bottomore T., "Citizenship and social class", Pluto Press 1992

-Maynard A., "Health care in the European Community", Croom Helm ,London 1975

-Maynard A.,"Competition in the UK NHS:Mission impossible?" Health Policy, vol.23, no.3, March 1993

-McGrew A., "The state in advanced capitalist societies", στο Allen J.et al.(eds.),"Political and economic forms of modernity" Polity 1992

-McGuire A.,Henderson J.,Mooney G., "The economics of health care. An intoductory text", Routledge 1988

-Meehan E., "Citizenship and the European Community", Sage 1993

-Melucci A., "The new social movements revisited: reflections on a sociological misunderstanding", στο Maheu L.,(ed.), "Social movements and social classes.The future of collective action", Sage 1995

-Mitchel M.,Russell D., "Race,citizenship and fortress Europe", στο Brown P.,Crompton R.,(eds.), "A new Europe? Economic restructuring and social exclusion", UCL Press 1994

-Midgley J., "The radical right,politics and society", στο Glennerster H.,Midgley J.,(eds.), "The radical right and the welfare state.An international assessment", Harvester Wheatsheaf 1991

-Midgley J., "Social development.The developmental perspective in social welfare", Sage 1995

-Millar J., "Lone parents and social security policy in the UK", στο Baldwin S.,Falkingham J.,(eds.),"Social security and social change.New challenges to the Beveridge report", Harvester Wheatsheaf 1994

-Miller S.M., "Introduction: The legacy of Richard Titmuss", στο Abel-Smith B.,Titmuss K.,(eds.), "The philosophy of welfare. Selected writings of R.Titmuss", Allen & Unwin 1987

-Milner H.,Keohane R., "Internationalization and domestic politics: An introduction", στο Keohane R.,Milner H.,(eds.), "Internationalization and domestic politics", Cambridge University Press 1996

-Minford P., "The role of the social services: a view from the New Right", στο Loney M. et al.,(eds.), "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Mishra R., "Society and social policy.Theories and practice of welfare", Macmillan 1977

-Mishra R., "The welfare state in crisis.Social thought and social change", Harvester Wheatsheaf 1984

-Mishra R., "Social analysis and the welfare state: Retrospect and prospect", στο Oyen E.,(ed.), "Comparing welfare states and their future", Gower 1986

-Mishra R., "Social policy in the postmodern world", στο Jones C.,(ed.), "New perspectives on the welfare state in Europe", Routledge 1993

-Mishra R., "The welfare of nations", στο Boyer R.,Drache D., (eds.), "States against markets.The limits of globalization", Routledge 1996

-Mohan B., "The logic of social welfare.Conjectures and formulations", Harvester Wheatsheaf 1987

-Montoya-Aguilar C.,"Measuring the performance of hospitals and health centres", WHO 1994

-Mooney G., "Economics,medicine and health care", Harvester Wheatsheaf 1992

-MSA,Public Health Division,Greece, Annual Report,Fiscal Year 1951-1952

-Murray C., "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years", στο Murray C.,Lopez A.,(eds.), "Global comparative assessments in the health sector" WHO,Geneva 1994

-Murray C.,Lopez A., "Quantifying disability: date,methods and results", στο Murray C.,Lopez A.,(eds.), "Global comparative assessments in the health sector", WHO Geneva 1994

-Navarro V.,"Class struggle,the state and medicine: an historical and contemporary analysis of the medical sector in Great Britain", Oxford 1978

-Navarro V.,"The arguments against a national health programme: Science or ideology?",στο International Journal of Health Services,vol.18,no 2,1988

-Navarro V.,"Why some countries have national health insurance, others have national health services and the United States has neither",στο International Journal of Health Services, vol.19, no 3,1989

-Neunreither K., "Citizens and the exercise of power in the European Union: towards a new social contract?", στο Rosas A., Antola E.,(eds.),"A citizens' Europe.In search of a new order", Sage 1995

-Newby H., "Citizenship in a green world: global commons and human stewardship", στο Bulmer M.,Rees A.,(eds.),"Citizenship today.The contemporary relevance of T.H.Marshall", UCL Press 1996

-Niakas D.,"The need for change health care finance method in Greece.Confronting the issue", στο Kyriopoylos J.,Levett J.(eds) "Financing and delivering health care in Balkan Region", Athens 1992

-Oakeshott M., "Rationalism in politics", στο McKevitt D.,Lawton A.,(eds.), "Public sector management.Theory,critique and practice", Sage 1994

-OCDE, "Depenses sociales 1960-1990", Paris 1985

-O'Donnell O.,Propper C.,"Equity and the distribution of NHS resources", Suntory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines,London School of Economics 1989

-OECD,(CERI),Chester T.E., "Organisation for change:The British National Health Service", OECD 1975

-OECD,"The crisis of the welfare state", Paris 1981

-OECD, "Financing and delivering health care.A comparative analysis of OECD countries", Paris 1987

-OECD, "Reforming public pensions", Paris 1988

-OECD, "The future of social protection", Paris 1988

-OECD, "Health care systems in transition.The search for efficiency", OECD 1990

-OECD, "The reform of health care.A comparative analysis of seven OECD countries", OECD 1992

-OECD, "New orientations for social policy", Paris 1994

-OECD, "Globalisation and regionalisation: The challenge for developing countries", Paris 1994

-OECD, "New directions in health care policy", Paris 1995

-Offe C., "Contradictions of the welfare state", The MIT Press 1984

-Official Journal of the E.C., No C 174/1, 25/6/1993,"Resolution of the Council and the ministers for health,meeting within the Council,on future action in the field of public health"

-O'Higgins M., "Welfare redistribution and inequality: disillusion,illusion and reality", στο Bean P.,et al.,(eds.), "In defense of welfare", Tavistock Publications 1985

-O'Higgins M., "Social welfare and privatization: the British experience", στο Kamerman S.,Kahn A.,(eds.),"Privatization and the welfare state", Princeton University Press 1989

-O'Leary S., "The social dimension of community citizenship", στο Rosas A.,Antola E.,(eds.), "A citizens' Europe.In search of a new order", Sage 1995

-Oliveira H., "Union citizenship: pie in the sky", στο Rosas A., Antola E.,(eds.),"A citizens' Europe.In search of a new order", Sage 1995

-OMS,"Sixieme rapport sur la situation sanitaire dans le monde", Geneve 1980

-OMS,"Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progres realises dans la voie de la sante pour tous d'ici l'an 2000", Geneve 1981

-OMS,"Septieme programme general de travail pour la periode 1984-89", Geneve 1982

-Pakulski J., "Social movements and class: The decline of the marxist paradigm", στο Maheu L.,(ed.), "Social movements and social classes.The future of collective action", Sage 1995

-Pakulski J.,Waters M., "The death of class", Sage 1996

-Patterson J., "America's struggle against poverty 1900-1994", Harvard University Press 1994

-Pauly M.,"Economic aspects of consumer use",στο McKinlay J.(ed.) "Health care consumers,professionals and organizations",Milbank Reader 1981

-Pereira J., "What does equity in health mean", στο Journal of Social Policy volume 22,part 1,January 1993

-Petsetaki E., "The new public health", στο Levett J.,Petsetaki E.,(eds.), "Infrastructure strengthening in public health: Health promotion and education", in press

-Pickett G.,Hanlon J.,"Public health.Administration and practice" Times Mirror/Mosby College Publishing 1990

-Pickvance C., "Social movements in the transition from state socialism: convergence or divergence", στο Maheu L.,(ed.), "Social movements and social classes.The future of collective action", Sage 1995

-Pierson C., "Beyond the welfare state? The new political economy of welfare", Polity 1991

-Pierson C., "The modern state", Routledge 1996

-Pierson P., "Dismantling the welfare state? Reagan,Thatcher and the politics of retrenchment", Cambridge University Press 1994

-Pierson P.,Leibfried S., "Multitiered institutions and the making of social policy", στο Leibfried S.,Pierson P.,(eds.), "European social policy.Between fragmentation and integration", Brookings 1995

-Pierson P.,Leibfried S., "The dynamics of social policy integration", στο Leibfried S.,Pierson P.,(eds.), "European social policy.Between fragmentation and integration", Brookings 1995

-Plant R., "The very idea of a welfare state", στο Bean P. et al. (eds.), "In defense of welfare", Tavistock Publications 1985

-Powell M., "Hospital provision before the NHS.Territorial justice or inverse care law?", στο Journal of Social Policy volume 21,part 2,April 1992

-Qureshi H., "Obligations and support within families", στο Walker A.,(ed.),"The new generational contract. Intergenerational relations,old age and welfare", UCL Press 1996

-Ramis-Juan O.,Sokou K., "Social health inequalities in South European countries: is it a different problem?", στο Fox J., "Health inequalities in European Countries",Gower 1989

-Rees A., "T.H.Marshal's social policy in the twentieth century" Hutchinson 1985

-Rein M., "The social structure of institutions: neither public nor private", στο Kamerman S.,Kahn A.,(eds.),"Privatization and the welfare state", Princeton University Press 1989

-Rein M.,Rainwater L., "From welfare state to welfare society", στο Rein M.et al.,(eds.), "Stagnation and renewal in social policy.The rise and fall of policy regimes", Sharpe 1987

-Rhodes M., "A regulatory conundrum: industrial relations and the social dimension",στο Leibfried S.,Pierson P.,(eds.), "European social policy.Between fragmentation and integration", Brookings 1995

-Richez Battesti N., "La protection sociale en danger", Hatier 1994

-Rimlinger G., "Social policy under German fascism", στο Rein M., et al.(eds.),"Stagnation and renewal in social policy.The rise and fall of policy regimes", Sharpe 1987

-Robinson R.,Le Grand J.,(eds.),"Evaluating the NHS reforms", King's Fund Institute 1994

-Roche M., "Rethinking citizenship and social movements: themes in contemporary sociology and neoconservative ideology", στο Maheu L.,(ed.),"Social movements and social classes.The future of collective action", Sage 1995

-Rodger J., "The welfare state and social closure: social division and the underclass", στο Critical Social Policy, issue 35, vol.12, no 2, Autumn 1992

-Roemer M., "National Health Systems of the World.The issues", Oxford University Press 1993

-Rosanvallon P., "La crise de l'etat providence", Seuil 1981

-Rosanvallon P., "La nouvelle question social.Repenser l'etat providence", Seuil 1995

-Rose H., "Women and the restructuring of the welfare state", στο Oyen E.,(ed.),"Comparing welfare states and their futures", Gower 1986

-Rose R., "Welfare: the public/private mix", στο Kamerman S., Kahn A.,(eds.), "Privatization and the welfare state", Princeton University Press 1989

-Rose R., "Charges as contested signals", στο McKevitt D.,Lawton A.,(eds.), "Public sector management.Theory,critique and practice", Sage 1994

-Ross E., "The origins of public health: concepts and contradictions", στο Draper P.,(ed.), "Health through public policy.The greening of public policy", Green Print 1991

-Ruggles P.,O'Higgins M., "Retrenchment and the New Right: A comparative analysis of the impacts of the Thatcher and Reagan administrations", στο Rein M. et al.,(eds.), "Stagnation and renewal in social policy.The rise and fall of policy regimes", Sharpe 1987

-Ryan M.,Yule B.,"The way to economic prescribing", Health Policy Special Issue:Economics in the new NHS, vol.25, September 1993

-Salaman G., "Work design and corporate strategies", στο Allen J.et al.,(eds.), "Political and economic forms of modernity", Polity 1992

-Schaapveld K.,Bergsma E.,Jongejan P.,"Sustainamle development and health", TNO 1992

-Scott A., "Political culture and social movements", στο Allen J. et al.,(eds.), "Political and economic forms of modernity", Polity 1992

-Silburn R., "Beveridge", στο George V.,Page R.,(eds.), "Modern thinkers on welfare", Harvester Wheatsheaf 1995

-Simon H., "The criterion of efficiency", στο MacKevitt D., Lawton A.,(eds.), "Public sector management.Theory,critique and practice", Sage 1994

-Sked A., "Post-war Britain.A political history", Penguin 1984

-Sked A., "Britain's decline.Problems and perspectives", Blackwell 1987

-Skocpol T., "America's incomplete welfare state: the limits of New Deal reforms and the origins of the present crisis", στο Rein M. et al,(eds.),"Stagnation and renewal in social policy. The rise and fall of policy regimes", Sharpe 1987

-Skocpol T., "Social policy in the United States.Future possibilities in historical perspective", Princeton University Press 1995

-Smith R.S.,Lipsky M., "Nonprofits for hire.The welfare state in the age of contracting", Harvard University Press 1993

-Starr P., "The meaning of privatization", στο Kamerman S.,Kahn A.,(eds.), "Privatization and the welfare state", Princeton University Press 1989

-Stein H.,"New tasks for public health in Europe:New structures", Laaser U.,De Leeuw E.,Stock C.,"Scientific foundations for a public health policy in Europe",Juventa 1995

-Stephens J., "The Scandinavian welfare states: Achievements, crisis and prospects", στο Esping-Andersen C.,(ed.), "Welfare states in transition.National adaptations in global economies", Sage 1996

-Stoesz D.,Midgley J.,"The radical right and the welfare state", στο Glennerster H.,Midgley J.,(eds.),"The radical right and the welfare state.An international assessment", Harvester Wheatsheaf 1991

-Streeck W., "From market making to state building? Reflections on the political economy of European social policy", στο Leibfried S.,Pierson P.,(eds.), "European social policy.Between fragmentation and integration", Brookings 1995

-Stewart J.,Ranson S., "Management in the public domain", στο McKevitt D.,Lawton A.,(eds.), "Public sector management.Theory, critique and practice", Sage 1994

-Stretton H.,Orchard L., "Public goods,publix enterprise,public choise", St.Martin's Press 1994

-Sullivan M., "Sociology and social welfare", Allen & Unwin 1987

-Sullivan M., "The politics of social policy", Harvester Wheatsheaf 1992

-Taylor D., "Citizenship and social power", στο Critical Social Policy, issue 26, vol.9, no 2, Autumn 1989

-Taylor Gooby P., "The politics of welfare privatization: The British experience",στο International Journal of Health Services vol.19, no 2, 1989

-Taylor Gooby P., "Social change,social welfare and social science", Harvester Wheatsheaf 1991

-Taylor Gooby P., "Postmodernism and social policy: A great leap backwards?",στο Journal of Social Policy,vol.23,part 3,July 1994

-Terris M., "Determinants of health:A progressive political platform", Journal of Public Health Policy, vol.15, no 1, 1994

-Thorsrud E., "The changing structure of work organisation", στο ILO,"Managing and developing new forms of work organisation", Geneva 1981

-Thurow L., "Equity,efficiency,social justice and redistribution" στο OECD,"The welfare state in crisis", Paris 1981

-Tiilikainen T., "The problem of democracy in the European Union", στο Rosas A.,Antola E,(eds.), "A citizens' Europe.In search of a new order", Sage 1995

-Titterton M., "Managing threats to welfare: The search for a new paradigm of welfare", στο Journal of Social Policy, vol.21, part 1, January 1992

-Titmuss R., "Social policy.An introduction", Pantheon Books 1974

-Titmuss R., "The philosophy of welfare", Allen & Unwin 1987

-Townsend P., "Sociology and social policy", Penguin 1976

-Trattner W., "From poor law to welfare state.A history of social welfare in America", Free Press 1994

-Trevino F.,Jacobs J.,"Public health and health care reform: The American Public Health Association's Perspective",στο Journal of Public Health Policy,vol.15,no 4,1994

-Tsalikis G.,"The European dream and the health of the nations", Ottawa Lending Library,November 1992

-Turner B., "Postmodern culture/modern citizens", στο Steenbergen B.van,(ed.), "The condition of citizenship", Sage 1994

-Udehn L., "The limits of public choise.A sociological critique of the economic theory of politics", Routledge 1996

-United Nations, "Guiding principles for developmental social welfare policies and programmes in the near future", New York 1988

-Van Doorslaer E.,Wagstaff A.,Rutten F.,(ed.), "Equity in the finance and delivery of health care.An international perspective",Oxford University Press 1993

-Vogel U., "Marriage and the boundaries of citizenship", στο Steenbergen B.van,(ed.), "The condition of citizenship", Sage 1994

-Walker A., "The future of the British welfare state: Privatisation or socialisation?", στο Evers A.et al.,(eds.), "The changing face of welfare", Gower 1987

-Walker A., "Introduction: the new generational contract", στο Walker A.,(ed.), "The new generational contract. Intergenerational relations,old age and welfare", UCL Press 1996

-Wall A.,(ed.), "Health care systems in liberal democracies", Routledge 1996

-Whetherly P., "Class struggle and the welfare state: some theoretical problems considered", στο Critical Social Policy, issue 22, vol.8, no 1, Summer 1988

-White K.,Anderson D.,et al."Health services:Concepts and information for national planning and management", Geneva 1977

-WHO,"Interrelationships between health programmes and socio-economic development", Geneva 1973

-WHO, "The role of health economics in national health planning and policy making", Report on a working group, Copenhagen 1977

-WHO, "Financing of health services",Report of a WHO study group, Technical report series 625, Geneva 1978

-WHO, "The planning of health services.Studies in eight European countries", Copenhagen 1980

-WHO, "Economic research into health service growth",Report on a WHO Workshop,The Hague 24-27/9/1979, Copenhagen 1981

-WHO, "Health services in Europe.Volume 1:Regional analysis", Copenhagen 1981

-WHO, "Control of health care costs in social security systems", Report on a Workshop,Vienna 25-28/5/1981, Copenhagen 1982

-WHO, "Primary health care.From theory to action", Report on a WHO Symposium,Kuopio 30/11-3/12/1981, Copenhagen 1982

-WHO, "Evaluation of recent changes in the financing of health services", Geneva 1993

-Whynes D., "Markets and neoliberal political economy", στο Bean P. et al.,(eds.), "In defense of welfare", Tavistock Publications 1985

-Widdershoven G.,"Health ethics and health sciences", Laaser U., De Leeuw E.,Stock C.,(eds.),"Scientific foundations for a public health policy in Europe",Juventa 1995

-Wilding P.(ed.), "In defence of the welfare state", MUP 1986

-Wilding P., "Titmuss", στο George V.,Page R.,(eds.), "Modern thinkers on welfare", Harvester Wheatsheaf 1995

-Wilensky H., "The welfare state and equality.Structural and ideological roots of public expenditures", University of California Press 1975

-Wilensky H., "Leftism,catholicism and democratic corporatism: the role of political parties in recent welfare state development", στο Flora P.,Heidenheimer A.,(eds.), "The development of welfare states in Europe and America", Transaction Publishers 1984

-Williams A., "Equity in health care: The role of ideology", στο Doorslaer et al.(ed.), "Equity in the finance and delivery of health care.An international perspective", Oxford University Press 1993

-Williams A.,"Priorities and research strategy in health economics for the 1990s", Health Economics,vol.2,no 4,Dec.1993

-Williams F., "Social policy.A critical introduction", Polity Press 1989

-Williams F., "The welfare state as part of a racially structured and patriarchal capitalism", στο Loney M. et al.,(eds.), "The state or the market.Politics and welfare in contemporary Britain", Sage 1991

-Williams K.,Williams J., "Keynes", στο George V.,Page R.,(eds.) "Modern thinkers on welfare", Harvester Wheatsheaf 1995

-Wood-Ritsatakis A.,"An analysis of the health and welfare services in Greece",Centre of Planning and Economic Research, Athens 1970

-Wood-Ritsatakis A.,"Unified social planning in the Greek context" ,Centre of Planning and Economic Research,Athens 1986

-World Bank,"World development report 1993.Investing in health", Oxford University Press 1993

-Zacher U., "New forms of employment contract", στο European Trade Union Institute, "The future of work", Brussels 1990

-Zarkovic G.,Mielck A.,John J.,Beckmann M.,"Reform of the health care systems in former socialist countries:Problems,options, scenarios", GSF-Bericht 1994

Β.ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Ελληνες Συγγραφείς

-Αγαλλόπουλος Χ., "Κοινωνικαί Ασφαλίσεις", Αθήνα 1955

-Αθανασόπουλος Α., "Τεχνική αποδοτικότητα ως κριτήριο αξιολόγησης του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα σαν εναλλακτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Οριa και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού", Αθήνα 1996

-Αλεξιάδης Α.Δ.,Χαμαλίδου-Αλεξιάδου Α.,"Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης", στο Δημόσιος Τομέας,τεύχος 86,Ιανουάριος 1993

-Αλιβιζάτος Ν., "Οι πολιτικοί θεσμοί σε κρίση 1922-1974.Οψεις της ελληνικής εμπειρίας", Θεμέλιο 1986

-Αμίτσης Γ., "Τοπική κοινωνία και κοινωνική πολιτική: το θεσμικό πλαίσιο της αμφίδρομης ενεργοποίησης",στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Αναστασόπουλος Γ., "Ιστορία της Ελληνικής βιομηχανίας 1840-1940"

-Ανδρικόπουλος Χ.,"Η ελληνική αγροτική ασφάλιση και τα προβλήματα της",στην Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων,τεύχος 23,Ιούνιος 1970

-Ανδριώτη Δ.,"Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα" Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 1994

-Ανδριώτη Δ.,Γεωργούση Ε.,Κτενάς Ε.,Κυριόπουλος Γ.,"Ικανοποίηση και προσδοκίες των νοσηλευτών/τριών από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στα δημόσια νοσοκομεία", στο Κυριόπουλος Γ,Γεωργούση Ε.(επιμ.),"Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα",Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας 1994

-Ανδρουτσόπουλος Δ.,Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε.,"Προσπάθεια εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα 1970-1990", στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,τόμος 10,τεύχος 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1993

-Απολογισμός ΙΚΑ έτους 1986

-Βαβούρας Ι., "Η δημοσιονομική πολιτική στα πλαίσια της Οικονομικής και Νομισματικής Ενωσης", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα,"Ορια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού" Αθήνα 1996

-Βαίτσος Κ.,Γιαννίτσης Τ., "Τεχνολογικός μετασχηματισμός και οικονομική ανάπτυξη", Gutenberg 1987

-Βασιλικόν Ιδρυμα Ερευνών,"Κοινωνική προστασία εν Ελλάδι.Ερευνα επί της υφισταμένης καταστάσεως και προοπτικαί", Αθήναι 1970

-Βεργόπουλος Κ., "Η συγκρότηση της νέας αστικής τάξης,1944-1952", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-1950.Ενα έθνος σε κρίση", Θεμέλιο 1984

-Βεργόπουλος Κ., "Οικονομική κρίση και εκσυγχρονισμός στην Ελλάδα και στον Ευρωπαικό Νότο", στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη",Εξάντας 1986

-Βερναρδάκης Χ.,Μαυρής Γ., "Κόμματα και κοινωνικές συμμαχίες στην προδικτατορική Ελλάδα.Οι προυποθέσεις της μεταπολίτευσης", Εξάντας 1991

-Βούλγαρης Γ., "Φιλελευθερισμός,συντηρητισμός,κοινωνικό κράτος 1973-1990.Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων", Θεμέλιο 1994

-Γείτονα Μ.,Ανδρουτσόπουλος Δ.,Δρίζη Μ.,Κυριόπουλος Γ., "Η ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας:Μετρήσεις και εξελίξεις 1957-1988", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμος 4,τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992

-Γετίμης Π., "Η συγκρότηση του τοπικού κράτους στην Ελλάδα", στο Μαλούτας Θ.,Οικονόμου Δ.,(επιμ.), "Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις", Εξάντας 1988

-Γεωργιάδη Β., "Νέα ένδεια και αρωγή.Συρρίκνωση της αγοράς εργασίας και κοινωνικές πολιτικές", Παπαζήσης 1992

-Γεωργιάδη Β.,"Το στοιχείο της αρωγής στη νέα κοινωνική πολιτική. Μια κριτική παρουσίαση του πρωτογενούς συστήματος ασφάλειας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύμαρος Σάκη Καράγιωργα,"Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Γεωργούση Ε.,"Αξιολόγηση προγραμμάτων και υπηρεσιών στην ΠΦΥ", στο Συμπόσιο ΠΦΥ,25-27 Οκτωβρίου 1991

-Γιαννίτσης Τ., "Η ελληνική βιομηχανία.Ανάπτυξη και κρίση", Gutenberg 1983

-Γιαννίτσης Τ., "Ελλάδα: Η εκβιομηχάνιση σε κρίση", στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη", Εξάντας 1986

-Γκίβαλος Μ., "Κράτος πρόνοιας: κρίση νομιμοποίησης ή οικονομική κρίση;", στο Δελτίο ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, τεύχος 22, Δεκέμβριος 1992

-Γράβαρης Δ., "Κρίση θεωρίας και κρίση του κοινωνικού κράτους: Τάσεις και προβλήματα σε σύγχρονες θεωρίες περί κοινωνικού κράτους", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.θεωρία και Ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

-Γράβαρης Δ., "Στοιχεία για μια κριτική θεωρία της κοινωνικής πολιτικής",στο Γετίμης Π.,Γράβαρης Δ.,(επιμ.),Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική.Η σύγχρονη προβληματική, Θεμέλιο 1993

-Γράβαρης Δ., "Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής στη νεοκλασική οικονομική θεωρία",στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Γράβαρης Δ., "Τρεις θέσεις σχετικά με τη κρίση του κοινωνικού κράτους", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Δελτίο ΕΙΝΑΠ, τεύχος 27,Μάρτης 1980, τεύχος 28,Απρίλης 1980

-Δημητριάδης Χ.,"Ομιλία στο πανευρωπαικό συνέδριο αγροτικών κοινωνικών ασφαλίσεων στη Βουδαπέστη",στην Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων,τεύχος 23,Ιούνιος 1970

-Δήμου Α., "Ευέλικτες μορφές απασχόλησης,δυαδισμός στην αγορά εργασίας και κρίση του κράτους πρόνοιας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα,"Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα",Αθήνα 1993

-Διαμαντόπουλος Θ.,"Ευρωπαική ενοποίηση και προστασία της υγείας. Ο ευρωκοινοτικός οργανισμός και η κυοφορία μιας κοινής πολιτικής της υγείας (1952-1989)", Παπαζήσης χ.χ.

-Διεθνές Συμπόσιο Υγείας,"Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992",Υπό την αιγίδα της ΕΟΚ, 5-7/5/1990, Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη 1992

-Δουλή Α.,Κυρίτσης Β.,Πολύζος Ν.,Χρυσοπούλου Ν.,"Ζήτηση υπηρεσιών υγείας στο εξωτερικό", στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 3,τεύχος 2 (15),Μάρτιος-Απρίλιος 1992

-Ελεφάντης Α., "Εθνικοφροσύνη: Η ιδεολογία του τρόμου και της ενοχοποίησης", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Εμκε-Πουλοπούλου Η.,"Προβλήματα μετανάστευσης παλιννόστησης" ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ 1986

-Εκθεση Ομάδας Εργασίας,"Πρόγραμμα περιφερειακής αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας",ΚΕΠΕ 1979

-Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής ΠΑΣΟΚ,"Κοινωνική Πολιτική. Προσχέδιο εξειδικευμένων θέσεων για διάλογο", Αθήνα 1992

-Επιστημονική Ομάδα, "Θεσμός νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση", στο Δελτίο ΕΙΝΑΠ,τεύχος 20α,Αύγουστος 1979

-Ερευνα: "Υγεία:Δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς", στον Δημόσιο Τομέα,τεύχος 61,Οκτώβριος 1990

-Ερευνα: "Η Μαφία της υγείας", στην εφημερίδα "Το Βήμα", Δημοσιεύματα της 12/12/1993, 19/12/1993, 26/12/1993, 13/2/1994

-Ερευνα: "Τα νοσοκομεία νοσούν", στην "Ελευθεροτυπία", Δημοσιεύματα μεταξύ 21-26/2/94

-ΕΣΔΥ,ASPHER,"Το υπόμνημα των Αθηνών",Αθήνα 1994

-ΕΣΥΕ, "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", Σειρά ετών

-ΕΣΥΕ, "Στατιστική επετηρίδα της Ελλάδας", Ετος 1988

-Ζαφείρας Θ.,Ελευθερίου Α., "Καθολική υγειονομική ασφάλισις. Συμβολή εις την λύσιν του υγειονομικού και ιατρικού προβλήματος της χώρας", Πειραιεύς 1965

-Ζήκος Σ., "Απορρύθμιση και ιδιωτικοποίηση", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα,"Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού" Αθήνα 1996

-Ζηλίδης Χ., "Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού", ΑΤΕ 1989

-Ζηλίδης Χ., "Οι στόχοι της ΠΟΥ για τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και η θέση της Ελλάδας", στην Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 2, τεύχος 4 (11),Ιούλιος-Αύγουστος 1991

-Ζηλίδης Χ.,Φιλαλήθης Α.,"Μέτρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα:Μεθοδολογικά προβλήματα και εμπειρικά δεδομένα", στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 1,τεύχος 2,Απρ.-Ιούν.1992

-Ζηλίδης Χ.,Φιλαλήθης Α., "Θεωρητικά προβλήματα στη μεθοδολογία ανάλυσης των στοιχείων των Εθνικών Λογαριασμών σχετικά με τις δαπάνες υγείας", στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 3, τεύχος 1,Ιανουάριος-Μάρτιος 1994

-Θεοδώρου Μ.,"Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας",στο Υ.Υ.Π.Κ.Α., "Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος",Αθήνα Ιούνιος 1994

-Θεοτοκάτου Α.,"Οι υγειονομικές υπηρεσίες στην προσεχή 20ετία 1981-2000",στο Δελτίο ΙΚΑ,τεύχος 9,Σεπτέμβριος 1981

-Θωμαδάκης Σ., "Αδιέξοδα της ανασυγκρότησης και οικονομικοί θεσμοί του μεταπολεμικού κράτους", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-67", Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Θωμόπουλος Ε., "Η ιστορία της κοινωνικής προστασίας από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα", Παπαζήσης 1977

-Θωμόπουλος Ε., "Το κράτος πρόνοιας", Αθήνα 1990

-Ιατρός Κ.,"Η αγροτική κοινωνική ασφάλισης ιδίως εν Ελλάδι.Το πρόβλημα και η εν Ελλάδι λύσις του",στην Ασφαλιστική Βιβλιοθήκη Σύγχρονων Εκδόσεων,No 3Α χ.χ.

-Ιωάννου Χ., "Μισθωτή απασχόληση και συνδικαλισμός στην Ελλάδα", Ιδρυμα Μεσογειακών Μελετών 1989

-Ιωάννου Χ., "Το εθνικό σύστημα εργασιακών σχέσεων στη μεταπολεμική Ελλάδα 1955-67", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Β'τόμος, Αθήνα 1995

-Καλλιγά Ε., "Η πρόνοια για το παιδί στην Ελλάδα του 19ου αιώνα" Δωδώνη 1990

-Καλτσόγια Τουρναβίτη Ν., "Η μεταπολεμική ελληνική κοινωνία και η πορεία της προς τον θεσμικό-πολιτικόι εκσυγχρονισμό", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967",Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Καμπανάς Π., "Θεωρία του φθίνοντος κράτους ευημερίας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Καραγιάννη Σ.,Νικολάου Α., "Βιομηχανική πολιτική στις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες: χωρικές και κλαδικές διαστάσεις", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Καράγιωργας Δ.,"Η φορολογική εκμετάλλευση στην Ελλάδα", στο Ο Πολίτης, τεύχος 16, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1978

-Καράγιωργας Δ.,Πάκος Σ.,"Η κατανομή του φορολογικού βάρους στην Ελλάδα:1982",στον Τιμητικό τόμο στη μνήμη Σ.Καράγιωργα,ΙΠΑ Παντείου Πανεπιστημίου 1988

-Καράγιωργας Σ. κ.α.,"Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα", ΕΚΚΕ 1990

-Κατσαμπάνης Σ., "Τα ελληνικά συνδικάτα στη μεταπολεμική περίοδο" στο Σακελλαρόπουλος Θ.,(επιμ.), "Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα", Πληροφόρηση 1992

-Κατσανέβας Θ., "Το σύγχρονο συνδικαλιστικό κίνημα στην Ελλάδα", Παπαζήσης 1996

-Καφαντάρης Σ.,"Τα οικονομοτεχνικά της ΠΦΥ στην Ελλάδα.Ιδεολογία και ανάλυση", στο Συμπόσιο ΠΦΥ,25-27 Οκτωβρίου 1991

-ΚΕΔΚΕ/ΕΕΤΑΑ, "Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση.Παρούσα κατάσταση και προοπτικές", Αθήνα 1995

-ΚΕΠΕ, "Πρόγραμμα ανάπτυξης 1976-1980,Υγεία", Αθήνα 1976

-ΚΕΠΕ,"Πρόγραμμα ανάπτυξης 1988-1992,Δημόσια διοίκηση",Αθήνα 1991

-ΚΕΣΥ,"Σκοπός και λειτουργία των Κέντρων Υγείας",Αθήνα 1985

-ΚΕΣΥ,"ΠΦΥ.Εκδοση Π.Δ. άρθρου 16 του Ν.1397/83.Ενταξη ΙΚΑ στο ΕΣΥ",Αθήνα 1987

-Κιντής Α., "Ανάπτυξη της ελληνικής βιομηχανίας.Επιτεύξεις, προβλήματα,προοπτικές", Gutenberg 1982

-Κιούκιας Δ., "Οργάνωση συμφερόντων στην Ελλάδα.Ενσωμάτωση και πρόσβαση στο κράτος σε συγκριτική προοπτική", Εξάντας 1994

-Κοινωνικοί Προυπολογισμοί, Σειρά ετών

-Κοντούλη-Γείτονα Μ., "Η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο διεθνή χωρό και στην Ελλάδα",στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμος 3,τεύχος 8,Ιανουάριος-Μάρτιος 1991

-Κοντούλη-Γείτονα Μ.,"Σφαιρικός προυπολογισμός.Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων.Η περίπτωση του ΕΕΣ",Αθήνα 1992

-Κορασίδου Μ., "Υγεία και υγειονομική πολιτική στην νεώτερη Ελλάδα", Σημειώσεις παραδόσεων,Πάντειο Πανεπιστήμιο,Αθήνα 1994

-Κοτζαμάνης Β., "Η Ελλάδα στον Ευρωπαικό και διεθνή χώρο: Συγκριτικά στοιχεία για τη δημογραφική εξέλιξη στη μεταπολεμική περίοδο 1950-1985", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 63/1986

-Κοτζιάς Ν., "Η κοινωνική λειτουργία του εθνικού κράτους και το κοινωνικό έλλειμμα της Ευρωπαικής Κοινότητας", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Κοτζιάς Ν., "Κράτος και πολιτική.Η διαλεκτική του κράτους", Νέα Σύνορα-Λιβάνης 1993

-Κοτζιάς Ν., "Η κοινωνία της συνενοχής.Κρατική νομιμότητα και νομιμοποίηση στη μεταπολεμική Ελλάδα.Μια πρόταση ερμηνείας του ιστορικού γίγνεσθαι της Ελληνικής κοινωνίας την περίοδο 1950-67" στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967",Β'τόμος, 1995

-Κούρτης Κ., "Το πρόβλημα της οργανώσεως της παροχής της ιατρικής περιθάλψεως εις την Ελλάδα και εις άλλας χώρας", Αθήνα 1970

-Κουτσιαράς Ν., "Η κοινωνική πολιτική της Κοινότητας: μια οικονομική ερμηνεία", ΕΚΕΜ 1992

-Κρεμαλής Κ.,κ.α.,"Κοινωνική πρόνοια.Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος", Αθήνα 1990

-Κυριόπουλος Γ.,"Συμπληρωματικά και πρόσθετα μέτρα για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ",στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμ. 1,τεύχ. 3 1990

-Κυριόπουλος Γ.,"Ο υγειονομικός τομέας στη δεκαετία του '80. Κέρδη και ζημιές", στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 1,τεύχος 7, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1990

-Κυριόπουλος Γ.,"Χρηματοδοτικά προβλήματα στην ΠΦΥ", στο Συμπόσιο ΠΦΥ,25-27 Οκτωβρίου 1991

-Κυριόπουλος Γ.,"Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα",στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 1, τεύχος 3,Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992

-Κυριόπουλος Γ.,"Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα",ΚΚΕΥ 1993

-Κυριόπουλος Γ.,"Η εθνική πολιτική υγείας:Κατευθυντήριες γραμμές για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα",στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 2,τεύχος 2,Απρίλ.-Ιούν.1993

-Κυριόπουλος Γ., "Η ασφάλιση υγείας", στην εφημερίδα "Τα Νέα" της 17/5/1993

-Κυριόπουλος Γ.,"Κράτος ή αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα",στο Κυριόπουλος Γ.(επιμ.),"Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρομι των επιλογών",Θεμέλιο 1995

-Κυριόπουλος Γ.,"Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του", στο Κυριόπουλος Γ.,Φιλαλήθης Τ.,"Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα",Θεμέλιο 1996

-Κυριόπουλος Γ., "Επίκαιρα και διαχρονικά κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική", Εξάντας 1996

-Κυριόπουλος Γ., "Επένδυση στην υγεία", Τα Νέα, 22/6/1996

-Κυριόπουλος Γ.,Νιάκας Δ., "Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα", ΚΚΕΥ 1991

-Κυριόπουλος Γ.,Νιάκας Δ.,"Το υγειονομικό σύστημα στη δεκαετία του '90:Επισημάνσεις για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του", στο Κυριόπουλος Γ.,Νιάκας Δ. (επιμ.),"Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα", ΚΚΕΥ 1993

-Κυριόπουλος Γ.,Νιάκας Δ.,"Η βιοιατρική τεχνολογία στην Ελλάδα", στο Κυριόπουλος Γ.,Λέβετ Τ.,Νιάκας Δ.,(επιμ.),"Η διαχείριση της βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", ΚΚΕΥ 1994

-Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε.,Γεννηματά Α.,"Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια",στο Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε.(επιμ.),"Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα",Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 1994

-Κυριόπουλος Γ.,Δράκου Ι.,Γεωργούση Ε.,Κτενάς Ε.,"Στάσεις και αντιλήψεις των γιατρών στα νοσοκομεία",στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε.(επιμ.),"Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα",Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 1994

-Κυριόπουλος Γ.,Δράκου Ι.,Κτενάς Ε.,Γεωργούση Ε.,"Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς την νοσοκομειακή φροντίδα", στο Γ.Κυριόπουλος,Ε.Γεωργούση (επιμ.)"Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα",Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 1994

-Κυριόπουλος Γ.,Δρίζη Μ.,Κτενάς Ε.,Κοντογεωργάκη Ε.,Γεωργούση Ε., "Οι επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα 1970-2000", στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 3,τεύχος 6(19),Νοεμ.-Δεκ. 1992

-Κυριόπουλος Γ.,Γείτονα Μ.,"Μετακίνηση ασθενών για νοσηλεία στο εξωτερικό",στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 6,τεύχος 2(33),Μάρτιος-Απρίλιος 1995

-Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε.,Δρίζη Μ.,"Οι επενδύσεις βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα",στο Κυριόπουλος Γ.,Λέβετ Τ.,Νιάκας Δ., (επιμ.),"Η διαχείρηση της βιοιατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα", ΚΚΕΥ 1993

-Κωνσταντόπουλος Α., "Κρίση και κράτος πρόνοιας", στο Οικονομία και Υγεία,Πρακτικά Α'Πανελλήνιου συνέδριου οικονομικών της υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Κωνσταντόπουλος Α., "Παρατηρήσεις για το NHS και για το ΕΣΥ. Μερικές συγκρίσεις του με το ΕΣΥ",στο Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 1 τεύχος 2, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1990

-Λαδά-Χατζοπούλου Α., "Η δημόσια υγεία-Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη-Σημερινά προβλήματα", στο Σύγχρονα Θέματα, Περίοδος β',χρόνος 1ος,τεύχος 3,Δεκέμβριος 1978

-Λαμπροπούλου Κ., "Οι γυναίκες ως φορείς φροντίδας: σημασία και επιδράσεις στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα,"Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Λέβετ Τ., "Η δημόσια υγεία και η αρχική φάση της Υ.Σ.Α.", στο "Εξήντα χρόνια της Υ.Σ.Α., Αθήνα 1992

-Λέβετ Τ.,"Ανάπτυξη στρατηγικής για την υγεία του έθνους: Η Ελληνική προοπτική", στο Κυριόπουλος Γ.,Νιάκας Δ.,(επιμ.), "Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα",ΚΚΕΥ 1993

-Λιάκος Α., "Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του μεσοπολέμου", Αθήνα 1993

-Λιαρόπουλος Λ.,"Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.Ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα", Financial Forum 1993

-Λινάρδος Ρυλμόν Π., "Εργατικές αμοιβές και συσσώρευση κεφαλαίου στη μεταπολεμική Ελλάδα", Εξάντας 1992

-Λιονής,Κούτης,Φιορέτος,"Πορεία ανάπτυξης του ελληνικού κέντρου υγείας.Η εμπειρία στο κέντρο υγείας Σπηλίου",στο Συμπόσιο ΠΦΥ, 25-27 Οκτωβρίου 1991

-Λουκίσσας Φ.,Κουτσόπουλος Κ.,Ηλιοπούλου Π.,"Χωρικές διαφοροποιήσεις στην συμμετοχή χρηστών και φορέων στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών", στο Τόπος,τεύχος 9,1995

-Λύτρας Α., "Προλεγόμενα στη θεωρία της ελληνικής κοινωνικής δομής", Νέα Σύνορα,Α.Λιβάνη 1993

-Μαδιανός Μ.,Ζάρναρη Ο.,κ.α.,"Υγεία και Ελληνική κοινωνία. Εμπειρική Ερευνα", ΕΚΚΕ 1988

-Μαθιανάκης Γ.,"Κοινωνικοοικολογικές μεταβολές και ΠΦΥ στη μεταπολεμική ελληνική κοινωνία",στα Σύγχρονα Θέματα,τεύχος 29, Φεβρουάριος 1987

-Μακρυδημήτρης Α., "Χαρακτηριστικά της Ελληνικής διοικητικής κρίσης", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

-Μακρυδημήτρης Α., "Κυβέρνηση και διοίκηση: Ο διοικητικός μηχανισμός του κράτους κατά τη περίοδο της ανασυγκρότησης", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Αθήνα 1994

-Μαλούτας Θ., "Χωρική δομή και κοινωνική διαδικασία στην υπανάπτυξη του ελληνικού κράτους πρόνοιας", στο Θ.Μαλούτας, Δ.Οικονόμου,"Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις", Εξάντας 1988

-Μαλούτας Θ., "Αθήνα,κατοικία,οικογένεια.Ανάλυση των μεταπολεμικών πρακτικών στέγασης", ΕΚΚΕ/Εξάντας 1990

-Μαλούτας Θ.,Οικονόμου Δ., "Κράτος πρόνοιας: το πρότυπο και η ελληνική εκδοχή του", στο Μαλούτας Θ.,Οικονόμου Δ.,(επιμ.), "Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις", Εξάντας 1988

-Μάνεσης Α., "Η εξέλιξη των πολιτικών θεσμών στην Ελλάδα: Αναζητώντας μια δύσκολη νομιμοποίηση",στο "Η Ελλάδα σε εξέλιξη" Εξάντας 1986

-Μαράτου Αλιπράντη Λ., "Δομικά χαρακτηριστικά και παραδοσιακές λειτουργίες της αγροτικής οικογένειας: Εμπειρικές έρευνες", Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 66, 1987

-Μαράτου Αλιπράντη Λ., "Η οικογένεια στην Αθήνα: Οικογενειακά πρότυπα και συζυγικές πρακτικές", ΕΚΚΕ 1995

-Μαστρογιάννης Ι.,"Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος 1821-1960", Αθήνα 1960

-Ματσαγγάνης Μ.,"Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της: Προς εισαγωγή συστήματος προυπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα",στο Κυριόπουλος Γ.,(επιμ.),"Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών",Θεμέλιο 1995

-Μαυρογορδάτος Γ., "Μεταξύ πιτυοκάμπη και προκρούστη.Οι επαγγελματικές οργανώσεις στην σημερινή Ελλάδα", Οδυσσέας 1988

-Μεσσηνέζης Δ., "Η Πρότυπος Υγειονομική Οργάνωσις Αμπελοκήπων του Δήμου Αθηναίων και της Υγειονομικής Σχολής.Το πρόγραμμα και τα πεπραγμένα μιας υγειονομικής υπηρεσίας.Οκτώβριος 1935-Δεκέμβριος 1936", Αθήνα 1937

-Μηλιός Γ., "Ο ελληνικός κοινωνικός σχηματισμός.Από τον επεκτατισμό στη καπιταλιστική ανάπτυξη", Εξάντας 1988

-Μηλιός Γ.,Ιωακείμογλου Η., "Η διεθνοποίηση του ελληνικού καπιταλισμού και το ισοζύγιο πληρωμών", Εξάντας 1990

-Μητάκος Γ., "Τοπική ανάπτυξη και κοινωνική πολιτική", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Μητάκος Γ., "Οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα στη δεκαετία του '60 και τάσεις υπέρβασής τους σε πολιτικό επίπεδο: οι αγκυλώσεις μιας ανάπηρης καρέκλας", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967",Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Μόσιαλος Η.,"Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα",στο Πρακτικά Α'Πανελλήνιου Συνέδριου Οικονομικών της Υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Μοσχονάς Α., "Παραδοσιακά μικροαστικά στρώματα.Η περίπτωση της Ελλάδας", Ιδρυμα Μεσογειακών Μελετών 1986

-Μουζέλης Ν., "Κοινοβουλευτισμός και εκβιομηχάνιση στην ημι-περιφέρεια: Ελλάδα,Βαλκάνια,Λατινική Αμερική", Θεμέλιο 1987

-Μουσούρου Λ., "Κοινωνικοδημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Μπακάλης Δ.,"Προβλήματα των σύγχρονων νοσοκομείων", στην "Ελευθεροτυπία" της 4/5/1994

-Μπαμπανάσης Σ.,"Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα 1900-1981",στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, β'και γ' τετράμηνο 1981

-Μπαμπανάσης Σ., "Η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα 1835-1983", στο "Εισηγήσεις πάνω σε θέματα κοινωνικής ασφάλειας", Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων 1984

-Μπαμπανάσης Σ., "Η οικονομική ανάπτυξη και οι κοινωνικές επιπτώσεις της στην Ελλάδα κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Β'τόμος, Αθήνα 1995

-Μπερνάρης Α.,"Ο ΟΓΑ",στην Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων, τεύχος 9-10,Δεκέμβριος 1964

-Μπερνάρης Α.,"Ιστορικόν και προβλήματα του ΟΓΑ", στα Πρακτικά διεθνούς συνεδρίου αγροτικών κοινωνικών ασφαλίσεων,Αθήνα 26-29 Απριλίου 1966

-Μπέσης Ν., "Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας", ΙΟΒΕ 1993

-Μπήτρος Γ.,Σαλαμούρης Δ., "Ο ρόλος του ανταγωνισμού και της ιδιοκτησίας στην οικονομική αποτελεσματικότητα", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Ορια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού", Αθήνα 1996

-Μπουρσανίδης Χ.,Μπαλασοπούλου Α.,Κυριόπουλος Γ.,"Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προυπολογισμού", στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 1,τεύχος 4,Οκτ.-Δεκέμ. 1992

-Μωραίτης Ε.,Κουρή-Ζαραφωνίτη Τ.,Μποδοσάκης-Πρόδρομος Μερκούρης, "Κέντρα υγείας:Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,έτος 1,τεύχος 1,1986

-Μωραίτης Ε., "Το Ν.Δ.2592/53 Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως.Κριτική θεώρηση μιας αναξιοποίητης ευκαιρίας για την υγειονομική οργάνωση της χώρας", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έτος 2,τεύχος 4,1987

-Μωραίτης Ε.,"Δημόσιες δαπάνες για ΠΦΥ στην Ελλάδα", στα Πρακτικά Α'Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας,ΚΚΕΥ 1989

-Νιάκας Δ.,Σκουτέλης Γ.,Κυριόπουλος Γ.,"Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα:Μια πρώτη ποσοτική διερεύνηση", στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 1,τεύχος 6, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1990

-Νιάκας Δ.,"Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η Ελληνική περίπτωση", στο Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 2,τεύχος 3(10),Μάιος-Ιούνιος 1991

-Νιάκας Δ.,"Οι νέες προτάσεις για την υγεία:Ο τετραγωνισμός του κύκλου",στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 1,τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992

-Νιάκας Δ.,"Αναμενόμενες επιπτώσεις από την αλλαγή της χρηματοδότησης των νοσοκομείων",στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία τόμος 1,τεύχος 2,Απρίλιος-Ιούνιος 1992

-Νιάκας Δ., "Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη.Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα", ΚΚΕΥ 1993

-Νιάκας Δ.,"Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα και οι προτάσεις της Επιτροπής των διεθνών εμπειρογνωμόνων",στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία,τόμος 3,τεύχος 3,Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1994

-Νιάκας Δ.,"Η πρόταση των ξένων εμπειρογνωμόνων: είναι εφικτή η εφαρμογή της;", στο Κυριόπουλος Γ.,"Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών",Θεμέλιο 1995

-Νιάκας Δ., "Αίτια μη υλοποίησης μιας καινοτόμου νομοθετικής παρέμβασης (Ν.Δ.2592/53) για την υγεία και περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού συστήματος", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Αθήνα 1995

-Νιάκας Δ.,Κυριόπουλος Γ.,"Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και Εθνικοί Λογαριασμοί.Μερικές απαραίτητες διευκρινήσεις", στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμος 3,τεύχος 1,Ιανουάριος-Μάρτιος 1994

-Νικολοπούλου-Στεφάνου Η., "Σύγκλιση συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη", Σίδερης 1992

-ΟΓΑ,"Πρώτη δεκαετία 1961-1971", Αθήνα 1972

-Ομάδα Ερευνας,"Μελέτη της χρήσης υπηρεσιών υγείας και κατανάλωσης φαρμάκων στους κατοίκους του Δήμου Περάματος", στα Πρακτικά του Α'Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Παλαιολόγος Δ.,"Οι δυνατότητες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας", στο Προβόπουλος Γ.,Υφαντόπουλος Ι.,Νικολοπούλου Στεφάνου Η., (επιμ.),"Οι υπηρεσίες υγείας.Οργάνωση,διοίκηση,προγραμματισμός", European Institute of Social Security,Ελληνικό Τμήμα,Αθήνα 1990

-Παναγιωτόπουλος Τ., "Πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία.Μια στρατηγική πρόκληση από την Π.Ο.Υ.",στα Σύγχρονα θέματα, τεύχος 29,Φεβρουάριος 1987

-Πανουτσοπούλου Κ., "Κοινωνική πρόνοια.Ιστορική εξέλιξη-Σύγχρονες τάσεις", Γρηγόρης 1984

-Παντελόγλου Γ., "Η αποτυχία του εκδημοκρατισμού του ελληνικού συνδικαλιστικού κινήματος στη μεταπολεμική περίοδο και η θεσμοθέτηση των παρεμβάσεων.Το ελληνικό συνδικαλιστικό κίνημα στην περίοδο 1945-50", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά τη πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Αθήνα 1994

-Παντελόγλου Γ., "Ελληνικό συνδικαλιστικό κίνημα: οι πολιτικές συνδικαλιστικές παρατάξεις της περιόδου 1945-49", στο Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, τεύχος 3, Ιούλιος 1996

-Παπαδημητρίου Γ., "Η αρχή του κοινωνικού κράτους στη μεταπολιτευτική Ελλάδα (1974-1991)", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Παπανδρέου Β., "Η περίθαλψη στην Ευρώπη μετά το 1992", στο "Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992", Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη 1991

-Παπανικολάου Χ., "Σύγκλιση υγειονομικών συστημάτων ή στρατηγικών επιλογών;",στο Ιατρική και Δίκαιο, τεύχος 20/1993

-Παπασπύρου Σ.,"Νομοσχέδιο υγείας και κυυβερνητικά αδιέξοδα.Οι θέσεις της ΠΟΕΔΗΝ για Εθνική Στρατηγική στην Υγεία", στον Δημόσιο Τομέα,τεύχος 77,Μάρτιος 1992

-Πάτρας Λ.,"Εκθεσις επί της επεκτάσεως των κοινωνικών ασφαλίσεων εις τον αγροτικόν πληθυσμόν",στην Επιθεώρηση Γεωργικών Ασφαλίσεων,τεύχος Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 1962

-Πάτρας Λ.,"Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής", Αθήνα 1972

-Περάκης Μ., "Η ιστορία της κοινωνικής ασφαλίσεως", Ηράκλειο 1975

-Πετμεζίδου Τσουλουβή Μ., "Κοινωνικές τάξεις και μηχανισμοί κοινωνικής αναπαραγωγής", Εξάντας 1987

-Πετμεζίδου Τσουλουβή Μ., "Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική", Εξάντας 1992

-Πετρονώτη Μ., "Δίκτυα κοινωνικών σχέσεων: Οψεις και αλληλεπιδράσεις με τη διαδικασία επαγγελματικής κινητικότητας", ΕΚΚΕ 1995

-Πόλλις Α., "Επέμβαση των ΗΠΑ στα Ελληνικά εργατικά σωματεία, 1947-1950", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-50.Ενα έθνος σε κρίση", Θεμέλιο 1984

-Πρακτικά Συνεδριάσεων της Βουλής

-Προβόπουλος Γ.,"Κοινωνική ασφάλιση.Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος", ΙΟΒΕ 1987

-Ράπανος Β., "Αποτελεσματικότητα δημοσίων επιχειρήσεων:Τί δείχνει η διεθνής εμπειρία", στο 5ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα "Οριο και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού", Αθήνα 1996

-Ρομπόλης Σ.,"Οι περιορισμοί της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας",στο Προβόπουλος Γ.,Υφαντόπουλος Ι.,Νικολοπούλου Στεφάνου Η.,(επιμ.), "Οι υπηρεσίες υγείας.Οργάνωση,διοίκηση,προγραμματισμός", European Institute of Social Security,Ελληνικό Τμήμα,Αθήνα 1990

-Ρομπόλης Σ., "Από τον κρατικό έλεγχο της προσφοράς και στον κρατικό έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας". Εισήγηση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας με θέμα: "Ενιαίος Φορέας Υγείας: Πολιτικές,κοινωνικές και διαχειριστικές συνιστώσες", Καρπενήσι 21-22/6/1996

-Ρομπόλης Σ.,Χλέτσος Μ., "Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας", Παρατηρητής 1995

-Σάββας Ε.,Κονδύλης Ε., "Ιδιωτικοποίηση και παραγωγικότητα", Παπαζήσης 1993

-Σακελλαρόπουλος Θ.,"Η μεταπολεμική αγροτική πολιτική και οι μακροπρόθεσμες τάσεις αλλαγής της",στο Σακελλαρόπουλος Θ.(επιμ.) "Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα",Πληροφόρηση 1992

-Σακελλαρόπουλος Θ., "Ευρωπαική κοινωνική πολιτική", Κριτική 1993

-Σακελλαρόπουλος Θ., "Ευρωπαικό κοινωνικό κράτος ή εθνικές κοινωνικές πολιτικές; Ο ευρωπαικός κοινωνικός χώρος μετά το Μάαστριχτ", στο Γετίμης Π.,Γράβαρης Δ.,(επιμ.), "Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική.Η σύγχρονη προβληματική", Θεμέλιο 1993

-Σακελλαρόπουλος Θ., "Κράτος και οικονομία στην Ελλάδα.Μια ιστορική τυπολογία", στο Σακελλαρόπουλος Θ.,(επιμ.), "Νεοελληνική κοινωνία.Ιστορικές και κριτικές προσεγγίσεις", Κριτική 1993

-Σακελλαρόπουλος Θ., "Οι κρίσεις στην Ελλάδα 1830-1857. Οικονομικές,κοινωνικές και πολιτικές όψεις", Κριτική 1994

-Σακκάς Δ., "Τα αναπτυξιακά προγράμματα της περιόδου 1947-1966 και η σχέση τους με τον ενδεικτικό προγραμματισμό", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα,"Η Ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Αθήνα 1994

-Σαπουντζή Δ.,Λεμονίδου Χ.,"Η νοσηλευτική στην Ελλάδα.Εξελίξεις και προοπτικές",Ακαδημία Επαγγελμάτων Υγείας 1994

-Σαριδάκης Γ.,"Αγροτικαί Κοινωνικαί Ασφαλίσεις",Ηράκλειο 1960

-Σιγάλας Ι., "Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα", στο Ιατρικό Βήμα τεύχος 32, Ιούνιος-Αύγουστος 1993

-Σιγάλας Ι.,"Τα ελλείμματα των νοσοκομείων.Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρησης;", Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 5, τεύχος 5(30), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1994

-Σισσούρας Α.,Μητρόπουλος Ι.,"Η αξιολόγηση της ΠΦΥ.Αναλύσεις και θεωρητικές προσεγγίσεις", στο Συμπόσιο ΠΦΥ,25-27 Οκτωβρίου 1991

-Σκαγιάννης Π., "Ο ρόλος των υποδομών στα καθεστώτα συσσώρευσης των πρώτων μεταπολεμικών περιόδων στην Ελλάδα", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Α'τόμος, Αθήνα 1994

-Σκαλκίδης Γ.,Πετρίδου Ε.,Τουλουμή Π.,"Αδρή εκτίμηση της επάρκειας του ιατρικού δυναμικού των κέντρων υγείας στην Ελλάδα" στην Επιθεώρηση Υγείας,τόμος 2,τεύχος 5 (12),Σεπτ.-Οκτ.1991

-Σκύφτη Ζ., "Δημογραφικές εξελίξεις,διαρθρωτικές μεταβολές της οικογένειας και κοινωνική πολιτική", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σ.Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Σταθάκης Γ., "Η διαμόρφωση του μεταπολεμικού μοντέλου εκβιομηχάνισης.Η κρίσιμη περίοδος 1944-53", στο Σακελλαρόπουλος Θ.,(επιμ.), "Οικονομία και πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα", Πληροφόρηση 1992

-Σταθάκης Γ., "Η οικονομική πολιτική των ΗΠΑ στην Ελλάδα,1949-53: Σταθεροποίηση και νομισματική μεταρρύθμιση", στο 4ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Η ελληνική κοινωνία κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο 1945-1967", Τόμος Α, Αθήνα 1994

-Στάθης Γ.,"Σημαντικά προβλήματα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος", Αθήνα 1995

-Στασινοπούλου Ο.,"Κράτος πρόνοιας.Ιστορική εξέλιξη,σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις", Gutenberg 1990

-Στασινοπούλου Ο., "Κοινωνικό κράτος και κρίση", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

-Στασινοπούλου Ο., "Ατυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός", Εκλογή, 2/1992

-Στασινοπούλου Ο., "Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών.Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές", στο Γετίμης Π.,Γράβαρης Δ.,(επιμ.), "Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική.Η σύγχρονη προβληματική", Θεμέλιο 1993

-Στριμμένος Δ.,"Κριτική στα νέα μέτρα για την υγεία.Τι θα έπρεπε να γίνει", στο Δελτίο ΕΙΝΑΠ,τεύχος 36,Δεκέμβριος 1980

-Συμεωνίδου Χ.,"Τυπικές και άτυπες μορφές κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα", στο Κυριόπουλος Γ. κ.ά.,(επιμ.),"Υγεία,κοινωνική προστασία και οικογένεια", ΚΚΕΥ 1995

-Σύρκας Χ.,"Κοινωνική ασφάλιση των αγροτών μας κατά των κινδύνων αναπηρίας,γήρατος και θανάτου",στο Δελτίο ΙΚΑ,τ.9,Σεπτ.1955

-Τάτσος Ν.,"Μερικές οικονομικές επιπτώσεις της κοινωνικής ασφάλισης",στο Σπουδές, τεύχος 1-2, 1983

-Τούντας Γ.,"Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας:Προβλήματα σχεδιασμού και εφαρμογής", στο Συμπόσιο του ΑΝΤΙ που έγινε τον Απρίλιο του 1984 με Θέμα "Υγεία Κοινωνία Πολιτική", Πολύτυπο 1985

-Τούντας Γ.,"Κέντρα υγείας.Η εξέλιξη του θεσμού και οι προυποθέσεις για τη λειτουργία τους",στα Σύγχρονα Θέματα,τεύχ.29 Φεβρουάριος 1987

-Τσαλίκης Γ.,"Φιλελευθερισμός,οράματα και παροράματα για την υγεία",στο Κυριόπουλος Γ.,"επιμ.),"Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδόμι των επιλογών",Θεμέλιο 1995

-Τσουκαλάς Κ., "Η ιδεολογική επίδραση του εμφύλιου πολέμου", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-50.Ενα έθνος σε κρίση",Θεμέλιο 1984

-Τσουκαλάς Κ., "Κράτος,κοινωνία,εργασία στη μεταπολεμική Ελλάδα", Θεμέλιο 1986

-Τσουκαλάς Κ., "Ταξίδι στο λόγο και την ιστορία.Κείμενα 1969-1996", Πλέθρον 1996

-Τσουλουβής Λ.,Πετμεζίδου Μ., "Οψεις κρατικού προγραμματισμού στην Ελλάδα: Ιστορική συνέχεια και οι επιπτώσεις της κρίσης", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.Θεωρία και ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

-ΥΠΕΘΟ/ΚΕΠΕ, "Πρόγραμμα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης 1983-1987.Προκαταρκτικά,τελική εισήγηση", Αθήνα 1985

-Υπ.Υγείας/ΓΓΕΣΥΕ,"Νοσολογική κίνηση κέντρων υγείας",σειρά ετών

-Υπ.Υγείας/ΓΓΕΣΥΕ,"Στατιστική Κέντρων Υγείας",σειρά ετών

-Υπουργείο Υγείας,Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, "Εκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας", Ιούνιος 1994

-Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο Εργασίας Επιστημονικής Επιτροπής, "Μελέτη-πρόταση για την οργάνωση-διοίκηση του ΕΣΥ και την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού", Αθήνα 1995

-Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο Εργασίας Επιστημονικής Επιτροπής,"Ενιαίος Φορέας Υγείας.Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας", Αθήνα 1995

-Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κείμενο Εργασίας Επιστημονικής Επιτροπής,"Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας", Αθήνα 1995

-Υφαντόπουλος Γ., "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις", ΕΚΚΕ 1988

-Υφαντόπουλος Γ.,"Ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα",στο Πρακτικά Α'Πανελλήνιου Συνέδριου Οικονομικών της Υγείας, ΚΚΕΥ 1989

-Υφαντόπουλος Γ., "Πτυχές σύγκλισης και εναρμόνισης της υγειονομικής πολιτικής της ΕΟΚ",στο Προβόπουλος,Υφαντόπουλος, Νικολοπούλου-Στεφάνου (επιμ.), "Οι υπηρεσίες υγείας.Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμός", European Institute of Social Security Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα 1990

-Φατούρος Α., "Πώς κατασκευάζεται ένα επίσημο πλαίσιο διείσδυσης. Οι Η.Π.Α. στην Ελλάδα 1947-1948", στο "Η Ελλάδα στη δεκαετία 1940-1950.Ενα έθνος σε κρίση", Θεμέλιο 1984

-Φέτση Α.,"Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73 Α, Καλοκαίρι 1990

-Φιλαλήθης Τ.,"Οι ανάγκες υγείας και η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ",στο Κυριόπουλος,Νιάκας (επιμ.),"Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα",ΚΚΕΥ 1993

-Φίλιας Β., "Κοινωνιολογία της υπανάπτυξης", Σύγχρονη Εποχή 1996

-Φωτόπουλος Τ., "Εξαρτημένη ανάπτυξη.η ελληνική περίπτωση", Εξάντας 1985

-Χαραλάμπης Δ., "Στρατός και πολιτική εξουσία.Η δομή της εξουσίας στην μετεμφυλιακή Ελλάδα", Εξάντας 1985

-Χαραλάμπης Δ., "Πελατειακές σχέσεις και λαικισμός.Η εξωθεσμική συναίνεση στο ελληνικό πολιτικό σύστημα", Εξάντας 1989

-Χατζηδημητρίου Φ.,Ψηλός Γ., "Ασφαλιστική νομοθεσία", ΔΕΝ 1991

-Χλέτσος Μ., "Ανάλυση της κρίσης του κράτους πρόνοιας ως κρίση οργάνωσης του κοινωνικού", στο 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα", Αθήνα 1993

-Χριστοδούλου Χ., "Υγεία και ΕΟΚ.Τι πρέπει να γίνει για να δεχτούμε ανώδυνα την Κοινή Υγειονομική Πολιτική της Ευρωπαικής Κοινότητας",στο Δελτίο ΙΣΑ,τεύχος 7,Ιούνιος-Ιούλιος 1980

-Ψαλιδόπουλος Μ., "Σύγχρονες ερμηνείες της κρίσης του 1929: Επισκόπηση της βιβλιογραφίας", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης. Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

-Ψημίτης Μ., "Κοινωνική συναίνεση και πολιτική ορθολογικότητα", στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 68/1988

-Ψυχοπαίδης Κ., "Κρίση θεωρίας στις σύγχρονες κοινωνικές επιστήμες", στο 1ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, "Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης.Θεωρία και Ελληνική εμπειρία", Αθήνα 1990

Ξένοι Συγγραφείς

-Berghman J., "Ο ορισμός της κοινωνικής ασφάλειας", στο Κοινωνία,Οικονομία και Υγεία, τόμος 4,τεύχος 2, Απρ.-Ιούν. 1995

-Beaud M., "Επί των αιτίων της ένδειας των εθνών και των ατόμων", στο Αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Bihr A., "Το προλεταριάτο σε όλες τις εκφάνσεις", στο Αφιέρωμα της Le Mond Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Boyer R., "Η θεωρία της ρύθμισης: κριτική ανάλυση", Εξάντας 1988

-Bunhoff De S., "Κράτος και κεφάλαιο.Ερευνες οικονομικής πολιτικής", Θεμέλιο 1983

-Buron M., "Κοινοτικός χάρτης των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90

-Busch K., "Η Ευρώπη μετά το 1992.Οικονομικές,οικολογικές και κοινωνικές προοπτικές της ενιαίας εσωτερικής αγοράς", Κριτική 1992

-Cassen B., "Το κοινωνικό ζήτημα μετά την Ενιαία Πράξη", στο Αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Chesneaux J., "Οι δέκα όψεις της παγκοσμιοποίησης", στο Αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Chodorkoff D., "Να ορίσουμε ξανά την ανάπτυξη",στο Κοινωνία και Φύση, τόμος 3, τεύχος 7, Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 1994

-Chomsky N., "Παλιές και νέες τάξεις πραγμάτων", Νέα Σίνορα-Λιβάνης 1996

-Commission of the European Communities, "Ευρωπαική κοινωνική πολιτική.Επιλογές για την Ενωση.Πράσινο βιβλίο", Λουξεμβούργο 1993

-Commission of the European Communities,"Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με το πλαίσο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας", KOM(59) 559 τελικό,Βρυξέλλες 24/11/1993

-Commission of the European Communities, "Ανάπτυξη, ανταγωνιστικότητα,απασχόληση.Οι προκλήσεις και η αντιμετώπισή τους για τη μετάβαση στον 21ο αιώνα.Λευκό Βιβλίο", Λουξεμβούργο 1993

-Commission of the European Communities, "Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη 1995",Λουξεμβούργο 1996

-Coriat B., "Ο εργάτης και το χρονόμετρο.Τευλορισμός,φορντισμός και μαζική παραγωγή", Κομμούνα 1985

-Dahlgren G.,Whithead M.,"Πολιτικές και στρατηγικές προώθησης της ισότητας στην Υγεία",ΠΟΥ Κοπενχάγη 1992

-Deppe Frank, "Η νέα διεθνής τάξη.Ο κόσμος πέρα από τον ανταγωνισμό των συστημάτων", Νέα Σύνορα-Λιβάνης 1995

-Downs A., "Οικονομική θεωρία της δημοκρατίας", Παπαζήσης 1990

-Fink U.,"Νέες κατευθύνσεις στην κοινωνική πολιτική:αυτοβοήθεια, βοήθεια στη γειτονιά,ελεύθερη και τοπική πρωτοβουλία", στο Εκλογή, τεύχος 77, Απρίλιος-Ιούνιος 1988

-Fukuyama F., "Το τέλος της ιστορίας και ο τελευταίος άνθρωπος", Νέα Σύνορα 1993

-Gadreau M., "Οικονομική ανάλυση των επιπτώσεων της ενιαίας ευρωπαικής αγοράς συστημάτων υγείας", στο "Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992", Δημοσιογραφικός Ομιλος Λαμπράκη 1991

-Galbraith J., "Το νέον βιομηχανικό κράτος", Παπαζήσης 1969

-Galbraith J., "Η κοινωνία της ικανοποίησης", Singular 1993

-Galbraith J., "Πώς και πότε γεννήθηκε η ουσιαστική κοινωνική πρόνοια: η ιστορία επέβαλλε τις αλλαγές", στην εφημερίδα Τα Νέα, 22/9/1995

-Gazier B., "Η κρίση του 1929", Χατχηνικολής 1991

-Glotz P., "Μανιφέστο για μια νέα Ευρωπαική αριστερά", Οδυσσέας 1986

-Gorz A., "Αντίο προλεταριάτο", Νέα Σκέψη 1986

-Gorz A., "Οι δρόμοι του παραδείσου" Κομμούνα 1986

-Gorz A., "Πώς γεννιέται μια νέα τάξη υπηρετών", στο Αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Gutenschwager G., "Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεότερη Ελλάδα", ΕΚΚΕ 1989

-Held D., "Μοντέλα δημοκρατίας", Στάχυ 1995

-Hirsch J., "Φορντισμός και μεταφορντισμός: η παρούσα κοινωνική κρίση και οι συνέπειές της", στο Bonefeld W.,Holloway J.,(επιμ.) "Μεταφορντισμός και κοινωνική μορφή.Μια μαρξιστική συζήτηση για το μεταφορντιστικό κράτος", Εξάντας 1993

-Hobsbawm E., "Αντίο σε όλα αυτά", στο Βούλγαρης Γ.,(επιμ.), "Η επόμενη ημέρα μετά την πτώση του υπαρκτού σοσιαλισμού", Παρατηρητής 1992

-Hubrich W., "Γενική Ιατρική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.Ο ρόλος του Γενικού Γιατρού στα επόμενα χρόνια", στο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμος 4,τεύχος 3,Ιούλ.-Σεπτ. 1992

-Illich I., "Περιορισμοί στην ιατρική.Ιατρική νέμεση.Η απαλλοτρίωση της υγείας", Εκδοτική ομάδα 1986

-Janicke M., "Η αποτυχία του κράτους.Η αδυναμία της πολιτικής στη βιομηχανική κοινωνία", Παρατηρητής 1992

-Kennedy P., "Προετοιμασία για τον 21ο αιώνα", Νέα Σύνορα-Λιβάνης 1994

-Keynes J.M., "Η γενική θεωρία της απασχολήσεως,του τόκου και του χρήματος", Παπαζήσης 1955

-Krohn G.,"Εκθεσις περί των κοινωνικών ασφαλίσεων του αγροτικού πληθυσμού της Ελλάδος",στο Δελτίο ΙΚΑ,τεύχος 1-2,Ιαν.-Φεβρ.,1961

-Krugman P., "Η εποχή των μειωμένων προσδοκιών", Πόλις 1995

-Kuhn T., "Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων", Σύγχρονα Θέματα 1981

-Lapeyre J., "Προς αναζήτηση της χαμένης κοινωνικής διάστασης", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90

-Le Grand J., "Συγκλίσεις στην υγεία και στα συστήματα υγείας μετά το 1992.Η σύγκλιση στην υγεία και στις πολιτικές υγείας στην Ευρωπαική Κοινότητα", στο "Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992", Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη 1991

-Le Monde Diplomatique, Αφιέρωμα, "Η μάστιγα του κοινωνικού αποκλεισμού", τεύχος 6, Φεβρουάριος 1995

-Lepage H., "Η απομυθοποίηση του κράτους της ευημερίας", στο Εκλογή, Δεκέμβριος 1985

-Lipietz A., "Αυταπάτες και θαύματα.Προβλήματα του περιφερειακού φορντισμού", Εξάντας 1990

-Lyotard J.F., "Η μεταμοντέρνα κατάσταση", Γνώση 1988

-Marmot M,Morris N.,"Παράμετροι υγείας και νόσου.Το κοινωνικό περιβάλλον",Αθήνα 1988

-Mauss M., "Το δώρο.Μορφές και λειτουργίες της ανταλλαγής", Καστανιώτης 1979

-Maynard A., "Τί σημαίνει ο ανταγωνισμός στον τομέα της υγείας", στο"Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992" Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη 1991

-Meynaud J.,"Πολιτικές δυνάμεις στην Ελλάδα",Μπάυρον 1964

-Nisbet R., "Κοινωνική αλλαγή και ιστορία", Γνώση 1995

-O'Connor J., "Οικονομική κρίση του κράτους", Παπαζήσης 1977

-OECD, "Η διοίκηση στην υπηρεσία των πολιτών", Παρίσι 1987

-Offe C., "Κοινωνία της εργασία;", Νήσος 1993

-Olson M., "Η λογική της συλλογικής δράσης", Παπαζήσης 1991

-Passet R., "Προς μια νέα κατανομή εργασίας και εισοδημάτων", στο Αφιέρωμα της Le Monde Diplomatique, "Οικονομία.Η εποχή της παγκοσμιοποίησης", τεύχος 3, Φεβρουάριος 1993

-Rifkin J., "Το τέλος της εργασίας και το μέλλον της.Η δύση του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού και το χάραμα της μετά-την-αγορά εποχής", Νέα Σύνορα-Λιβάνης 1996

-Staedelin F., "Κοινωνική πολιτική,κοινωνικός χάρτης,θεμελιώδη δικαιώματα", στο Κοινωνική Ευρώπη,1/90

-Stiglitz J., "Οικονομική του δημόσιου τομέα", Κριτική 1992

-Thurow L., "Ο επερχόμενος οικονομικός πόλεμος μεταξύ Ιαπωνίας, Ευρώπης και Αμερικής", Νέα Σύνορα-Λιβάνης 1995

-Trainer T., "Τί είναι ανάπτυξη", στο Κοινωνία και Φύση, τόμος 3, τεύχος 7, Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 1994

-Tyszkiewicz Z., "Η άποψη των εργοδοτών για τον κοινοτικό χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων", στο Κοινωνική Ευρώπη, 1/90

-Veblen T., "Η θεωρία της αργόσχολης τάξης", Κάλβος 1982

-Whitehead M., "Εννοιες και αρχές της ισότητας στην υγεία", Π.Ο.Υ.1990

-WHO, "Υγεία για Ολους ως το 2000", Γενεύη 1981

-WHO, "Παγκόσμια στρατηγική για υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000", Γενεύη 1981

-WHO,"Η διαχειριστική διαδικασία για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη.Κατευθυντήριες αρχές",Γενεύη 1981

-WHO, "Αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας.Κατευθυντήριες αρχές", Γενεύη 1981

-WHO, "Λεξιλόγιο της σειράς Υγεία για Ολους", ΠΟΥ/ΕΟΦ 1989

-WHO, "Ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στην Νότια Ευρώπη", Αναφορά στην 4η Συνάντηση της ΠΟΥ,21-24 Απριλίου 1991, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,τόμος 4,τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992