

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΥΛΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ»



ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΒΡΑΤΣΙΣΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΠΕΤΡΟΥΣΗ ΜΑΡΙΑ
ΣΙΟΛΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ 2008

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την ολοκλήρωση της εργασίας χρειάστηκε από την πλευρά μας αρκετός ζήλος και επιμονή . Κρίναμε ότι θα ήταν αξιόλογο να ευχαριστήσουμε τα άτομα που μας εμψύχωσαν κατά τη διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας .

Καταρχήν θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια Δρ. Πενταράκη Μαρία για την θετική και εποικοδομητική συνεργασία που είχαμε μαζί της.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Κο Τσακίρη Αθανάσιο, ιδέα του οποίου ήταν και το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας και που εξαιτίας του γνωστικού του αντικειμένου μας έδωσε σημαντικές κατευθύνσεις , πολύτιμες συμβουλές και πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό.

Ευχαριστούμε πολύ τους εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων για την προσωπική επικοινωνία που είχαμε μαζί τους.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τους γονείς μας, για την ηθική υποστήριξη ,την κατανόηση καθώς και την υλική συμπαράσταση που μας προσέφεραν για να επιτευχθεί ο στόχος μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΡΑΤΟΣ – ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	8
1.1 Η έννοια του Κράτους.....	8
1.1.1 Θεωρίες περί κράτους.....	9
1.1.2 Φιλελεύθερη θεώρηση.....	10
1.1.3 Μαρξιστική θεώρηση	11
1.2 Η έννοια του Κράτους Πρόνοιας.....	14
1.2.1 Τα στάδια δημιουργίας του Κράτους Πρόνοιας.....	16
1.2.2 Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα	17
1.2.3 Μοντέλα Κράτους Πρόνοιας.....	18
1.3 Σουηδικό μοντέλο: ένα πρότυπο μοντέλο κράτους πρόνοιας	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΕΣΥ	26
2.1 Πολιτική Υγείας	26
2.2 Η έννοια του Συστήματος Υγείας.....	29
2.2.1 Δομή και Λειτουργία των Συστημάτων Υγείας – ΕΣΥ	31
2.3 Οργάνωση και Προγραμματισμός των Υπηρεσιών Υγείας	33
2.3.1 Πότε άρχισαν να ιδιωτικοποιούνται οι Φορείς Υγείας, πώς και γιατί;	38
2.4 Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας	41
2.5 Ποιοι Φορείς επιδρούν - επενεργούν στο χώρο της Υγείας.	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΤΑ ΣΥΝΔΙΚΑΤΑ	49
3.1 Η έννοια του Συνδικάτου	49
3.2 Συνδικαλιστική γραφειοκρατία	51
3.3 Προβλήματα ενότητας και χαμηλής συνδικαλιστικής πυκνότητας.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΟΙ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	54
4.1 Η έννοια των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων	54
4.2 Πώς λειτουργούν οι ΜΚΟ σε παγκόσμιο επίπεδο	57
4.3 Πώς λειτουργούν οι ΜΚΟ στην Ελλάδα.....	59
4.4 Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων Ελλάδος.....	61
4.5 Τα συμφέροντα και τα ενδιαφέροντα των ΜΚΟ – Τι δυσχεραίνει τη δράση τους	62
4.5.1 Σε παγκόσμιο επίπεδο.....	62

4.5.2 Στην Ελλάδα	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΙΝΗΜΑΤΑ – ΟΜΑΔΕΣ ΠΙΕΣΗΣ /	
ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ.....	67
5.1 Η έννοια των ομάδων πίεσης /συμφερόντων	67
5.2 Η έννοια των κοινωνικών κινημάτων.....	68
5.3 Συνδικάτα: κοινωνικά κινήματα ή ομάδες πίεσης/ συμφερόντων	69
5.4 ΜΚΟ: κοινωνικά κινήματα ή ομάδες πίεσης/ συμφερόντων.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	74
6.1 Ποια η σχέση Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΜΚΟ .	74
6.2 Ποια η σχέση Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και	
Συνδικάτων	75
6.3 Τι συμφέρον έχει το Υπουργείο Υγείας να υπάρχουν ΜΚΟ	78
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
ΠΗΓΕΣ	89
ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:.....	90
- ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	90
- ΦΟΡΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	94
- ΜΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	95
- ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑΤΡΩΝ	98
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ	
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ- ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ	
Ε.Ε.Σ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΑΛΑΝΗ.....	99
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ	
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ"ΚΟΡΟΞΕΝΟ ΜΠΑΜΠΗ	
.....	103
- ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΟ ΤΗΣ ΠΟΕΔΗΝ	
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑ.....	106

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είμαστε σπουδάστριες του τμήματος κοινωνικής εργασίας και αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα θέλοντας να μάθουμε και να εξερευνήσουμε ένα από τα σημαντικότερα αγαθά του ανθρώπου, την υγεία. Ο άνθρωπος ανά πάσα στιγμή πρέπει να αισθάνεται ασφαλής και σίγουρος για το παρεχόμενο σύστημα υγείας που του προσφέρεται. Από αυτή την αφετηρία ξεκίνησε αυτή η εργασία θέλοντας να εξετάσουμε την υγεία και πως το υπουργείο επικοινωνεί- συγκοινωνεί με φορείς υγείας προκειμένου να εξυπηρετήσουν συμφέροντα (ενδιαφέροντα) προς όφελος ή μη των εργαζομένων και κατ' επέκταση των πολιτών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να καταδείξει τι περιλαμβάνει ο χώρος της υγείας –δημόσιας και ιδιωτικής-, ποιοι φορείς εμπλέκονται, ποιος είναι ο ρόλος τους και με ποιον τρόπο επενεργούν στην εφαρμογή της. Για το σκοπό αυτό χρειάστηκε να γίνει επισήμανση και παρουσίαση της εξέλιξης του θεσμού της κοινωνικής πρόνοιας και συνακόλουθα του τρόπου ανάπτυξης και εδραίωσης του κράτους πρόνοιας τόσο στη χώρα μας όσο και στο εξωτερικό, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαμόρφωση και οργάνωση του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη, η κρίση του κράτους πρόνοιας οδήγησε στην αναθεώρηση της άποψης ότι το κράτος μπορεί να διατηρήσει τον κυρίαρχο ρόλο στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας και επέτρεψε τη διαμόρφωση μιας «μικτής οικονομίας» πρόνοιας που χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη διαφορετικών μορφών δημόσιας, κερδοσκοπικής, φιλανθρωπικής και αλληλοβοηθητικής χρηματοδότησης, ενώ οι παροχές μπορούν να διοχετεύονται μέσω του κράτους, του εθελοντικού τομέα, της αλληλοβοήθειας και της άτυπης φροντίδας.

Το αποτέλεσμα αυτό εστίασε το ενδιαφέρον της εν λόγω μελέτης, στον μεγάλο ρόλο που διαδραματίζουν πλέον οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, ως παράγοντες βελτίωσης και διαμόρφωσης ευνοϊκότερων όρων πρόσβασης στις παροχές υγείας, και ως πρόσφορη εναλλακτική λύση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες με το μικρότερο δυνατό κόστος. Επιπλέον, έγινε προσπάθεια ανίχνευσης του αν και σε πιο βαθμό, οι συγκεκριμένοι φορείς δράσης στην Ελλάδα, επηρεάζουν τη νομοθεσία και τις πρακτικές των κρατικών υπηρεσιών, λειτουργούν ως κοινωνικά κινήματα ή ως ομάδες πίεσης/ συμφερόντων που μετατρέπονται σε κατασκευάσματα προώθησης της συρρίκνωσης τόσο του κοινωνικού κράτους όσο και του ευρύτερου δημόσιου τομέα.

Τέλος, στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της συγκεκριμένης εργασίας τέθηκαν τα συμφέροντα του υπουργείου Υγείας από την ύπαρξη των ΜΚΟ όπως, και ο ρόλος των συνδικαλιστικών οργανώσεων σε αποφάσεις του υπουργείου για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ύπαρξη ποικίλων παραγόντων (συνδικαλιστική γραφειοκρατία, διατηρούμενη οικονομική εξάρτηση από την κρατική επιχορήγηση κ.α.), όπως αυτοί αναδείχθηκαν από τη σχετική έρευνα και η λειτουργία τους ως τροχοπέδη της δυναμικής έκφρασής τους, ως μέσο προώθησης της πολυδιάσπασης και της

μετάλλαξής τους σχεδόν ολοκληρωτικά σε ομάδες πίεσης/ συμφερόντων, μας ώθησαν στη μελέτη του βαθμού που επηρεάζουν την αντίστοιχη συγκρότηση, οργάνωση και δράση των συνδικάτων.

Με βάση τα παραπάνω, η διαμόρφωση της εργασίας έχει ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια του κράτους και γίνεται αναφορά στις κυρίαρχες θεωρίες συγκρότησής του, τη φιλελεύθερη και τη μαρξιστική. Παρουσιάζεται το πώς η κοινωνική πρόνοια, ως θεσμός, εδραιώθηκε και βρήκε την πλήρη έκφρασή της στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και πώς οι οικονομικές, πολιτικές και ιστορικές συνθήκες κάθε χώρας διαμόρφωσαν τη μορφή και την έκταση της ευθύνης του κράτους στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπλέον, παρουσιάζεται η εδραίωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα και γίνεται ιδιαίτερη ανάλυση των ευρωπαϊκών μοντέλων πρόνοιας, με έμφαση στο Σκανδιναβικό (δικαίωμα για εργασία, το κράτος πρόνοιας ως εργοδότης πρώτης επιλογής, οι παροχές ως κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών και όχι μόνο των εργαζομένων), ως πρότυπο κράτους πρόνοιας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της υγείας και της αντίστοιχης Πολιτικής που ακολουθεί η εκάστοτε κυβέρνηση. Προσδιορίζεται εννοιολογικά το Σύστημα Υγείας, εξετάζεται η ανάπτυξη και εξέλιξη του ΕΣΥ στην Ελλάδα, η δομή και η λειτουργία του και αναλύεται η οργάνωση και ο προγραμματισμός των σχετικών υπηρεσιών. Επίσης, παρουσιάζεται ο τρόπος και τα αίτια που ώθησαν στην ιδιωτικοποίηση των φορέων υγείας, καθώς και όλοι οι φορείς που επιδρούν και επενεργούν στο συγκεκριμένο χώρο.

Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται μια συνοπτική προσέγγιση της έννοιας των συνδικάτων και των προβλημάτων που δημιουργούνται από την ύπαρξη και συνεχή διεύρυνση της συνδικαλιστικής γραφειοκρατίας και την έντονη και διαρκή κρατική παρέμβαση, στην ενότητα, στην πυκνότητα, στη συμμετοχή και στη δράση των συνδικαλιστών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια και ο τρόπος λειτουργίας των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε ελληνικό και γίνεται αναφορά στην Ομοσπονδία των ΜΚΟ Ελλάδος, στα συμφέροντα και τα ενδιαφέροντά τους, όπως και στο τι είναι αυτό που δυσχεραίνει και περιορίζει τη δράση τους σε Ελλάδα και εξωτερικό.

Το πέμπτο κεφάλαιο εξετάζει τις έννοιες των ομάδων πίεσης/ συμφερόντων και των κοινωνικών κινημάτων και γίνεται προσπάθεια να αιτιολογηθεί το κατά πόσο τα

συνδικάτα και οι ΜΚΟ ανήκουν στη μία ή στην άλλη κατηγορία κοινωνικού σχηματισμού και γιατί.

Το έκτο κεφάλαιο τέλος, εκφράζει έναν προβληματισμό σχετικά με τη σύγχρονη διάρθρωση και διαπλοκή του δημόσιου και ιδιωτικού κερδοσκοπικού, εθελοντικού – μη κερδοσκοπικού τομέα και των συνδικάτων όσον αφορά στην κάλυψη αναγκών του πληθυσμού σε θέματα υγείας. Προσπαθεί, όσο αυτό είναι δυνατό, βάσει των στοιχείων που είναι διαθέσιμα, να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν στη σχέση του υπουργείου υγείας με τα συνδικάτα και τις ΜΚΟ, κατά πόσο δηλαδή τα τελευταία παρεμβαίνουν αποφασιστικά ή όχι στις αποφάσεις του πρώτου, κατά πόσο το υπουργείο και η διοίκηση των εργαζομένων καθορίζουν τον τρόπο δράσης και αντίδρασής τους. Ενώ, εξετάζει και τι είδους συμφέροντα μπορεί να έχει το αρμόδιο υπουργείο από την παρουσία και ανάπτυξη των ΜΚΟ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΡΑΤΟΣ - ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

1.1 Η έννοια του Κράτους

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα γίνει προσδιορισμός της έννοιας του κράτους με τις αντίστοιχες θεωρίες περί συγκρότησής του, ώστε να παρουσιαστεί στη συνέχεια, το πώς η κοινωνική πρόνοια, ως θεσμός, εδραιώθηκε και βρήκε την πλήρη έκφρασή της στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και πώς οι οικονομικές, πολιτικές και ιστορικές συνθήκες κάθε χώρας διαμόρφωσαν και συνεχίζουν να διαμορφώνουν τη μορφή και την έκταση της κρατικής ευθύνης στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπλέον, θα παρουσιαστεί η εδραίωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα και θα γίνει ιδιαίτερη ανάλυση των ευρωπαϊκών μοντέλων πρόνοιας, με έμφαση στο Σκανδιναβικό, ως πρότυπο κράτους πρόνοιας και σύγκρισή τους με το αντίστοιχο ελληνικό.

Στην κοινή του χρήση ο όρος «κράτος» υποδηλώνει την εξουσία ενός έθνους δηλαδή τη νομική οντότητα που συγκροτείται από μια χώρα (εδαφική περιοχή), έναν πληθυσμό και μια κυβέρνηση και αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο των ευρωπαϊκών πολιτικών κοινωνιών κυρίως, από τον 16^ο αιώνα και μετά (Καζνεβ & Βικτόρωφ, 1988). Κατά μια άλλη έννοια, κράτος είναι ο κατεξοχήν πολιτικός θεσμός, στα πλαίσια του οποίου οι υπόλοιποι πολιτικοί θεσμοί, μηχανισμοί και λειτουργίες των σύγχρονων κοινωνιών είτε έχουν ως επίκεντρο της δραστηριότητάς τους το κράτος και τα «όργανά» του είτε εντάσσονται ως άμεσα ή έμμεσα «όργανά» του (Τσαούση, 1985). Στη σύγχρονη δυτική πολιτική σκέψη, η ιδέα του κράτους συνδέεται με την έννοια μιας απρόσωπης και προνομιούχας νομικής ή θεσμικής τάξης, η οποία έχει τη διοίκηση και τον έλεγχο μιας δοσμένης εδαφικής επικράτειας (Held, 2007).

Το κράτος δεν υπήρχε πάντα. Αρχικά, σχηματίστηκαν οι πρωτόγονες κοινωνίες, δίχως το οικονομικό πλεόνασμα και τις κοινωνικές τάξεις για να το ιδιοποιηθούν, και δίχως την εκμετάλλευση της εργασίας μιας μερίδας πληθυσμού από μια άλλη. Η εμφάνιση του κράτους και η διάκριση διοικούντων και διοικούμενων ήταν επανάσταση στην ιστορία της ανθρωπότητας και οφείλεται σύμφωνα με γάλλους ανθρωπολόγους είτε στη δημογραφική ανάπτυξη είτε στην πρωτόγονη θρησκευτικότητα (Μίλλιμπαντ, 1984).

Παρά το γεγονός, ότι η έννοια του κράτους βρήκε την πρώτη έκφρασή της στον αρχαίο κόσμο (ιδίως στη Ρώμη), αναγνωρίστηκε επίσημα στα μέσα του 17^{ου} αιώνα με τη συνθήκη της Βεσφαλίας (1648). Το σύγχρονο κράτος γεννήθηκε με την άνοδο του καπιταλισμού¹ -ο Μαρξ το συνδέει με την παρουσία των αστών στην εξουσία²- μετά τις αυτοκρατορίες, την πόλη-κράτος και το φεουδαρχικό κράτος και σημείωσε τη μετάβαση στη σύγχρονη ιστορία. Βασικά του στοιχεία ήταν η επικράτεια και η κυριαρχία, η ενοποίηση του εθνικού συνόλου και η εξάλειψη ενδιάμεσων μορφών κοινωνικοποίησης (οικογενειακά γένη, αγροτικές κοινότητες, συντεχνίες³). Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα, το κράτος να αποσυνδεθεί από την κοινωνία, σε αντίθεση με την Αρχαία Ελλάδα και το Μεσαίωνα, όπου δεν υπήρχε διαχωρισμός ιδιωτικού - δημόσιου, πολιτικού -οικονομικού (Μίλλιμπαντ, 1984).

Ένας από τους κύριους εκφραστές της νέας πολιτικής πραγματικότητας ο Νικολό Μακιαβέλι, φέρεται να εισήγαγε και να καθιέρωσε τον όρο⁴ στο έργο του «Ο Ηγεμόνας» (1532) δίνοντάς του νέο περιεχόμενο. Η έννοια κράτος υποδήλωνε πλέον, μια οργάνωση που μπορούσε να ασκεί και να ελέγχει τη χρήση βίας⁵ στον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης περιοχής, ώστε να διατηρήσει και να αυξήσει τη δύναμή του και να προφυλαχθεί από οποιονδήποτε εσωτερικό ή εξωτερικό κίνδυνο απειλούσε την υπόστασή του (Τσαούση, 1985).

1.1.1 Θεωρίες περί κράτους

Οι κυρίαρχες θεωρητικές παραδόσεις της κοινωνιολογικής και οικονομικής σκέψης, η φιλελεύθερη και η μαρξιστική αντιλαμβάνονται το κράτος *«ως ένα πεδίο στο οποίο ‘εγγράφεται’ κάθε μορφής κοινωνική πάλη»* (Σεραφετινίδου, 2002). Οι κοινωνικές συγκρούσεις αναπόφευκτες καθώς είναι, δημιουργούν την ανάγκη διαμόρφωσης ενός κατασταλτικού κράτους προκειμένου να διασφαλιστεί η κοινωνική τάξη. Συνακόλουθα, ο κατασταλτικός χαρακτήρας του κράτους, ο οποίος

¹ Καπιταλισμός: ένα οικονομικό σύστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από την παραγωγή εμπορευμάτων με σκοπό το κέρδος, καθώς επίσης και από τη χρήση μισθωτής εργασίας και κεφαλαιουχικών αγαθών ατομικής ιδιοκτησίας

² Ο Μαρξ ποτέ δεν επιχείρησε συστηματική μελέτη του κράτους, αλλά επιθυμούσε να την πραγματώσει ως μέρος του τεράστιου έργου που προγραμματίσει κατά τη δεκαετία του 1850 με μόνο συμπληρωμένο τμήμα του τον πρώτο τόμο του Κεφαλαίου. (Μίλλιμπαντ, 1984).

³ Συντεχνία: η οργανωμένη, επαγγελματική συνήθως ομάδα που έχει κύριο σκοπό την προώθηση των ιδιαίτερων συμφερόντων της, ακόμα κι αν αυτά είναι αντίθετα προς τα συμφέροντα του κοινωνικού συνόλου στα πλαίσια μιας οικονομίας (Βασιλείου & Σταματάκης, 1991).

⁴ Ο όρος προέρχεται από το λατινικό status που σήμαινε κατάσταση. Τον συναντάμε στην Εκλογή του Ιουστινιανού με την έννοια του συστήματος δικαίου που χαρακτηρίζει μια κοινότητα, αλλά και σε μεταγενέστερες μεσαιωνικές πηγές.

⁵ Στον κοινωνιολογικό ορισμό του Μ. Βέμπερ, κράτος είναι ο θεσμός που έχει την αποκλειστικότητα διατύπωσης ρυθμιστικών κοινωνικών κανόνων και νόμων και την ευχέρεια εγκαθίδρυσης και διασφάλισης ενός συστήματος κοινωνικού ελέγχου, που φτάνει ως την έσχατη μορφή άσκησης φυσικής βίας στα άτομα μιας εδαφικής περιοχής (Βασιλείου & Σταματάκης, 1991).

ταυτόχρονα του εξασφαλίζει την αποτελεσματικότητά του ως κύριο φορέα άσκησης εξουσίας και οι μηχανισμοί⁶ που χρησιμοποιεί, αποτελούν την ειδοποιό διαφορά του από τους άλλους εξουσιαστικούς θεσμούς. Το σημείο αντιπαράθεσης των παραπάνω απόψεων εντοπίζεται στη φύση και στα αίτια των αναπόφευκτων κοινωνικών συγκρούσεων καθώς και στους λόγους που η αντιμετώπισή τους απαιτεί τη χρήση ή την απειλή χρήσης φυσικής βίας.

1.1.2 Φιλελεύθερη θεώρηση

Βασική αρχή που διατρέχει τις θεωρίες της φιλελεύθερης κοινωνιολογικής σκέψης κατά τον 20^ο αιώνα και έχει ως κύριο εκφραστή της τον Λοκ⁷, είναι ότι μόνο ένα κοινό όργανο με νομοθετική εξουσία και με αρμοδιότητες στις οποίες συναινούν όλοι, μπορεί να εξασφαλίσει τα ανθρώπινα δικαιώματα στη ζωή, στην ελευθερία και στην περιουσία. Η μόνη όμως επίλεκτη και «περιούσια τάξη» που μπορεί να εκφράζει το γενικό καλό, είναι η αστική τάξη η οποία αποταμιεύει και επενδύει και για αυτό θεωρείται ικανή να διοικεί το κράτος. Τις συγκεκριμένες απόψεις υιοθετεί στο ακέραιο ο Άνταμ Σμιθ, κύριος εκπρόσωπος του οικονομικού φιλελευθερισμού (Ο Πλούτος των Εθνών, 1776), υποστηρίζοντας την ανάγκη δημιουργίας ενός ταξικού κράτους που να εκφράζει και να προωθεί το δημόσιο ή το γενικό συμφέρον, με μόνη παρέμβαση την εξασφάλιση της εξωτερικής άμυνας, την απονομή της δικαιοσύνης και τα έργα υποδομής (Μίλλιμπαντ, 1984).

Σταδιακά, ο φιλελευθερισμός προχώρησε στην αποδοχή ενός κράτους-διαχειριστή με αυξανόμενη κρατική παρέμβαση στο όνομα της ελευθερίας, της ισότητας και της ασφάλειας, καθώς και της εξασφάλισης των πολιτών από διάφορους κινδύνους. Στα πλαίσια αυτά και επηρεασμένος από την εμπειρία της Γαλλικής Επανάστασης ο Χέγκελ⁸ βλέπει το κράτος ως αναγκαίο ρυθμιστή των διαφορών και των συγκρούσεων στην κοινωνία των πολιτών, αρκεί να είναι έξω από τάξεις (Μίλλιμπαντ, 1984).

⁶ Στο σύγχρονο κράτος οι μηχανισμοί καταστολής είναι ο στρατός, η αστυνομία και το ποινικό σύστημα.

⁷ Ο Λοκ (Εγχειρίδιο της Αστικής Διακυβέρνησης, 1690) θεωρείται ως ο θεμελιωτής του φιλελευθερισμού στις βάσεις που έθεσε ο Χομπς (Λεβιάθαν, 1651). Ο Χομπς πρώτος είδε το κράτος όχι απλώς ως φορέα της δύναμης και της εξουσίας, αλλά ως πολιτικό θεσμό με συγκεκριμένες λειτουργίες. Στη θεωρία του υπάρχουν βασικά στοιχεία της σύγχρονης έννοιας του κράτους και ιδιαίτερα η αντίληψη ότι τελική πηγή της εξουσίας είναι ο λαός, που με κοινή σύμβαση δημιούργησε το κράτος και του μεταβίβασε την εξουσία με σκοπό την εξυπηρέτηση των βασικών αναγκών του (Τσαούση, 1985).

⁸ Ήταν ο πρώτος που συνέλαβε το μηχανισμό της ηγεμονίας του κράτους, το χωρισμό από τη θρησκευτική εξουσία και τη δημιουργία καινούριων οργάνων εξουσίας όπως τα κόμματα (Μίλλιμπαντ, 1984).

Το σύγχρονο κράτος αντιμετωπίζεται πλέον ως ένα πλέγμα εξουσιαστικών θεσμών και μηχανισμών, μια αυτόνομη αρχή που στέκεται έξω ή πάνω από την κοινωνία και τις συγκρούσεις των ατόμων ή των ομάδων που την απαρτίζουν. Η νέα «συντηρητική» στροφή της φιλελεύθερης θεωρίας, η οποία οφείλεται σε έναν βαθμό στην απαξίωση της πολιτικής και των κρατικών θεσμών, σημειώνεται από τον Βέμπερ που αναφέρεται στο κράτος ως εκπρόσωπο της δικαιοσύνης, του ορθολογισμού και της ηθικής ενώ η μάζα των πολιτών χαρακτηρίζεται από άγνοια και παθητικότητα. Η διαχείριση της κοινωνικής ζωής από την πολιτική ηγεσία χαρισματικών πολιτικών, είναι αυτή που διασφαλίζει κοινωνική σταθερότητα και ευημερία (θεωρία των ελίτ)⁹ (Σεραφετινίδου, 2002).

Η πλουραλιστική σχολή τέλος -κυρίαρχη μεταπολεμικά στην πολιτική σκέψη και ανάλυση - βλέπει το κράτος ως συνισταμένη των εξουσιών που διαθέτουν άτομα και ομάδες μιας κοινωνίας. Ρόλος του κράτους, επειδή δεν μπορεί να δείξει μεροληψία υπέρ ή κατά ορισμένων ομάδων είναι να τις συμβιβάσει και να τις συμφιλιώσει, ενώ απώτερος στόχος του είναι η καθιέρωση του ελεύθερου ανταγωνισμού σε οικονομικό, πολιτικό και ιδεολογικό επίπεδο, ώστε να επιτευχθεί η εξισορρόπηση των επιμέρους εξουσιών και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής (Βασιλείου & Σταματάκης, 1991).

1.1.3 Μαρξιστική θεώρηση

Κατά την μαρξιστική θεωρία το πολιτικό εποικοδόμημα (κράτος) δεν αποτελεί απλή αντανάκλαση της οικονομικής βάσης, αλλά έναν ενεργητικό παράγοντα του ιστορικού γίνεσθαι (Σεραφετινίδου, 2002). Στον Μαρξ και στον Ένγκελς το κράτος εμφανίζεται σαν όργανο επιβολής της ταξικής κυριαρχίας πάνω στην υπόλοιπη κοινωνία. Πρόκειται για μια εξωοικονομική δύναμη της αναπτυγμένης κοινωνίας που χρησιμοποιείται από την άρχουσα τάξη προκειμένου να διατηρήσει τα προνόμια και το κυρίαρχο κοινωνικό της status (Καζνεβ & Βικτόροφ, 1988). Το κράτος είναι ένας μηχανισμός προστασίας και αναπαραγωγής των σχέσεων του συγκεκριμένου τρόπου παραγωγής, μια μορφή εξουσίας που ενώ αναδύθηκε μέσα από την κοινωνία και υπάρχει πάνω από αυτήν τείνει συνεχώς να αποξενώνεται, καθώς μεριμνά για τα

⁹ Η «θεωρία των ελίτ» αποτελεί ένα από τα δυο σημαντικότερα θεωρητικά ρεύματα της φιλελεύθερης κοινωνιολογικής θεώρησης της πολιτικής, με θεμελιωτή τον Μ. Βέμπερ (πρωτοαναπτύχθηκε από τους ιταλούς στοχαστές Παρέτο και Μόσκα στο μεσοπόλεμο). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία υπάρχουν ελίτ στις διάφορες οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, κοινωνικές, επαγγελματικές και άλλες πυραμίδες της εξουσίας, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των θεωρητικών ως προς τις συγκεκριμένες ομάδες που απαρτίζουν την ελίτ εξουσίας. Η ουσία όμως της συγκεκριμένης θεωρίας έγκειται στο ότι η πολιτική συμπεριφορά του απλού πολίτη εξαρτάται από τους επιδέξιους χειρισμούς της ελίτ εξουσίας (Σεραφετινίδου, 2002)

συμφέροντα της οικονομικά ισχυρής τάξης (Τσαούση, 1985). Η τελευταία, γίνεται έτσι πολιτικά κυρίαρχη κι αποκτά τα μέσα για την εκμετάλλευση των κυριαρχούμενων κοινωνικών τάξεων.

Για να εξασφαλίσουν την επιβίωσή τους οι άνθρωποι πρέπει να συνεργαστούν μεταξύ τους και να αποκτήσουν παραγωγικές σχέσεις κατά τον καταμερισμό εργασίας και με την ιδιωτική ιδιοκτησία που επιβάλλει η καπιταλιστική κοινωνική οργάνωση. Οι παραγωγικές σχέσεις είναι κατά συνέπεια, αυτές που καθορίζουν και οριοθετούν τα πλαίσια λειτουργίας και εξέλιξης του κράτους, η πηγή των κοινωνικών συγκρούσεων, καθώς και η βασική αιτία ανάπτυξης και λειτουργίας ενός κατασταλτικού κράτους (Σεραφετινίδου, 2002). Σύμφωνα με τον Γκράμσι, το κράτος στις σύγχρονες κοινωνίες του αναπτυγμένου καπιταλισμού αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, καθώς θεμελιώνεται εξίσου στη φυσική βία και στην ηγεμονία των κυρίαρχων ομάδων. Επομένως, η θεσμοποιημένη χρήση φυσικής βίας είναι κοινωνικά αναγκαία όχι λόγω της ατελούς ανθρώπινης φύσης, όπως πρεσβεύει η φιλελεύθερη παράδοση, αλλά για την επιβολή ενός «πλασματικού κοινού συμφέροντος» ως «κοινού συμφέροντος», δηλαδή των ιδιοτελών συμφερόντων μιας κοινωνικής τάξης στις υπόλοιπες τάξεις (Σεραφετινίδου, 2002).

Μια επιπλέον θεωρία περί κράτους, η οποία συνηγορεί με τις μαρξιστικές απόψεις είναι αυτή του Πουλαντζά¹⁰ που αναγνωρίζει σχετική αυτονομία των νομικο-πολιτικών και ιδεολογικών δομών από το καπιταλιστικό κράτος, το οποίο βλέπει από μια διαφορετική σκοπιά, δηλαδή όχι ως «εργαλείο» και «μηχανισμό» στα χέρια της κυρίαρχης τάξης, αλλά ως μια σύνθετη κοινωνική σχέση, μια πολιτική συμπύκνωση και ενοποίηση της συνολικής (οικονομικής-πολιτικής-ιδεολογικής) κεφαλαιοκρατικής εξουσίας πάνω στην εργατική τάξη και τις άλλες λαϊκές τάξεις. Σύμφωνα με αυτή την εκδοχή, το κράτος προκειμένου να ενοποιήσει τις κυρίαρχες τάξεις και όλη την κοινωνία στη βάση των συνολικών κεφαλαιοκρατικών συμφερόντων, διατηρεί ως ιδιαίτερη κοινωνική δομή και λειτουργία μια σχετική αυτονομία από την οικονομική βαθμίδα του κοινωνικού σχηματισμού, αλλά και από τα συμφέροντα των επιμέρους κεφαλαιοκρατικών μερίδων (Μηλιός, 1996).

Συγχρόνως όμως το κράτος αυτό παρεμβαίνει, τόσο στην οικονομική όσο και στην ιδεολογική βαθμίδα κάθε καπιταλιστικού κοινωνικού σχηματισμού προκειμένου να μην αποκαλυφθούν οι καπιταλιστικές σχέσεις εκμετάλλευσης και κυριαρχίας, ενώ οι

¹⁰ Στο έργο του Πουλαντζά διαπιστώνεται μια ασυνέχεια: πρόκειται για ένα θεωρητικό έργο που δεν είναι ενιαίο, αλλά αντίθετα διασχίζεται από μια θεωρητική τομή, η οποία συμβαδίζει με μια αντίστοιχη μεταστροφή των πολιτικών θέσεων του Πουλαντζά (Μηλιός, 1996).

θεσμοί και οι λειτουργίες του διαπερνώνται από την πάλη των τάξεων (Μηλιός, 1996). Οι αγώνες έχουν προβάδισμα έναντι των θεσμών, τους οποίους και διαμορφώνουν. Η ύπαρξη των λαϊκών τάξεων δεν εξαρτάται από μηχανισμούς που συγκεντρώνουν μια δική τους εξουσία, αλλά από τη μορφή εστιών αντιπαράθεσης στην εξουσία των κυρίαρχων τάξεων και το ριζικό μετασχηματισμό του κράτους. Αυτό όμως δε συνεπάγεται μια κατάσταση διπλής εξουσίας στους κόλπους του κράτους (κυρίαρχη εξουσία της αστικής τάξης και εξουσία των λαϊκών μαζών). Οι λαϊκές τάξεις ήταν πάντοτε παρούσες μέσα στο κράτος, ως αναγκαίος όρος για το μετασχηματισμό του, χωρίς αυτό να αλλάζει κάτι από τον σκληρό του πυρήνα (Μηλιός, 1996).

Ο ρόλος των κρατικών μηχανισμών δεν καθορίζεται από το ποια «μερίδα της αστικής τάξης» είναι κυρίαρχη, αλλά από το πώς ασκείται η καπιταλιστική εξουσία πάνω στις λαϊκές τάξεις. Καθορίζεται δηλαδή από την πάλη των τάξεων στο εσωτερικό των κρατικών ιδεολογικών μηχανισμών. Μπορούμε, λοιπόν, να πούμε συμπερασματικά, ότι η οποιαδήποτε κρατική στρατηγική, ανεξάρτητα από το αν έχει ως φορέα κάποιο κόμμα ή εδράζεται στο εσωτερικό κάποιου κρατικού ιδεολογικού μηχανισμού, μπορεί να γίνει αντιληπτή μόνο σε συνάρτηση με τον ιδιαίτερο τρόπο οργάνωσης της κυριαρχίας πάνω τις λαϊκές τάξεις (Μηλιός, 1996).

Η έννοια της ηγεμονίας, κεντρικό πρόβλημα της νομιμοποίησης της πολιτικής εξουσίας, πάντα συνδεόταν με τους «ιδεολογικούς μηχανισμούς» του κράτους, δηλαδή γύρω από μηχανισμούς και λειτουργίες, παραγωγής, αναπαραγωγής και υιοθέτησης της κυρίαρχης ιδεολογίας που κινούνται τόσο στο επίπεδο του κράτους ως θεσμού, όσο και στο επίπεδο της κοινωνίας. Ο Πουλαντζάς¹¹ δε θεωρεί ότι το κράτος έχει μόνο κατασταλτικό ή ιδεολογικό ρόλο και κάνει διάκριση ανάμεσα στους κατασταλτικούς μηχανισμούς (διοίκηση, στρατός, αστυνομία, δικαιοσύνη κ.α.) και τους κρατικούς ιδεολογικούς μηχανισμούς (σχολείο, οικογένεια, ΜΜΕ, Εκκλησία, πολιτικό σύστημα αντιπροσώπευσης, κ.α.).

Έτσι, παρά το γεγονός ότι μια τάξη ή ένα τμήμα τάξης διατηρεί την ηγεμονία, η πολιτική εξουσία των υπόλοιπων τάξεων ή τμημάτων, δημιουργούν αναντιστοιχίες στους κρατικούς μηχανισμούς (π.χ. ο οικονομικός μηχανισμός). Είναι λοιπόν δυνατό, μέσα στους ιδεολογικούς κρατικούς μηχανισμούς ή σε κάποιους απ' αυτούς και στον κρατικό μηχανισμό, διαφορετικές τάξεις ή τμήματα τάξεων να κατέχουν την εξουσία

¹¹ Για περισσότερες λεπτομέρειες δεξ Πουλαντζάς (1982), «Το κράτος, η εξουσία, ο σοσιαλισμός», Εκ. Θεμέλιο, Αθήνα και Πουλαντζάς (1975), «Πολιτική εξουσία και κοινωνικές τάξεις», Εκ. Θεμέλιο, Αθήνα).

(Μηλιός, 1996). Το κράτος συνεπώς συμπυκνώνει όχι μόνο το συσχετισμό δυνάμεων ανάμεσα σε μερίδες του συνασπισμού εξουσίας, αλλά και το συσχετισμό δυνάμεων ανάμεσα στον τελευταίο και στις λαϊκές τάξεις. Κατά συνέπεια, η έννοια της εξουσίας ορίζεται ως στρατηγική κατάσταση του συσχετισμού δυνάμεων μέσα σε μια κοινωνία (Μηλιός, 1996).

Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το σύγχρονο κράτος διαφέρει σημαντικά από το κεφαλαιοκρατικό κράτος του 19^{ου} αιώνα, τόσο ως προς το χαρακτήρα όσο και ως προς το ρόλο και τη σχέση του με την κοινωνία. Δεν καταγράφει απλώς την πολιτικο-κοινωνικο-οικονομική πραγματικότητα, ασκεί σημαντικές λειτουργίες¹² και η αποδοχή της εξουσίας του είναι σημαντική για την αποδοτικότητα αυτών των λειτουργιών. Το κράτος, χωρισμένο πλέον, απ' την κοινωνία όπως απαιτεί ο πλουραλισμός, αυξάνει την παρέμβασή του ως «κράτος πρόνοιας», με τη δημιουργία νέων κοινωνικών εταίρων (συνδικάτα), αποτελεί φορέα οικονομικών συμφερόντων, ανακατανέμει εισοδήματα με τη φορολογία, την εισοδηματική πολιτική και με τις ποικίλες παροχές του, αποτελώντας έτσι, έναν μηχανισμό κοινωνικής αναδιάρθρωσης (Τσαούση, 1985).

1.2 Η έννοια του Κράτους Πρόνοιας

Είναι γενικά αποδεκτό πως το κράτος πρόνοιας αποτελεί έναν σύνθετο πολιτικό και διοικητικό σχηματισμό που σκοπό έχει την ανακατανομή υλικών και πολιτιστικών αγαθών και την παροχή τους σε ομάδες ή στο σύνολο της κοινωνίας παρεμβαίνοντας σε οικονομικές και κοινωνικές διαδικασίες (Κελπανίδης, 1991). Πρόκειται με άλλα λόγια, για το σύγχρονο καπιταλιστικό κράτος το οποίο έχει μετεξελιχθεί από ταξική σε μια υπερταξική εξουσία η οποία, χωρίς να εγκαταλείπει το ρόλο επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων, επεκτείνει τις λειτουργίες της στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα κατώτατο αποδεκτό επίπεδο ζωής των πολιτών της.

Σύμφωνα με την Asa Briggs, στο κράτος πρόνοιας η πολιτική εξουσία παρεμβαίνει στους μηχανισμούς της αγοράς επιδιώκοντας να εξασφαλίσει ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα στα άτομα και στις οικογένειές τους, ανεξάρτητα από την παρουσία που έχουν ή την εργασία που μπορούν να προσφέρουν, να μειώσει το βαθμό της

¹² Λειτουργίες του κράτους: άμυνα και αστυνομία, έλεγχος της βιομηχανίας, κοινωνική νομοθεσία, παιδεία, ασφάλιση ενάντια στις αρρώστιες και ανεργία, ενθάρρυνση της επιστημονικής έρευνας, λειτουργία νομισματικού συστήματος, εξουσία να φορολογεί, καθορισμός των προϋποθέσεων, διατήρηση συστήματος δικαιοσύνης (Laski H, 1982).

κοινωνικής ανασφάλειας και να διασφαλίσει για όλους τους πολίτες την παροχή υπηρεσιών στην καλύτερη δυνατή ποιότητα (κοινωνικές, ιατρική περίθαλψη, εξασφάλιση κατοικίας) (Κελπανίδης, 1991).

Αν και η άμεση ανάμειξη του κράτους στην αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών των πολιτών θεωρήθηκε αναγκαία από τους μαρξιστές καθώς η ανάπτυξη του καπιταλισμού έθετε σε κίνδυνο την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης (Βασιλείου & Σταματάκης, 1991), οι νεομαρξιστές αντιθέτως, απορρίπτουν την παροχή πρόνοιας ως μια μορφή «νομιμοποίησης», που στοχεύει στην επιβολή μιας δυσάρεστης πολιτικής διαδικασίας στην πλειονότητα των ανθρώπων (Spicker, 2004). Κοινό εντούτοις, σημείο αναφοράς των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων¹³ είναι ότι το κράτος πρόνοιας ταυτίζεται με ένα σύστημα παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες.

Ο όρος κράτος πρόνοιας αρχίζει να χρησιμοποιείται διεθνώς κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου προκειμένου να εκφράσει τη διεύρυνση του ρόλου της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους στις αναπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες. Συστατικά μέρη του κράτους πρόνοιας αποτελούν η κοινωνική πολιτική και η κοινωνική ασφάλιση, ενώ επιφορτίζεται και με ιδέες και αξίες όπως αυτή της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης. Παράλληλα, χρησιμοποιείται ο όρος «κράτος ευημερίας» (welfare state) με σκοπό να εδραιώσει την άποψη ότι για την επίτευξη της ευημερίας των πολιτών, απαιτείται η κοινωνική λειτουργία του κράτους (Στασινοπούλου, 1992). Σήμερα, ο όρος κράτος πρόνοιας έχει καταλήξει να αφορά μια συγκεκριμένη και ιστορικά καθορισμένη κάλυψη ενός φάσματος κοινωνικών και όχι συλλογικών αναγκών.

Ιστορικά, οι ελάχιστες μαρτυρίες αποδεικνύουν ότι ο άνθρωπος από βιολογική παρόρμηση φροντίζει και συμπαραστέκεται στα μικρά παιδιά, στους φτωχούς, στους πάσχοντες, στους ηλικιωμένους, με τις διάφορες κοινωνικές ομάδες (συγγενείς, φυλή, κοινότητα) να αποτελούν το πλαίσιο για την κάλυψη των βασικών αναγκών.

Οι καταβολές της κοινωνικής πρόνοιας βρίσκονταν στις παραδόσεις, τα έθιμα και τις επιταγές των διαφόρων θρησκειών. Η Εκκλησία ασκούσε ένα εκτεταμένο και καλά οργανωμένο προνοιακό έργο. Ωστόσο, η ιστορική συγκυρία έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας. Η κατάρρευση των μεσαιωνικών συντεχνιών, η εκβιομηχάνιση, η μετακίνηση στα αστικά κέντρα και η μείωση των

¹³ Η νεοκλασική και η κεννσιανή θεωρία

μοναστηριών οδήγησαν στην αποσάθρωση των παραδοσιακών οικογενειακών δεσμών και της ιδιωτικής φιλανθρωπίας και στη βαθμιαία ανάληψη από το κράτος της ευθύνης για την κοινωνική πρόνοια. Η εξέλιξη αυτή, σε συνδυασμό με την ιδεολογική απήχηση των αρχών της γαλλικής επανάστασης και τη δημιουργία των πρώτων εργατικών ενώσεων και ταμείων αλληλοβοήθειας των εργαζομένων, σήμαινε ότι η κοινωνική προστασία και αλληλεγγύη προς τον πολίτη θεμελιώνεται πλέον στην αρχή ότι, η παροχή βοήθειας σε άτομα που δεν είναι υπαίτια για την κατάστασή τους, αποτελεί βασική ευθύνη του κράτους (Σταθόπουλου, 1996). Μέχρι τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, το μόνο παράδειγμα κρατικής ανάμειξης στην κοινωνική προστασία αποτέλεσε ή θέσπιση το 1601 στην Αγγλία του νόμου των φτωχών.

Παρ' όλα αυτά, το γεγονός ότι η εδραίωση της πρόνοιας ως βασικού θεσμού της κοινωνίας στις δυτικές χώρες γίνεται με τη βιομηχανική επανάσταση αποδεικνύει ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας δεν αποτελεί απόρροια μόνο των ανθρωπιστικών αντιλήψεων, αλλά και της ανάγκης διατήρησης των κοινωνικών ισορροπιών, που διασφαλίζουν το πολιτικό – εξουσιαστικό status quo (Σταθόπουλου, 1996).

1.2.1 Τα στάδια δημιουργίας του Κράτους Πρόνοιας

Συνοπτικά, τα στάδια οργανωμένης συλλογικής κρατικής παρέμβασης μπορούν να προσδιοριστούν ως εξής¹⁴:

A) Τέλος 18^{ου} αιώνα - β' παγκόσμιο πόλεμο. Πρόκειται για το χρονικό διάστημα που κυριαρχεί το εργατικό ζήτημα και συντελείται η αρχική διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους και η αποσπασματική ανάπτυξη συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης¹⁵, υγείας, εκπαίδευσης και εργατικής κατοικίας.

B) Β' παγκόσμιος πόλεμος - μέχρι σήμερα. Στην περίοδο αυτή διακρίνονται κάποια επιμέρους στάδια: α) (1944 – 1969) η «χρυσή εποχή» ή η εποχή του «κλασικού» κράτους πρόνοιας, όπου υπάρχει προβληματισμός για την κοινωνική αναπαραγωγή και παρατηρείται ανάπτυξη οργανωμένων μεθόδων κοινωνικού σχεδιασμού, επιτάχυνση του ρυθμού αύξησης των κοινωνικών δαπανών και άνοδος των ορίων υποχρεωτικής ασφάλισης. Επιπλέον, συνεχίζει η διεύρυνση της κρατικής δραστηριότητας σε νέους κλάδους, πέραν της κοινωνικής ασφάλισης, όπως η

¹⁴ Για περισσότερες λεπτομέρειες δες, Στασινοπούλου, 1992.

¹⁵ Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις αρχές της αυτονομίας και της αυτοβοήθειας. Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας κάθε ασφαλιστικός οργανισμός έχει διοικητική αυτοτέλεια ως προς τις δραστηριότητες του. Σύμφωνα με την αρχή της αυτοβοήθειας οι ασφαλιζόμενοι συμμετέχουν στις δαπάνες του ασφαλιστικού τους φορέα πληρώνοντας την εισφορά τους. (Σταθόπουλου., 1996)

εκπαίδευση, η ανεργία, η επαγγελματική ασθένεια και η κατοικία. Η πρόνοια χρηματοδοτείται από τη φορολογία και συνεπώς τα βοηθήματα γίνονται αντικείμενο νομοθετικών ρυθμίσεων και δημόσιου έλεγχου, ενώ μετά το 1950 καθιερώνεται η ασφάλιση των αυτοαπασχολούμενων. Σημαντικό επίτευγμα αυτής της περιόδου αποτελεί και η υποτυπώδης ανάπτυξη των επιστημών της κοινωνικής εργασίας και της κοινωνικής πολιτικής (Σταθόπουλου, 1996).

β) (τέλος δεκαετίας 60' - μέσα της δεκαετίας του 80'). Στο συγκεκριμένο διάστημα υπάρχει έντονη κριτική από κινήματα (μαρξιστικό, φεμινιστικό, αντιρατσιστικό) στην ιδεολογία και την έμπρακτη εφαρμογή των κρατικών συστημάτων πρόνοιας. Η επικρατούσα νεοφιλελεύθερη άποψη επιμένει στην ανάγκη συρρίκνωσης του κράτους πρόνοιας με έμφαση στην ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών.

γ) (τέλη δεκαετίας 80'-σήμερα). Στη διάρκεια αυτής της περιόδου γίνεται προσπάθεια αναδιάρθρωσης του κοινωνικού κράτους και αναζήτησης νέων σχέσεων για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών με στόχο την οικοδόμηση μιας γνήσιας «κοινωνίας της φροντίδας», μέσω του σύγχρονου «προνοιακού πλουραλισμού».

Αφετηρία για το σύγχρονο κράτος πρόνοιας ήταν η θεσμοθέτηση των συστημάτων της κοινωνικής ασφάλισης¹⁶ από τον καγκελάριο της Πρωσίας Bismarck, η οποία αποτέλεσε το πρότυπο που ακολούθησαν άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Κελπανίδης, 1991), ενώ σε χώρες όπου προηγήθηκαν οι δημοκρατικοί θεσμοί παρατηρήθηκε καθυστέρηση του κράτους πρόνοιας (Στασινοπούλου, 1996).

1.2.2 Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα

Η προνοιακή δραστηριότητα στην Ελλάδα χωρίζεται σε δυο περιόδους. Στην πρώτη (1833-1921), έχουμε τη σύσταση του νεοελληνικού κράτους και την οριοθέτηση των συνόρων του. Καταβάλλεται προσπάθεια επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων που δημιούργησε ο απελευθερωτικός πόλεμος (υγειονομική φροντίδα ασθενών, περίθαλψη και προστασία ορφανών, συνταξιοδότηση αναπήρων). Στη δεύτερη περίοδο (1922-1974) εμφανίζονται οι απαραίτητοι κρατικοί θεσμοί προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι συνέπειες της μικρασιατικής τραγωδίας, του β' παγκοσμίου πολέμου και του εμφύλιου σπαραγμού (Σταθόπουλου, 1996).

¹⁶ Ασφάλεια ασθενείας (1883), ασφάλεια ατυχημάτων στον τόπο εργασίας (1884) και ασφάλεια γήρατος και αναπηρίας (1889)

Βλέπουμε συνεπώς, ότι η διαμόρφωση της κοινωνικής πρόνοιας στη χώρα μας οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στους πολέμους αν και δεν είχε τη μορφή που είχε στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μετά το 1974 παρουσιάστηκε μια μάλλον στοιχειώδης μορφή του με την ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών που σκοπό είχαν την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που προέκυψαν από τη βιομηχανική ανάπτυξη της χώρας.

1.2.3 Μοντέλα Κράτους Πρόνοιας

Ανάλογα, με τη θεωρητική βάση που χρησιμοποιεί κανείς για την ανάλυση της έννοιας του κράτους πρόνοιας, μπορεί να οδηγηθεί σε εναλλακτικές περιγραφές του, δίνοντας έμφαση σε διαφορετικά χαρακτηριστικά και στοιχεία. Η αλήθεια είναι, ότι η χρήση του όρου ‘κράτος πρόνοιας’ αμφισβητήθηκε εξ αρχής από επιστήμονες και μελετητές της κοινωνικής πολιτικής (Higgins J., Titmuss R.) οι οποίοι τονίζουν τον ανόμοιο και ιδιόμορφο χαρακτήρα των συστημάτων πρόνοιας (Στασινοπούλου, 1992). Έτσι, θεωρείται σχεδόν αδύνατη η αναφορά σε ένα μοντέλο κράτους κατάλληλο για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στο σύνολό τους. Εντούτοις, υπάρχει ένα κοινό σημείο στα μοντέλα που θα αναφέρουμε στη συνέχεια και δεν είναι άλλο από τη συλλογική δράση για την κατοχύρωση της κοινωνικής προστασίας (Στασινοπούλου, 1992).

Ως βασικά μοντέλα πρόνοιας στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής θεωρούνται το «υπολειμματικό» ή «οριακό» και το «θεσμικό – αναδιανεμητικό». Το πρώτο στηρίζεται στην αρχή της επιλεκτικότητας και στην αντίληψη ότι η κάλυψη των αναγκών του πολίτη πρέπει να γίνεται μέσα από τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς και από την οικογένεια (*laissez-faire*). Το κράτος παρεμβαίνει στις περιπτώσεις που η προηγούμενη κάλυψη δεν είναι εφικτή με σκοπό την αποφυγή της εξαθλίωσης και την παροχή βοήθειας σε εκείνους που πραγματικά τη χρειάζονται, ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα την ατομική πρωτοβουλία. Η πίεση από οργανωμένες ομάδες συμφερόντων είτε των πολιτών-καταναλωτών είτε των εργαζομένων στο μηχανισμό κοινωνικής λειτουργίας του κράτους είναι λιγότερο αποτελεσματική ή και απύσχα (Στασινοπούλου, 1992).

Το δεύτερο μοντέλο, χαρακτηρίζεται από πρακτικές καθολικής κάλυψης των κοινωνικών αναγκών. Σημαντικές διαφορές από το υπολειμματικό μοντέλο είναι, η προτεραιότητα στην πρόληψη, η αποφυγή κοινωνικού στιγματισμού, η απαξίωση της

αποτελεσματικότητας των μηχανισμών αγοράς, η επίτευξη κοινωνικής συνοχής και η ενίσχυση του αισθήματος συλλογικής ευθύνης (Στασινοπούλου, 1992). Το συγκεκριμένο μοντέλο υπερίσχυσε στα αναπτυγμένα καπιταλιστικά κράτη και ταυτίστηκε με το κράτος πρόνοιας στη μεταπολεμική περίοδο.

Με βάση την ταξινόμηση του Espring-Andersen τρία είναι τα κύρια προνοιακά καθεστώτα, τα σοσιαλδημοκρατικά που θεωρούν την πρόνοια καθολικό δικαίωμα, με τη Σουηδία να αποτελεί τον καλύτερο εκπρόσωπο, τα φιλελεύθερα υπολειμματικά χαρακτηριστικό παράδειγμα των οποίων αποτελούν οι ΗΠΑ, με περιορισμένο το ρόλο του κράτους και μεγάλη εξάρτησή του από την οικονομία της αγοράς και τα κορπορατιστικά-συντηρητικά με εκπρόσωπο τη Γερμανία, τα οποία χαρακτηρίζονται περισσότερο από την επιρροή που ασκεί το κράτος στην πρόνοια, παρά από την άμεση παροχή υπηρεσιών. Συγχρόνως, διατυπώνονται σημαντικές επιφυλάξεις για μια τέτοια τυπολογία καθώς κανένα από τα κράτη πρόνοιας δε συνιστά ένα συνεπές σύστημα, με ενιαία προσέγγιση πολιτικής (Spicker, 2004).

Βάσει της κατηγοριοποίησης που κάνει ο Leibfreid για την Ευρώπη τέσσερα είναι τα μοντέλα κράτους πρόνοιας (Σταθόπουλου, 1996). Στο πρώτο το σύγχρονο, ανήκουν οι σκανδιναβικές χώρες που δίνουν έμφαση στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, στην πρόληψη και στην προστασία της εργασίας και του βιοτικού επιπέδου. Οι παροχές θεωρούνται κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών και όχι μόνο των εργαζόμενων και το κράτος πρόνοιας εργοδότης πρώτης επιλογής καθώς η χρηματοδότηση το βαρύνει σχεδόν αποκλειστικά. Η Σουηδία ανήκει στο συγκεκριμένο μοντέλο και θεωρείται ιδανική μορφή κράτους πρόνοιας υπό την έννοια της εξασφάλισης ενός καθολικού ελάχιστου στους πολίτες της (Spicker, 2004).

Οι αγγλοσαξονικές χώρες συνιστούν το δεύτερο μοντέλο το υπολειμματικό, το οποίο έχει ως βασική αρχή της κοινωνικής προστασίας την ευθύνη του κράτους να συμπαρίσταται στον πολίτη. Κύριος στόχος αυτού του συστήματος είναι η εγγύηση κατώτατου επιπέδου διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένου ενός ελάχιστου εισοδήματος, η διατήρηση του εισοδήματος των εργατών σε περιπτώσεις ασθένειας, αναπηρίας, γήρατος και ανεργίας και η υποχρεωτική παροχή υπηρεσιών στο μέγιστο δυνατό επίπεδο για όλο τον πληθυσμό. Η χρηματοδότηση των αντίστοιχων προγραμμάτων γίνεται μέσα από τη φορολογία και η διαχείρισή τους ανήκει στο κράτος το οποίο μεριμνά για την κάλυψη κάθε ασφαλιζόμενου από όλους τους κινδύνους και τις

αποζημιώσεις. Στις χώρες αυτές δίνεται έμφαση στα δικαιώματα κάθε ατόμου ως πολίτη.

Στο τρίτο μοντέλο το θεσμικό, εντάσσεται η Γερμανία όπου επικρατεί η αρχή της κοινωνικής ασφάλισης και της επικουρικότητας. Τα θέματα κοινωνικής προστασίας στηρίζονται στην ατομική πρωτοβουλία και προσπάθεια. Πρώτα εξαντλούνται οι δυνατότητες για βοήθεια από το οικογενειακό, συγγενικό και φιλικό περιβάλλον, κατόπιν ζητείται βοήθεια από την κοινότητα, τις εθελοντικές οργανώσεις και τέλος από την κεντρική κυβέρνηση. Οι εργαζόμενοι με υψηλό εισόδημα δεν συμπεριλαμβάνονται στη βασική κάλυψη. Το γαλλικό και το γερμανικό σύστημα προσφέρουν διαφορετική προστασία ανάλογα με τη θέση του υποκειμένου στην αγορά εργασίας.

Η Γερμανία, βασισμένη στο «κοινωνικό κράτος» που αποκαλείται μερικές φορές και «κοινωνική οικονομία της αγοράς» σηματοδοτεί τη «συντηρητική»-κορπορατιστική προσέγγιση. Κεντρική αρχή του μοντέλου είναι ότι η κοινωνική πρόνοια προάγεται αποτελεσματικότερα μέσω της οικονομικής ανάπτυξης με τη δομή των κοινωνικών υπηρεσιών να αντανakλά αυτή την πραγματικότητα. Οι κοινωνικές παροχές συνδέονται με τις αποδοχές κι όσοι δεν εργάζονται δεν καλύπτονται για σημαντικούς κινδύνους. (Spicker, 2004).

Στο τελευταίο μοντέλο το στοιχειώδες, ανήκουν οι λατινογενείς νότιες χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας ως χώρας του νότου με κοινά πολιτισμικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Μόνη εξαίρεση αποτελούν η θρησκεία, η οποία στις άλλες χώρες έχει αυξημένη επιρροή (Καθολική Εκκλησία) και οι επιδράσεις της Ανατολής. Στις συγκεκριμένες χώρες η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού είναι επιλεκτική και η κοινωνική πρόνοια στηρίζεται στην οικογένεια, τη φιλανθρωπία και την κοινότητα (Σταθόπουλου, 1996).

Στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας εμφανίστηκε αργότερα σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης. Η κοινωνική ασφάλιση σε αντίθεση με τις βόρειες χώρες της Ε.Ε. δημιουργήθηκε αποσπασματικά ενώ, περιστασιακά αναπτύχθηκε και το θεσμικό πλαίσιο για την κοινωνική προστασία αναδεικνύοντας μια διαχρονική αδυναμία καθολικής διασφάλισης των βασικών κοινωνικών αναγκών. Τα αίτια που οδήγησαν στο συγκεκριμένο σύστημα πρόνοιας στην Ελλάδα, το οποίο στηριζόταν στην οικογενειακή αλληλεγγύη και κοινωνική ασφάλιση (Βενιέρης Παπαθεοδώρου, 2003) βρίσκονται στην απουσία του κράτους πρόνοιας στο μεγαλύτερο διάστημα της

μεταπολεμικής περιόδου καθώς και στον τρόπο ανάπτυξης του ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού (πολυδιάσπαση των ταμείων, αποδυνάμωση των κεφαλαιοποιητικών στοιχείων του ασφαλιστικού συστήματος) (Ρομπόλης & Χλέτσος, 1995).

Κάθε χώρα της Ευρώπης δημιούργησε ουσιαστικά, το δικό της τύπο κράτους πρόνοιας και διαμόρφωσε τη μορφή και την έκταση της ευθύνης του σε σχέση με τις κοινωνικές υπηρεσίες ανάλογα, με τις οικονομικές, θρησκευτικές, πολιτιστικές αξίες και τις δημογραφικές συνθήκες που επικρατούσαν. Εντούτοις, η οικονομική ύφεση και όχι μόνο το διάστημα 1970-1985 συνέβαλε σημαντικά στην αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας. Οι στόχοι που τέθηκαν μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο δεν υλοποιήθηκαν. Η οικονομική ανισότητα παρέμενε. Η φτώχεια και η εξαθλίωση επεκτάθηκαν, γεγονός που οδήγησε στην ενίσχυση της νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας η οποία έθεσε ανοιχτά υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων πρόνοιας και υποστήριξε την ανάγκη για λιγότερο κράτος (Σταθόπουλου, 1996).

Τα σημερινά κράτη πρόνοιας εκλαμβάνονται περισσότερο ως μικτές οικονομίες και λιγότερο ως ενοποιημένα γραφειοκρατικά συστήματα κρατικής παροχής. Η σύγχρονη μελέτη των κρατών πρόνοιας δείχνει βέβαια ότι πάντοτε υπήρχε ένα μείγμα κράτους- αγοράς- οικογένειας, οι πρόσφατες όμως μελέτες στα υπάρχοντα συστήματα μαρτυρούν μεταβολή στο ρόλο του κράτους προς λειτουργίες ρυθμιστικές και προωθητικές του ιδιωτικού χώρου και κυρίως του μη κερδοσκοπικού τομέα (Στασινοπούλου, 1999).

1.3 Σουηδικό μοντέλο: ένα πρότυπο μοντέλο κράτους πρόνοιας

Η κοινωνική πολιτική που ασκείται σήμερα στη Σουηδία στηρίζεται στην εθνική κοινωνική ασφάλιση, στην πρόνοια για την οικογένεια, στις κοινωνικές υπηρεσίες, στην υγειονομική φροντίδα και στις ιατρικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση σύμφωνα με το σχετικό εθνικό σχέδιο προβλέπεται κάλυψη για όλους τους κατοίκους της χώρας, ανεξάρτητα από εθνικότητα, επάγγελμα ή απασχόληση, με κάποιες προϋποθέσεις για τους αλλοδαπούς. Ορισμένες παροχές χαρακτηρίζονται ως *ενιαίες*, ενώ άλλες (ασθένειας) υπολογίζονται κατά μεγάλο ποσοστό βάσει των αποδοχών (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τις ιατρικές υπηρεσίες υπάρχει τόσο νοσοκομειακή όσο και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει ημερήσια

υγειονομική φροντίδα, ιατρεία, κλινικές προστασίας μητρότητας – παιδιού, ιατρική παρακολούθηση από νοσοκομειακό γιατρό, επισκέψεις σε κέντρα υγείας κατά διαμέρισμα, συμβουλευτική από ειδικούς κ.λ.π. (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Οι ιατρικές υπηρεσίες διοικούνται από τα περιφερειακά (επαρχιακά) συμβούλια, τα οποία είναι αρμόδια για την οδοντιατρική υπηρεσία, για τη συνεχή προαγωγή της υγείας στην κοινότητα και για την πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων. Το 1986 ψηφίστηκε νόμος για υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και ρυθμίζει την παροχή νέων υπηρεσιών¹⁷, με αποτέλεσμα τα επαρχιακά συμβούλια να επεκτείνουν τις αρμοδιότητές τους και στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Υπάρχει οργανωμένο δίκτυο κέντρων υγείας και ψυχικής υγείας για παιδιά καθώς και ανάπτυξης παιδιών προσχολικής ηλικίας. Αναβαθμίζεται ο συμβουλευτικός και υποστηρικτικός ρόλος των κέντρων υγείας και ενθαρρύνεται η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας από το εθνικό συμβούλιο υγείας και ευημερίας και τα επαρχιακά συμβούλια. Η παροχή ιατρικής και υγειονομικής φροντίδας προσανατολίζεται ουσιαστικά σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα περίθαλψης με υγειονομικές υπηρεσίες εκτός του νοσοκομείου (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Αντίθετα, οι κοινωνικές υπηρεσίες που αποτελούν σημαντικό μέρος του Σουηδικού συστήματος πρόνοιας και περιλαμβάνουν τομείς όπως: προγράμματα κρατικής μέριμνας, πρόνοια για νέους και παιδιά, προστασία γήρατος, φροντίδα αλκοολικών και τοξικομανών, είναι στην υπευθυνότητα των δήμων. Κάθε δήμος διαθέτει πολιτικά εκλεγμένο συμβούλιο, το οποίο είναι υπεύθυνο για τις κοινωνικές υπηρεσίες με άμεσα υπεύθυνη την Επιτροπή Κοινωνικής Ευημερίας και Πρόνοιας τα μέλη της οποίας είναι σύμβουλοι που διορίζονται από τις πολιτικές παρατάξεις (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988). Οι κοινωνικές υπηρεσίες διαφέρουν σε κάθε δήμο και οι πόροι τους καλύπτονται από τα επαρχιακά συμβούλια. Κάθε πολίτης δικαιούται βοήθεια αντίστοιχη των αναγκών του από την Τοπική Επιτροπή που είναι αρμόδια για την παροχή υποστήριξης με τα δικά της μέσα ή για την παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία, ώστε να προλαμβάνεται η περιπλάνησή του στις διάφορες υπηρεσίες (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

¹⁷ Μερικές από τις ειδικές υπηρεσίες είναι: ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων στα κέντρα ημέρας ή άλλη μορφή απασχόλησης για άτομα ενήλικα που δεν εργάζονται/σπουδάζουν, σύντομες διακοπές από το σπίτι για όσους φροντίζουν άτομα με ειδικές ανάγκες ή αναπήρους, συμβουλευτική και υποστήριξη από «προσωπικό σύνδεσμο» που επικοινωνεί αποκλειστικά με τον ενδιαφερόμενο.

Οι δραστηριότητες και οι αποφάσεις της Επιτροπής ρυθμίζονται με νόμους¹⁸, βάσει των οποίων μπορεί να πληροφορεί το κοινό για τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και τις διαθέσιμες παροχές, να βοηθά στη βελτίωση των συνθηκών ζωής, να προσφέρει κοινωνική προστασία, συμβουλευτικές υπηρεσίες και βοήθεια σε μοναχικά άτομα και οικογένειες. Επίσης, της δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσει πρωτοβουλίες για πρόληψη του αλκοολισμού και άλλων βλαβερών ουσιών, να αναλαμβάνει δαπάνες ιδρυματικής περίθαλψης και φροντίδας, να παρέχει οικονομική ενίσχυση, να αποφασίζει ποιος θα αναλάβει την κηδεμονία του παιδιού σε περιπτώσεις διαζυγίου ή διάστασης που οι γονείς διαφωνούν, να παρέχει προσχολική φροντίδα και ψυχαγωγικές διευκολύνσεις σε μαθητές, να διευρύνει το δικαίωμα των κατοίκων για απασχόληση, κατοικία, μόρφωση, να διατηρεί υπηρεσίες που πλαισιώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς και να παρέχει οικιακή βοήθεια και υπηρεσίες εξυπηρέτησης για ηλικιωμένους. Η νομοθεσία των κοινωνικών υπηρεσιών δίνει έμφαση σε αξίες, όπως ασφάλεια και ισότητα των συνθηκών ζωής αλλά κυρίως στην ατομική υπευθυνότητα για την κατάσταση κάθε ατόμου¹⁹ (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Η σημερινή κοινωνική πολιτική στη Σουηδία σ' αντίθεση με την προηγούμενη, έχει στόχο την πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων και τη βελτίωση της ποιότητας του κοινωνικού περιβάλλοντος και όχι απλώς την ανακούφισή τους. Ο προγραμματισμός και η οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών στηρίζεται σε σύγχρονες αρχές και αντιλήψεις, όπως η *ολιστική άποψη*, η αντίληψη δηλαδή του ατόμου και των καταστάσεων που τον αφορούν άμεσα (απασχόληση, κατοικία, ψυχαγωγία κ.α.). Η αντίληψη της *ομαλοποίησης* που αφορά το ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών στην ομαλή κοινωνική ζωή, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988). Η αρχή της *συνέχειας* που απευθύνεται ιδιαίτερα σε οικογένειες και μοναχικά άτομα καθώς και σε περιπτώσεις ιδρυματικής περίθαλψης, όπου η επικοινωνία γίνεται, αν είναι εφικτό, από το ίδιο πρόσωπο (κοινωνικό λειτουργό). Τέλος, είναι οι αρχές *ευελιξία* και *τοπική εστίαση*

¹⁸ Ο νόμος (πράξη για τις κοινωνικές υπηρεσίες τέθηκε σε ισχύ το 1982 και συνοδεύεται από δυο πρόσθετες πράξεις -έντονα αμφισβητούμενες-: Πράξη προστασίας (αναγκαστικής) αλκοολικών και χρηστών εξαρτημένων από επικίνδυνες ουσίες (ναρκωτικά)) αποτελεί το πλαίσιο που θέτει τις αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης. Καθώς ο Νόμος δίνει στους Δήμους την ευχέρεια να αποφασίζουν στα πλαίσια που εκείνος ορίζει (σε συνεννόηση με τον «πελάτη» για τον τρόπο που οι προκαθορισμένοι στόχοι πρόκειται να υλοποιηθούν), οι κοινωνικές υπηρεσίες μεταφέρονται στους συμβούλους για να υλοποιήσουν αποφάσεις και να επιλέγουν ποιες υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται στη δική τους περιοχή ευθύνης (34). Ταυτόχρονα, ενθαρρύνεται: η ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών βάσει της έρευνας και των νέων εμπειριών καθώς επίσης και περισσότερη επαγγελματική κοινωνική εργασία (42).

¹⁹ Πρόκειται για μια προσθήκη που έγινε από φιλελεύθερο σουηδό υπουργό στο νόμο του 82' αφού η επιτροπή -που είχε προτείνει τη σχετική νομοθεσία- είχε παρουσιάσει την αναφορά της και η οποία βοηθά στη διατήρηση της διάκρισης μεταξύ των «πραγματικά φτωχών» και των «φτωχών κατ' επιλογή» ατόμων δηλαδή απρόθυμων να αναλάβουν την ευθύνη για τη ζωή τους.

που προϋποθέτουν την προσαρμογή των υπηρεσιών στις ατομικές συνθήκες και ανάγκες και την εύρεση μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς των καλύτερων δυνατών λύσεων για την αντιμετώπισή τους στον ίδιο το φυσικό χώρο (και η ιδρυματική περίθαλψη πρέπει να γίνεται στα όρια της γειτονιάς).

Η Σουηδία έχει ένα πολύ αναπτυγμένο σύστημα προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας που από πολλές απόψεις μοιάζει με το αντίστοιχο άλλων σκανδιναβικών χωρών (Δανία, Φιλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία). Τέσσερα είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των σκανδιναβικών κρατών πρόνοιας, των οποίων η Σουηδία αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα, ως μεταπολεμικό φαινόμενο. Πρώτον, η μεγάλη καταπάτηση των παραδοσιακών ορίων του κράτους πρόνοιας, με την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη και εκπαίδευση να είναι σχεδόν ανύπαρκτες (εκτός της Δανίας). Δεύτερον, η αντίληψη για τα κοινωνικά δικαιώματα και καθήκοντα του πολίτη που εδώ εφαρμόζεται περισσότερο από οπουδήποτε αλλού. Τρίτον, τα επίπεδα των κοινωνικών ωφελειών και υπηρεσιών τα οποία είναι αρκετά ψηλά. Τέλος, η εξασφάλιση σημαντικού βαθμού προσωπικής ανεξαρτησίας των ατόμων στην αγορά εργασίας (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Συγχρόνως όμως το σύστημα αυτό έχει αναπτυχθεί μέσα στις αλληλεπιδράσεις αντίθετων δυνάμεων, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχουν συγκρουόμενες αξίες στο εσωτερικό του. Κάποιοι πιστεύουν ότι η Σουηδία αποτελεί «πρότυπο μοντέρνας κοινωνίας», ενώ άλλοι διαμαρτύρονται για άσκηση πίεσης με σκοπό τη συμμόρφωση και την προσαρμογή, χαρακτηρίζοντας τους Σουηδούς «ολοκληρωτικούς» (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Είναι γεγονός ότι η Σουηδία είναι ένα καθαρά καπιταλιστικό κράτος, καθώς η βιομηχανία της ανήκει στον ιδιωτικό τομέα κατά 90%. Εντούτοις, διαθέτει ένα πολύ ισχυρό εργατικό κίνημα με τη Συνομοσπονδία των Συνδικάτων²⁰ (LO), η οποία συνεργάζεται με το Σοσιαλδημοκρατικό κόμμα (SAP) και αποτελούν, εκτός από την κυβέρνηση, βασικά κέντρα δύναμης (αντιπρόσωποι του SAF, του LO και των άλλων μεγάλων οργανισμών είναι μέλη του Εθνικού Συμβουλίου Αγοράς Εργασίας). Το κράτος πρόνοιας μπορεί έτσι να θεωρηθεί ότι είναι απόρροια της σχέσης μεταξύ αυτών των δυο κέντρων, γεγονός που εξηγεί γιατί μερικές φορές αναφέρεται σαν «προνοιακός καπιταλισμός» (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988). Από τη μεριά του Σωματείου είναι σημαντικό και διατηρείται η ανεργία σε χαμηλά επίπεδα, όχι μόνο

²⁰ Ο βαθμός της συμμετοχής στα σωματεία είναι πολύ υψηλός τόσο για τους βιομηχανικούς εργάτες όσο και για τους υπαλλήλους.

για τους πολίτες αλλά και για να μην αποδυναμωθεί η ισχύς του εργατικού κινήματος και μείνουν οι μισθοί σε χαμηλά επίπεδα. Από τη άλλη, οι εργοδότες αποδέχονται το χαμηλό ποσοστό ανεργίας, εφόσον δεν εμποδίζει την οργάνωση της παραγωγής, που κάνει πιο αποδοτική και πιο ανταγωνιστική τη Σουηδική βιομηχανία στην παγκόσμια αγορά (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

Μέχρι τώρα η πολιτική αυτή ήταν αρκετά επιτυχής με εξαίρεση την αύξηση της ανεργίας που κορυφώθηκε το 1983-4 και οδήγησε σε αύξηση των ατόμων που ζήτησαν κρατική βοήθεια. Παρ' όλα αυτά, τα επίπεδα απασχόλησης κυρίως στις γυναίκες παρέμειναν ψηλά σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα με το αντίστοιχο όμως τίμημα (υποτιμήσεις του νομίσματος, στασιμότητα ή μείωση του πραγματικού εισοδήματος για πολλούς μισθωτούς και ψηλός πληθωρισμός).

Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σ' αυτό το πολύπλοκο σύστημα πρόνοιας. Οι σουηδοί κοινωνικοί λειτουργοί προσλαμβάνονται από κρατικά γραφεία πρόνοιας, τα οποία διοικούν τα δημοτικά συμβούλια. Οι επαγγελματίες συμμετέχουν στη διοίκηση του προσωπικού, σε νοσοκομεία, σε σχολεία, αλλά οι περισσότεροι εργάζονται σε κρατικά γραφεία πρόνοιας με περιορισμένη δράση στους εθελοντικούς ή ιδιωτικούς οργανισμούς. Στις άμεσες αρμοδιότητές τους περιλαμβάνεται η άσκηση κοινωνικού ελέγχου που έχει να κάνει είτε με τη «διαχείριση του χρήματος κρατικής βοήθειας» είτε με τη χρήση «αναγκαστικών μέτρων» για την πρόνοια παιδιού και νέων ή για τους αλκοολικούς και τους τοξικομανείς. Συνήθως, ενεργούν εκ μέρους των συμβουλίων πρόνοιας αν και δεν είναι λίγες οι φορές που το συμβούλιο αντιτίθεται στις προτάσεις τους. Βλέπουμε συνεπώς, ότι μεγάλο μέρος του επαγγελματικού ρόλου του σουηδού κοινωνικού λειτουργού αφορά την άριστη γνώση της νομοθεσίας και πληθώρας κανονισμών, γεγονός που τείνει να μετατρέψει την κοινωνική εργασία σε μια φορμαλιστική και γραφειοκρατική δράση, με αποκλειστικό ενδιαφέρον την τήρηση των κανονισμών παρά τη φροντίδα του πολίτη (Κοινωνική Εργασία, Τ.χ. 11, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΣΥ

Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη εργασία αφορά τα συμφέροντα στο χώρο της υγείας, η αναφορά στις έννοιες «υγεία» και «Πολιτική υγείας», κρίνεται αναγκαία καθώς αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια της κρατικής πρωτοβουλίας στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας. Η ανάλυσή τους μας βοηθά στη συνέχεια, να προσδιορίσουμε εννοιολογικά το Σύστημα Υγείας και να εξετάσουμε την ανάπτυξη και εξέλιξη του ΕΣΥ στην Ελλάδα, τη δομή και τη λειτουργία του καθώς, και την οργάνωση και τον προγραμματισμό των αντίστοιχων υπηρεσιών. Επίσης, θα παρουσιαστούν ο τρόπος και τα αίτια που ώθησαν στην ιδιωτικοποίηση των φορέων υγείας, καθώς και όλοι οι φορείς που επιδρούν και επενεργούν στο συγκεκριμένο χώρο.

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας έχει υποστεί ποικίλες διαφοροποιήσεις κατά τη διάρκεια της ευρύτερης κοινωνικής και οικονομικής εξέλιξης, ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν σε διάφορες περιόδους. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), «ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Κατ' επέκταση, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας δεν μπορεί παρά να είναι ταυτόχρονα κύριος παράγοντας και αποτέλεσμα της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της χώρας αυτής.

2.1 Πολιτική Υγείας

Η πολιτική υγείας (health policy), βάσει του παραπάνω ορισμού της WHO για την υγεία, αναφέρεται στο σύνολο των προσπαθειών που έχουν βασικό στόχο την επίτευξη της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου. Συναρτάται με τις κοινωνικές πολιτικές κάθε χώρας, αποτελεί τμήμα των κρατικών της πολιτικών (policies), ενώ εξαρτάται τόσο από τις πολιτικές (politics) και θεσμικές της δομές, την οικονομική της κατάσταση, τις κοινωνικές και συντεχνιακές πιέσεις, αλλά και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά κ.ά. (Βενιέρης Δ., στο Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Αν και η προαγωγή της υγείας δεν μπορεί να αποτελεί υποχρεωτική αποστολή αποκλειστικά της κυβερνητικής πολιτικής εντούτοις, η άσκηση πολιτικής υγείας από

μέρους της απαιτεί τη διαμόρφωση και οργάνωση ενός κεντρικού θεσμικού, πολιτικού και κοινωνικού σχεδιασμού για τη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, άρχισε να γίνεται συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό την ίδρυση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service: N.H.S, 1948) στη Μ. Βρετανία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν προτείνει κάποια λεπτομερώς σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία, λόγω της αρχής της επικουρικότητας στην οποία στηρίζεται η ανάπτυξή της, αλλά και στο γεγονός ότι απαραίτητος όρος για τη συμμετοχή μιας χώρας στην Ε.Ε. είναι η ύπαρξη κρατικής πολιτικής για την υποστήριξη της υγείας των πολιτών (Κωνσταντοπούλου, XX).

Στην ελληνική περίπτωση, ιστορικοί, πολιτισμικοί και πολιτικοί λόγοι συνέβαλαν στην καθυστέρηση αναγνώρισης του αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και ενσωμάτωσης της πολιτικής υγείας στην κρατική κοινωνική ευθύνη (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003). Από το 1821 ως το 1832 καμία πρόοδος δεν υπήρξε στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής. Πρώτη προσπάθεια οργάνωσης υγειονομικής υπηρεσίας έγινε το 1833 από τους Βαυαρούς με το "Υγειονομικό τμήμα" ή "Υγειονομική Αστυνομία" που ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το 1914 μετατράπηκε σε "Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Δημόσιας Αντιλήψεως" και το 1917 αποσπάστηκε στο Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως. Το 1922 για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων που προκάλεσε η Μικρασιατική καταστροφή στη Δημόσια Υγεία, δημιουργήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως.

Αρχικά, ο όρος Δημόσια Υγεία περιοριζόταν σε μέτρα εξυγίανσης και κινδύνους υγείας, που από μόνο του το άτομο δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει, με αποτέλεσμα ο παραπάνω όρος να εμπλουτιστεί με τις έννοιες "ανθυγιεινότητα" και "μεταδοτικότητα". Στο τέλος του 19ου με αρχές του 20ου αιώνα οι ανακαλύψεις στην ανοσολογία και τη βακτηριολογία έφεραν την έννοια της πρόληψης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Ο Winslow²¹, το 1920 διατύπωσε τον πιο αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό: "Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της αύξησης της διάρκειας της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω οργανωμένων ενεργειών της κοινωνίας"²².

²¹ Περισσότερες λεπτομέρειες στο «Δημόσια Υγεία και Ε.Ε.: μια επισκόπηση», η πλήρης δημοσίευση του οποίου διατίθεται προς το παρόν μόνο στα αγγλικά και μπορεί κανείς να το βρει στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκού Συνδέσμου Δημόσιας Υγείας (<http://www.eph.org/>).

²² Για περισσότερες λεπτομέρειες (<http://www.bestrong.org.gr/el/healthyliving/healthandwellness/generalabouthealth/>).

Ο Mustard αναφέρεται στον παραπάνω ορισμό ως εξής: "ένα πρόβλημα υγείας γίνεται πρόβλημα δημόσιας υγείας εάν έχει τέτοιο χαρακτήρα, ώστε να λύνεται μόνο με συστηματική και οργανωμένη δράση της κοινωνίας...έτσι, η δημόσια υγεία χαρακτηρίζεται από τις έννοιες "οργανωμένη κοινωνική προσπάθεια" και "συστηματική κοινωνική δράση" που υπονοούν ότι η κοινωνία πρέπει να είναι υπεύθυνη για θέματα υγείας για τα οποία τα ίδια τα άτομα δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν μόνα τους." (Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ. & Λάγγας Δ., 2002).

Στα πρώτα μέτρα Δημόσιας Υγείας εντάσσονται οι προσλήψεις Νομιάτρων και Εμβολιαστών, Υγιεινολόγων, τα φρενοκομεία, λεπροκομεία, οφθαλμιατρεία καθώς και τα σανατόρια και νοσοκομεία λοιμωδών νόσων. Το 1931 ιδρύθηκαν τα Υγειονομικά Κέντρα κατά περιφέρειες ενώ το 1937 έγινε και η ίδρυση της σχολής Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων.

Στα ερείπια της μεταπολεμικής Ελλάδας, οι προσπάθειες των κυβερνήσεων και των διεθνών οργανισμών επικεντρώθηκαν σε θέματα δημόσιας υγείας και ανασυγκρότησης του νοσοκομειακού δικτύου. Το 1945 ο καθηγητής Ν. Λούρος προτείνει διαρθρωτικές αλλαγές με σκοπό την ανοικοδόμηση της υγειονομικής περίθαλψης βάσει πολιτικού σχεδιασμού και της κοινωνικής αντίληψης. Κύρια σημεία ήταν η παροχή καθολικών υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο φορέα (Εθνική Υπηρεσία Υγείας), η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, η χρηματοδότηση του συστήματος από εισφορές ανάλογες με το εισόδημα, η αποκλειστική υπαγωγή των γιατρών στο δημόσιο, η ελεύθερη επιλογή γιατρού, σύστημα πολυκλινικών για τις αστικές περιοχές και αγροτικών κλινικών για την περιφέρεια. Αν και κάποιες προτάσεις εφαρμόστηκαν αργότερα, δεν υπολόγισαν την κοινωνική, οικονομική και πολιτική πραγματικότητα της συγκεκριμένης εποχής (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Το 1951 ο υπουργός Κοινωνικής Πρόνοιας Φ. Ζαΐμης εισηγήθηκε τη δημιουργία ενός ημι-κρατικού οργανισμού και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την ενιαία ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αστικού και αγροτικού πληθυσμού και δίνοντας προτεραιότητα στην ίση κατανομή των πόρων. Την ίδια χρονιά διαμορφώνεται το πλαίσιο της ασφάλισης υγείας με βάση την υγειονομική περίθαλψη του ΙΚΑ, η οποία περιοριζόταν στα αστικά κέντρα. Σε αντίθεση με τους ασφαλισμένους των «ευγενών» ταμείων, οι οποίοι είχαν πρόσβαση σε ψηλού

επιπέδου ιδιωτική περίθαλψη. Πρακτικά, το ΙΚΑ αποτέλεσε τον «εθνικό φορέα ασφάλισης υγείας» για τις επόμενες δεκαετίες, ακόμα και για επαγγελματικές ή κοινωνικές ομάδες που είχαν καταβάλει ελάχιστες ή καθόλου εισφορές (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Σημαντικές ρυθμίσεις έγιναν το 1960. Μετά από πιλοτική εφαρμογή υλοποιήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού μερικής απασχόλησης σε ιδιωτικό ιατρείο, με κατ' οίκον επισκέψεις, λίστα ασθενών και κατά κεφαλήν αμοιβή. Η δημιουργία προνοιακού μηχανισμού υγείας για αγρότες άρχισε το 1955 με την ίδρυση αγροτικών ιατρείων και ολοκληρώθηκε το 1961 με την ίδρυση του ΟΓΑ (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Το 1970 ο καθηγητής Λ. Πάτρας εισηγήθηκε την ίδρυση του ΕΣΥ με σκοπό το συντονισμό των ασφαλιστικών ταμείων και την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι συγκεκριμένες προτάσεις που αφορούσαν στην ελεύθερη λειτουργία ιδιωτικών νοσοκομείων, στην παρακολούθηση του συνολικού κόστους των υπηρεσιών από το υπουργείο Υγείας και στην εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν εφαρμόστηκαν (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Μεταπολεμικά συνεπώς, ως και την περίοδο της δικτατορίας (1967-1973) κατά την οποία οι δαπάνες για την υγεία συρρικνώθηκαν περισσότερο και η στρεβλή ανάπτυξη του χώρου της ιδιωτικής υγειονομικής φροντίδας αναζωπυρώθηκε, οι υπηρεσίες υγείας γνώρισαν μια κατακερματισμένη και υποχρηματοδοτημένη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός άνισου, άναρχου και υποβαθμισμένου υγειονομικού συστήματος (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

2.2 Η έννοια του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας στο παρελθόν ταυτίστηκε με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης εντούτοις, τελευταία θεωρείται ως μια έννοια ευρύτερη που περιλαμβάνει επιπλέον την πρόληψη, την ενημέρωση, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την υγιεινή. Αποτελεί φορέα οργάνωσης, διαχείρισης και κατανομής των υγειονομικών πόρων (τεχνολογικός εξοπλισμός, φάρμακα, κτιριακή υποδομή, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό κ.α.), πηγή εισοδήματος και απασχόλησης και πεδίο τεχνολογικών καινοτομιών που σκοπό έχει την κάλυψη των αναγκών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σουλιώτης, 2000).

Κατά τον Levy (στο Σούλης Σ., 1994), το σύστημα υγείας αποτελείται από υποσυστήματα που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Το πρώτο υποσύστημα αφορά την αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας ενός πληθυσμού (κοινωνικο-οικονομικό και φυσικό περιβάλλον, δημογραφικές εξελίξεις, ατομικές συνήθειες κ.α.). Το δεύτερο, σχετίζεται με τον τρόπο παραγωγής και διανομής των ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών υγείας και συναρτάται με την εκπαίδευση, την εργασία, τη διαθέσιμη τεχνολογία, την οικονομική ανάπτυξη και το πολιτικό σύστημα. Τέλος, το τρίτο υποσύστημα αφορά τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας και διαμορφώνεται από το εθνικό εισόδημα, το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα και γενικότερα την οικονομική πολιτική μιας χώρας (Σουλιώτης, 2000).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η έννοια του συστήματος υγείας αναφέρεται σε έναν ολοκληρωμένο μηχανισμό για τη φροντίδα και αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων του πληθυσμού μιας χώρας και αφορά όλα εκείνα τα στοιχεία που επηρεάζουν την υγεία του σε όλους τους τομείς της ζωής του (κατοικία, εργασία, δημόσιοι χώροι). Ένα σύστημα υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα, στο περιφερειακό (πρωτοβάθμιο επίπεδο ή επίπεδο κοινότητας), στο ενδιάμεσο και στο κεντρικό²³ (Σουλιώτης, 2000). Ενώ, τέσσερις είναι οι βασικοί του στόχοι: α) να βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, β) να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, γ) να παρέχει οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και δ) να θεραπεύει την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Οι άνθρωποι στρέφονται στο σύστημα υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων²⁴. Οι δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές παράμετροι, συνιστούν βασικούς παράγοντες καθορισμού του βαθμού χρησιμοποίησης των εν λόγω υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο. Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων είναι εμφανής και στην Ελλάδα καθώς, η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος οδηγεί τα άτομα να θέτουν σε προτεραιότητα την υγεία ως αγαθό που στο σύνολό του συμβάλλει στην παραγωγική διαδικασία και την οικονομική εξέλιξη των μονάδων και του συστήματος.

²³ Τα δυο τελευταία επίπεδα ασχολούνται με τα στοιχεία που μεταβιβάζονται σε αυτά, σύμφωνα με τη διοικητική δομή και οργάνωση κάθε χώρας

²⁴ Ανακούφιση από τον πόνο, θεραπεία από ασθένειες και ψυχολογικά προβλήματα, συμβουλές για τη σεξουαλική συμπεριφορά, για σωστή διατροφή και την ανατροφή του παιδιού κ.α.

2.2.1 Δομή και Λειτουργία των Συστημάτων Υγείας – ΕΣΥ

Η πρώτη προσπάθεια ίδρυσης ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας στην Ελλάδα, έγινε το 1953²⁵. Εντούτοις, το 1983 με τον Ν. 1397 γίνεται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση, όπου ορίζονται τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Βασικές αρχές του νόμου ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται στο σύνολο του πληθυσμού με ευθύνη του κράτους, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας, ανάπτυξης και προγραμματισμού και η καλύτερη οργάνωση και παροχή νοσοκομειακής φροντίδας (Κωνσταντοπούλου, XX).

Η υγειονομική περίθαλψη διακρίνεται σε νοσοκομειακή ή κλειστή και εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και σε τρία οργανωτικά επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο). Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών στο νοσοκομείο από ειδικευμένους γιατρούς, ενώ η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη την παροχή υπηρεσιών από γενικούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (Σουλιώτης, 2000).

Σε επίπεδο οργάνωσης, το πρωτοβάθμιο αφορά την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και αποτελεί την πρώτη επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας. Το δευτεροβάθμιο συνίσταται στην παροχή νοσοκομειακής φροντίδας από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων²⁶ και στο τριτοβάθμιο επίπεδο αντιμετωπίζονται σύνθετα και εξειδικευμένα υγειονομικά προβλήματα που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποδομή και ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις. Αξίζει στο σημείο αυτό να επισημάνει κανείς ότι το κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, σε συγκεκριμένο είδος παρεχομένων υπηρεσιών και στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών, ενώ διαφέρουν οι δραστηριότητες κάθε επιπέδου από χώρα σε χώρα.

Η διοικητική πυραμίδα συστήματος υγείας στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει την παρακάτω μορφή: (κοινότητα: πρωτοβάθμιο επίπεδο, νομαρχία: δευτεροβάθμιο επίπεδο, περιφέρεια: τριτοβάθμιο επίπεδο), ενώ η συμμετοχή του κράτους στην

²⁵ Επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως».

²⁶ Οι τύποι των νοσοκομείων διακρίνονται με κριτήριο τα τμήματα που διαθέτουν σε γενικά και ειδικά, με κριτήριο τη διάρκεια της νοσηλείας σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων και με κριτήριο το εύρος των ειδικοτήτων και τη γεωγραφική κάλυψη σε τοπικά, νομαρχιακά και περιφερειακά

φροντίδα υγείας εκφράζεται μέσα από τρεις μηχανισμούς 1) την οργάνωση και τον συντονισμό του συστήματος υγείας, 2) τη χρηματοδότηση της λειτουργίας του και 3) την άμεση παροχή υπηρεσιών (Σουλιώτης, 2000).

Μετά την αποκατάσταση της Δημοκρατίας (1974) αρχίζει η διαδικασία εξομάλυνσης της πολιτικής ζωής, εκσυγχρονισμού των βασικών θεσμών και ένταξης της χώρας στην Ε.Ε. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η προσπάθεια οικοδόμησης ενός κράτους δικαίου και κοινωνικής προστασίας, με τον τομέα της υγειονομικής φροντίδας να αποτελεί τον δεύτερο βασικό της άξονα μαζί με τους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής πρόνοιας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980 η υγειονομική περίθαλψη παρείχετο στα δημόσια νοσοκομεία, στις ιδιωτικές κλινικές και στα αγροτικά ιατρεία (Σταθόπουλου, 1996)²⁷.

Με την πολιτική υγείας να καταλαμβάνει κεντρικό ρόλο στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική σκηνή αρχίζουν να δημιουργούνται νόμοι με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Οι σημαντικότεροι ήταν, ο νόμος Δοξιάδη του 1980 και ο νόμος που αφορούσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) το 1983. Στόχος των πολιτικών που εφαρμόστηκαν ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα, μέσω της ενοποίησης των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων και η εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας κατά τα πρότυπα της «βρετανικής υπηρεσίας υγείας» (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Τις προτάσεις του «σχεδίου Δοξιάδη» πολέμησαν τόσο το συντηρητικό κόμμα, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (πανεπιστημιακοί γιατροί συντηρητικής νοοτροπίας), οι ενδιαφερόμενοι επαγγελματικοί φορείς, όσο και το σοσιαλιστικό κόμμα. Η αποτυχημένη αυτή προσπάθεια ωστόσο, προετοίμασε το έδαφος και έφερε το ζήτημα της υγείας στο επίκεντρο, όταν πια ο προσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση της ισότητας και της καθολικής πρόσβασης ήταν γεγονός. Οι ανώδυνες αλλαγές, περιορισμένης έκτασης άρχισαν να δίνουν τη θέση τους σε μια ριζική αναμόρφωση που πρότειναν οι νεότεροι κυρίως νοσοκομειακοί γιατροί, οι οποίοι όταν κατέκτησαν προσωρινά τον έλεγχο των ιατρικών συλλόγων άνοιξαν το δρόμο στην ίδρυση του ΕΣΥ (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ συνεπώς, προωθήθηκε ως αποτέλεσμα συντεχνιακών και πολιτικών ανακατατάξεων και αποτέλεσε ορόσημο όχι μόνο για την πολιτική υγείας,

²⁷ Στα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονταν σε θαλάμους 15-20 κλινών με χαμηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα. Οι άποροι εισάγονταν στα νοσοκομεία με πιστοποιητικό απορίας από τις αρμόδιες αρχές. Οι γιατροί είχαν τη δυνατότητα να απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και παράλληλα να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στο δικό τους ιατρείο, καθώς επίσης και να έχουν σύμβαση με ιδιωτικές κλινικές (Σταθόπουλου, 1996).

αλλά και για την ευρύτερη Ελληνική κοινωνική πολιτική. Η ψήφιση του νέου πλαισίου οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας (1397/83) είχε ως κατευθυντήριο άξονα το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον και αφετηρία μια σειρά από αρχές που παραπέμπουν στη φιλοσοφία εθνικών υγειονομικών συστημάτων. Οι αρχές αυτές ήταν: α) η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους, β) οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση, γ) η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και η παροχή των υπηρεσιών πρέπει να γίνεται χωρίς την ύπαρξη οικονομικών φραγμών που μπορεί να στερούν τις υπηρεσίες από κάποια άτομα ή ομάδες δ) οι πολίτες μπορούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής και να ελέγχουν την εφαρμογή της.

Με το νομοσχέδιο αυτό επιχειρήθηκε ουσιαστικά η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Ήταν μια απόπειρα αναδιανομής των εθνικών πόρων και σημαντικής αναδιάταξης δυνάμεων και συμφερόντων στο χώρο της υγείας με κύρια χαρακτηριστικά τη δωρεάν παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης (σε όλους ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία και εισοδήματα), τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στο ΕΣΥ, την αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης της υγείας και τον περιορισμό του ιδιωτικού τομέα.

2.3 Οργάνωση και Προγραμματισμός των Υπηρεσιών Υγείας

Η πρώτη θεμελιακή ρύθμιση του ΕΣΥ αφορούσε στην οργάνωση των επιπέδων περίθαλψης καθώς και στον τρόπο με τον οποίο κινείται ο ασθενής στο σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, διαχωρίστηκαν η περίθαλψη που παρεχόταν με δαπάνες του δημοσίου, των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων και τα επίπεδα λειτουργίας του συστήματος σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο. Η ιεραρχία λοιπόν είχε ως εξής: στην κορυφή ήταν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αμέσως μετά το ΚΕΣΥ, στη συνέχεια το ΠΕΣΥ κι από κει κι έπειτα για τον αστικό πληθυσμό, το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο, τα Κέντρα υγείας αστικού τύπου και οι οικογενειακοί γιατροί, ενώ για τον αγροτικό πληθυσμό το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο, τα Κέντρα

Υγείας αγροτικού τύπου και τέλος, τα περιφερειακά ιατρεία κέντρων υγείας. Η κίνηση του ασθενή γινόταν από κάτω προς τα πάνω (Σουλιώτης, 2000).

Στα πλαίσια προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας επιχειρήθηκε ο περιορισμός της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα και ο έλεγχος παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου με δημόσια επιχορήγηση μετατράπηκαν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ενώ απαγορεύτηκε η ίδρυση, επέκταση και μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών. Το τελευταίο αυτό μέτρο συνάντησε αντιδράσεις από την αντιπολίτευση και από το ιατρικό σώμα, πολλά μέλη του οποίου ασκούσαν ιατρική σε ιδιωτικές κλινικές μιας ή περισσότερων ειδικοτήτων (Σουλιώτης, 2000).

Το σύστημα δεν κατάφερε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος των στόχων του λόγω: α) έλλειψης παράδοσης στην πολιτική υγείας και μη αφομοίωσης της εμπειρίας άλλων χωρών β) αδυναμίας συνένωσης των κατακερματισμένων ασφαλιστικών υπηρεσιών και ματαίωσης της προβλεπόμενης ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, γ) των υπερβολικών φιλοδοξιών των εμπνευστών του συστήματος σε σχέση με τις επικρατούσες συνθήκες και δ) της έλλειψης σχεδιασμού και συντονισμού αποτελεσματικής διαχείρισης και κατανομής των πόρων και της ελλιπούς οργάνωσης του συστήματος χρηματοδότησης.

Όλα τα παραπάνω οδήγησαν σε μια προσπάθεια αναμόρφωσης του ΕΣΥ, με μια νέα νομοθετική παρέμβαση (Ν. 2071/1992) που μετάβαλε τη φιλοσοφία του αρχικού νόμου, υπό τις πολιτικές και οικονομικές συγκυρίες που συνδέονταν με την επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού. Επιχειρήθηκε περιορισμός της κρατικής ευθύνης, εγκατάσταση ανταγωνιστικής αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες μέσα από την αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα, έλεγχος των δημοσίων δαπανών, προαγωγή της ελεύθερης επιλογής των πολιτών και τελικά μεταφορά μέρους της χρηματοδότησης του συστήματος στον οικογενειακό προϋπολογισμό (Σουλιώτης, 2000).

Τελικά, με την αντιμεταρρύθμιση του 1994 έγινε ένα βήμα πρόσκαιρης επαναφοράς των στόχων και των προσανατολισμών του νόμου του 1983. Το υπουργείο συγκρότησε δυο επιτροπές, μια ελληνική και μια από ξένους ειδικούς με σκοπό να αναδείξουν τις ανεπάρκειες και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας και να προτείνουν μέτρα για την αναδιοργάνωσή του. Η κριτική για την έκθεση των ξένων εμπειρογνομόνων, αφορούσε στις επιρροές που είχε από τις αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις του βρετανικού συστήματος υγείας, στην παράβλεψη της ιστορικής εξέλιξης της χώρας μας, των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών ιδιομορφιών

του πληθυσμού και των ευρύτερων δυσκολιών του υγειονομικού μας συστήματος (Σουλιώτης, 2000).

Εντούτοις, η πολιτική ηγεσία αποδέχθηκε τις βασικές κατευθύνσεις των προτάσεων της επιτροπής και το υπουργείο συγκρότησε τρεις επιτροπές οι οποίες ανέλαβαν να επεξεργαστούν τα θέματα που αφορούσαν στη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης (ΕΦΥ), την αποκέντρωση και τη διοικητική βελτίωση του συστήματος και την αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όπως ήταν αναμενόμενο, ακολούθησαν συνεχιακές αντιδράσεις και επιστημονικές αμφισβητήσεις, καθώς μειώνονταν αρμοδιότητες ασφαλιστικών ταμείων όπως το ΙΚΑ και θίγονταν κεκτημένα εργασιακά δικαιώματα των νοσοκομειακών γιατρών (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Αποτέλεσμα της παραπάνω τακτικής ήταν η μεταφορά επιτυχημένων προτύπων ξένων συστημάτων υγείας σε μια χώρα με κοινωνικοοικονομική δομή και πολιτιστική παράδοση τελείως διαφορετική και η ενσωμάτωση πολλών προτάσεων των επιτροπών στη νομοθετική παρέμβαση του 1997 που μπορεί να θεωρηθεί ως το τέλος του πρώτου περιπετειώδους σταδίου εξέλιξης του ΕΣΥ και η αφετηρία της νέας του πορείας. Στο συγκεκριμένο νομοθέτημα γινόταν μια απόπειρα εισαγωγής καινοτομικών ρυθμίσεων, όπως η δημιουργία Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η δυνατότητα σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και οι ρυθμίσεις για τα φάρμακα (Σουλιώτης, 2000).

Το ΕΣΥ συνοδεύθηκε από τάσεις διεύρυνσης τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δαπανών υγείας²⁸. Τα νέα κέντρα, η δωρεάν πρωτοβάθμια περίθαλψη και η επέκταση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία) αναβάθμισαν εν μέρει, την πρόσβαση στην υγεία (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003). Οι ασφαλιστικοί κλάδοι υγείας των ταμείων δεν ενοποιήθηκαν και οι κατακερματισμένες ασφαλιστικές υπηρεσίες υγείας ποτέ μέχρι σήμερα δεν εντάχθηκαν στο ΕΣΥ.

Στα μέσα του 2000, δημοσιοποιήθηκε μια σύνθετη δέσμη μέτρων αναθεώρησης του ΕΣΥ με εξαετή χρονικό ορίζοντα εφαρμογής. Σε μια προσπάθεια υλοποίησης μιας εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας, δημιουργήθηκαν περιφερειακά ολοκληρωμένα συστήματα υγείας (ΠΕΣΥ), αστικά κέντρα υγείας,

²⁸ Η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών χαρακτηρίστηκε από μεγάλες αυξήσεις στα καταβαλλόμενα από μέρος των ασφαλιστικών ταμείων νοσήλια, πολιτική που αναγόρευσε τα ταμεία σε κύριο χρηματοδότη της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης και απουσία στοιχειώδους οικονομικής διαχείρισης ή μέτρων συγκράτησης των δαπανών, επέτεινε την αύξηση του νοσοκομειακού κόστους (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

συγκροτήθηκε κοινή χρηματοδοτική βάση των κλάδων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών, αναδιοργανώθηκε η διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων, καθιερώθηκε κάρτα υγείας ασθενούς, έγινε μηχανογράφηση των υπηρεσιών του συστήματος, ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στην υγεία και καθιερώθηκαν έλεγχοι στην παροχή δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Μεγάλης σημασίας ήταν η άμεση εκπόνηση υγειονομικού χάρτη²⁹, η διαμόρφωση ενός χάρτη δικαιωμάτων του ασθενούς, καθώς και η ανάπτυξη πολιτικών ενθάρρυνσης του εθελοντισμού και των δραστηριοτήτων μη κυβερνητικών οργανώσεων (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Οι αντιστάσεις και σ' αυτή τη νομοθετική μεταρρύθμιση εκδηλώθηκαν με έντονες απεργιακές κινητοποιήσεις νοσοκομειακών και πανεπιστημιακών γιατρών, ενώ και οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία υποστήριζαν το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος προσαρμοσμένο όμως στη δική τους συντεχνιακή λογική. Παράλληλα δε, απεργούν για χρόνια οι γιατροί του ΙΚΑ με την ανοχή αν όχι με τη σιωπηρή υποστήριξη της διοίκησης του οργανισμού. Η αλλαγή υπουργού οδήγησε σε μια νέα ρύθμιση το 2003, με την οποία επιτρεπόταν στους πανεπιστημιακούς γιατρούς η άσκηση ιδιωτικού έργου. Χωρίς ιδιαίτερες αντιδράσεις, τα θέματα της πολιτικής υγείας εκτός από την προσπάθεια διοικητικής αποκέντρωσης και διοίκησης των νοσοκομείων επανήλθαν στην κατάσταση του προηγούμενου αιώνα (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Στα ίδια πλαίσια κυμαίνονται τόσο το *στρατηγικό πλαίσιο* για την περίοδο 2000-2006³⁰ όσο και οι προτάσεις³¹ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τη Σύνταξη των κατευθύνσεων Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης για το χρονικό διάστημα 2007-2013. Προτείνονται και υλοποιούνται δράσεις άλλοτε με

²⁹ Η αποτύπωση των αναγκών υγείας του πληθυσμού της χώρας για την τεκμηριωμένη ανάπτυξη συγκεκριμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιοχές.

³⁰ Α. περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του ΕΣΥ με επίκεντρο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, με την χρήση πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης και την ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Β. Δημιουργία ασφαλούς δικτύου διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας, ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές. Γ. Σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης των Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ), με ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων, καλύτερη αξιοποίηση των υλικών πόρων, ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στον πολίτη. Δ. Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών πρόνοιας και ψυχικής υγείας. Ε. Ανάπτυξη βάσης δεδομένων της δημόσιας υγείας, δημιουργία σύγχρονων εργαλείων σχεδιασμού και προγραμματισμού, προσδιορισμός του επιδημιολογικού προφίλ της χώρας και χάραξη εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας.

³¹ Α. Βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας. Β. Μετεξέλιξη του συστήματος Πρόνοιας και δημιουργία ικανών και αναγκαίων προϋποθέσεων για την διασφάλιση των συνθηκών κοινωνικής ενσωμάτωσης. Γ. Ολοκλήρωση Μεταρρύθμισης του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Δ. Ενίσχυση της θέσης του Ελληνικού Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Νοτιοανατολική Ευρώπη. Ε. Ανάπτυξη συστημάτων για τον Εξορθολογισμό της διαχείρισης ενέργειας και περιβάλλοντος. Συστήματα προστασίας της Δημόσιας Υγείας. ΣΤ. Προσαρμογή των Οργανισμών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις απαιτήσεις της Κοινωνίας της Γνώσης και Ανάπτυξη του Ανθρώπινου δυναμικού του τομέα.

ικανοποιητικό ρυθμό και άλλοτε αντιμετωπίζοντας προβλήματα. Στη στοιχειώδη αποτίμηση των όποιων παρεμβάσεων στο πλαίσιο των προηγούμενων αλλά και της τρέχουσας προγραμματικής περιόδου, ο τομέας υπηρεσιών Υγείας εξακολουθεί να παρουσιάζει αδυναμίες που επιβάλλουν ουσιώδεις αλλαγές αλλά και αναδεικνύουν σημαντικές προοπτικές.

Βλέπουμε συνεπώς, ότι η αναποτελεσματικότητα του σημερινού συστήματος υγείας οφείλεται κυρίως στην απουσία ενιαίας υγειονομικής πολιτικής. Η έλλειψη συνέπειας στις πολιτικές σχεδιασμού, η ανεπαρκής και επιλεκτική εφαρμογή νόμων, οι εκλογικές και όχι οι ποιοτικές προτεραιότητες, η συνεχής διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών (ανατρεπτική η συντηρητική παρέμβαση του 1992) αλλά όχι διαρθρωτικών στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, εμπόδισαν την εξελικτική πορεία του συστήματος, ενώ ο πυρήνας των προβλημάτων³² παρέμεινε αμετάβλητος (Σουλιώτης, 2000).

Οι δυσκολίες οδηγούν με τη σειρά τους σε πιέσεις οικονομικών και συντεχνιακών συμφερόντων με σκοπό τον καταμερισμό του κόστους και της ωφέλειας στην υγεία. Οι δυνάμεις αυτές σχεδόν ελέγχουν τις πολιτικές αποφάσεις επιδεικνύοντας ταυτόχρονα, απροθυμία αντιμετώπισης συμφερόντων ή αφαίρεσης προνομίων και αποτρέποντας κάθε διαδικασία αναδιάρθρωσης. Υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό, η παρουσία του ιατρικού κόσμου σε κόμματα, στα βουλευτικά έδρανα ή σε υπουργικές θέσεις (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Σήμερα, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα πολυδιασπασμένο μεικτό σύστημα, με νοσοκομειοκεντρικό και ιατρικοκεντρικό χαρακτήρα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παραμένουν από τις χαμηλότερες στην ΕΕ, το χαμηλό εισόδημα συνιστά σημαντικό εμπόδιο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές και τις πρακτικές του ΕΣΥ (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, ο τομέας υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο φάσμα δεδομένων. Οι οικονομικές και εμπορικές σχέσεις που έχουν ως συνέπεια τη μετακίνηση ατόμων για εργασία, η χρήση κοινών φυσικών πόρων (ποτάμια, λίμνες) δίνουν διασυνοριακή διάσταση στις υπηρεσίες υγείας και ταυτόχρονα αποτελούν πρόκληση για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

³² Μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών, πληθωρισμός ιατρών, ελλείψεις προσωπικού, ανορθολογική περιφερειακή κατανομή των πόρων, χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών και προσφυγή τους στον ιδιωτικό τομέα.

2.3.1 Πότε άρχισαν να ιδιωτικοποιούνται οι Φορείς Υγείας, πώς και γιατί;

Η θεωρητική διαμάχη για το ζήτημα του εννοιολογικού προσδιορισμού της υγείας το 18^ο αιώνα, έδωσε τη θέση της στη διαμάχη για την οικονομική διάσταση του συγκεκριμένου αγαθού, λόγω της αδυναμίας χρηματοδότησης των υψηλών δαπανών υγείας στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα. Η ουσία του προβληματισμού βρισκόταν στο κατά πόσο η υγεία αποτελεί ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό και πώς μέσω πολιτικών προτεραιοτήτων και επιλογών για την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων θα διατηρηθεί, θα βελτιωθεί και θα αναπαραχθεί η ανθρώπινη ζωή με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (Σουλιώτης, 2000).

Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ είχαν σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας την περίοδο 1965-1975 καθώς το 61% του συνόλου των δαπανών προερχόταν από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, ως αποτέλεσμα των έντονων ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης και του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος το οποίο χαρακτήριζε η προσπάθεια διαμόρφωσης του κράτους πρόνοιας. Ελεγχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας παρατηρείται στο διάστημα 1975-1985, η οποία συνδέεται με την οικονομική κρίση και ύφεση από τις ανατιμήσεις του πετρελαίου, τις έντονες πληθωριστικές πιέσεις, την ανεργία και τη μείωση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης. Γεγονός που έφερε κρίση και στα συστήματα υγείας και αποτέλεσε αφορμή για επαναδιατύπωση των προτεραιοτήτων της πολιτικής υγείας καθιστώντας αναγκαία την περιστολή και τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών (Σουλιώτης, 2000).

Η χώρα μας αποτελεί κλασικό παράδειγμα «ιδιωτικοποιημένου» εθνικού –κατ’ όνομα μόνο- συστήματος υγείας. Η ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών κλινικών στις δεκαετίες 60’-70’ περιορίστηκε σημαντικά μετά το 80’ λόγω τόσο της ακολουθούμενης περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σχετικά με την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών όσο και της αλλαγής του τρόπου χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα (συνδυασμός κλειστού νοσηλίου και χαμηλών τιμών). Το επενδυτικό ενδιαφέρον αναζωπυρώθηκε με την άρση του περιορισμού ως προς την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών με το Προεδρικό Διάταγμα το 91 και δόθηκαν σημαντικά κεφάλαια στο χώρο της ιδιωτικής παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι προσδοκίες μάλιστα για υψηλή κερδοφορία αυξήθηκαν εξαιτίας της δυνατότητας ίδρυσης διαγνωστικών μονάδων στις κλινικές και συνεπώς της δραστηριοποίησης των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Σουλιώτης, 2000).

Είναι γεγονός ότι η προαγωγή της υγείας σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί τη μοναδική αποστολή της κυβερνητικής πολιτικής, ωστόσο το ελληνικό σύστημα υγείας έχει την ιδιαιτερότητα της συνύπαρξης σε αυτό στοιχείων τα οποία παραπέμπουν σε συστήματα με δημόσια αντίληψη αλλά και στοιχείων που εντάσσονται στη φιλελεύθερη άποψη, η οποία ευνοεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα (Σουλιώτης, 2000). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του φαινομένου αποτελούν οι τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στη χώρας μας: ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση).

Η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα βασίστηκε εξαρχής σε ένα παράτυπο πλαίσιο μη ελεγχόμενων διαδικασιών που αφορούσαν είτε την παροχή είτε τη χρηματοδότηση της περίθαλψης και η ποιότητα υγείας έδωσε τη θέση της στα ισχυρά συντεχνιακά και οικονομικά συμφέροντα. Η χρηματοδοτική παρέμβαση της κοινωνικής ασφάλισης υποχώρησε σταδιακά και υποκαταστάθηκε από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές, με αποτέλεσμα η υγειονομική περίθαλψη να προσανατολιστεί σε μια ελλιπή δημόσια νοσοκομειακή κάλυψη (στα αστικά κέντρα) και σε μια κατακερματισμένη φτωχή πρωτοβάθμια φροντίδα με ιατροκεντρικό χαρακτήρα (Σουλιώτης, 2000).

Ταυτόχρονα, με την έναρξη των διαδικασιών αποκρατικοποίησης – ιδιωτικοποίησης του υγειονομικού τομέα, επιχειρείται αλλαγή στον πυρήνα της κοινωνικής πολιτικής (αρχή της καθολικότητας) προς την κατεύθυνση της επιλογής των πληθυσμών-στόχων και των παροχών της υγειονομικής και προνοιακής πολιτικής με σημαντικές επιπτώσεις στην ισότητα των πολιτών και στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Ενώ τη δεκαετία του 90', αναδύονται «νέες» ιδεολογίες βάσει των οποίων το άτομο θεωρείται υπεύθυνο για την υγεία του και για την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας μέσω των «ελεύθερων» επιλογών του (Σουλιώτης, 2000).

Οι παραπάνω εξελίξεις προκάλεσαν έλλειψη εμπιστοσύνης στους πολίτες για το δημόσιο τομέα υγείας και σε συνδυασμό με τις οικονομικές δυνατότητες του μέσου Έλληνα οδήγησαν μοιραία στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας³³ με μεγέθη τα οποία προσεγγίζουν ακόμα και το 50% (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003). Κατά

³³ Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια που παρείχαν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας παρουσίασαν μια σημαντική ανάπτυξη, λόγω της πολυτελούς ξενοδοχειακής υποδομής και της επιθυμίας των καταναλωτών που είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν, να αποφύγουν τη γραφειοκρατική δυσκαμψία του δημοσίου συστήματος. Σημειώνεται πως στις περιπτώσεις αυτές το κόστος επιβαρύνει κυρίως τους ασθενείς μια και ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει τις περισσότερες φορές ένα μόνο μέρος του συνολικού κόστους που αφορά κυρίως στα νοσήλια και στα φάρμακα και λιγότερο στις ιατρικές πράξεις (Σουλιώτης, 2000).

την παροχή υπηρεσιών από ιδιωτικούς φορείς σε ασφαλισμένους προκύπτουν επιπλέον δαπάνες που κατατάσσονται στις ιδιωτικές πληρωμές καθώς επιβαρύνουν τους τελευταίους και οφείλονται τόσο στα οικονομικά συμφέροντα των ιδιωτικών φορέων υγείας όσο και στη μεγάλη διαφορά που υπάρχει μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικού κόστους. Μια διαφορά που δεν αφορά μόνο στις νοσηλευτικές μονάδες αλλά και στα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια (Σουλιώτης, 2000).

Την παραπάνω πραγματικότητα έρχονται να ενισχύσουν επιπλέον παράγοντες όπως η αυξημένη πραγματική ή προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας λόγω της αλλαγής των καταναλωτικών προτύπων και της νέας κουλτούρας των ελλήνων ασθενών που εξαντλούν πλέον τα περιθώρια διάγνωσης και θεραπείας. Οι ανεπάρκειες του δημόσιου ελληνικού υγειονομικού συστήματος, του οποίου η φιλοσοφία διαφοροποιήθηκε από τις ασαφείς και ασυνεπείς θεσμικές παρεμβάσεις της πολιτικής ηγεσίας με αποτέλεσμα την περαιτέρω απορύθμισή του. Καθώς επίσης και η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη, ο κατακερματισμός και η πολυμορφία του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος που οδηγούν ακόμα στη μη χρήση της ασφάλισης ασθένειας από τους ασφαλισμένους (Σουλιώτης, 2000).

Η δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας προανατολίστηκε κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε μια προσπάθεια ελέγχου μεγάλου τμήματος της αγοράς και με επενδύσεις σημαντικών κεφαλαίων στη ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία (εισαγωγή και διάχυση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας) σε αντίθεση με τις δημόσιες επενδύσεις που περιορίστηκαν στην ανέγερση κτιρίων για την ίδρυση νέων νοσηλευτικών μονάδων. Η επέκτασή της έγινε με την ίδρυση ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής (είτε ως αυτόνομες μονάδες είτε ως ανεξάρτητες εταιρείες) που αποτελούν τον εργαστηριακό τομέα ιδιωτικών κλινικών και χρησιμοποιούν την υποδομή σε βιοϊατρική τεχνολογία για να παρέχουν εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Σουλιώτης, 2000).

Συνεπώς, η συνεχής αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων που καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς ωθεί την ελληνική αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Παράλληλα, η εν λόγω αγορά παρουσιάζει σημάδια ολιγοπωλίου με τη δημιουργία οργανωμένων διαγνωστικών κέντρων και μεγάλων νοσηλευτικών μονάδων που παίρνουν τη μορφή πολυεθνικών επιχειρήσεων με δραστηριότητες στο εξωτερικό. Μελλοντικά δε, σπουδαίο ρόλο αναμένεται να διαδραματίσει η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης και η προσπάθεια μεγάλων

ασφαλιστικών εταιρειών να δημιουργήσουν δικές τους μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Σουλιώτης, 2000).

Είναι γεγονός ότι τα όποια προβλήματα ταλαιπωρούν το ελληνικό σύστημα υγείας δεν αναιρούν τη σημαντική προσφορά του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος συμβάλλει στην αναμόρφωση της ευρύτερης υγειονομικής αγοράς και παράλληλα παρέχει υπηρεσίες οι οποίες ικανοποιούν τους πολίτες. Υπό την έννοια αυτή το δημόσιο υγειονομικό σύστημα μπορεί να αντλήσει στοιχεία και εμπειρίες από τον ιδιωτικό τομέα ώστε να διατηρήσει την καθολικότητα και την πληρότητα των υγειονομικών παροχών, να προασπίσει τα συμφέροντα των πολιτών και να επιτευχθεί έτσι, συμπληρωματικότητα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Σουλιώτης, 2000).

2.4 Οργάνωση και Λειτουργία Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Στις σύγχρονες κοινωνίες το ζήτημα της υγείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη κάθε χώρας. Μέσα από αλληλοσυνδεόμενα προγράμματα δράσης στους τομείς υγείας, κοινωνικής ασφάλισης, παιδείας, εργασίας και κοινωνικής πρόνοιας, επιδιώκεται η δημιουργία κοινωνικών συνθηκών τέτοιων που να ευνοούν την κοινωνική, συναισθηματική και βιολογική ανάπτυξη του ατόμου (Σταθόπουλου, 1996). Ο συνδυασμός της επιστημονικής γνώσης με την κοινωνική και πολιτική εξέλιξη οδήγησε τη δημόσια υγεία σε τομείς, όπως: υγειονομική μηχανική, προληπτική ιατρική, προληπτική ψυχιατρική, κοινοτική νοσηλευτική, φροντίδα για την κοινωνική συμπεριφορά, αγωγή υγείας, και πιο πρόσφατα στην προαγωγή και εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας. Αυτή η προσήλωση στην προαγωγή της υγείας και στην αντιμετώπιση της ασθένειας δεν εξυπηρετεί μόνο οικονομικές σκοπιμότητες, συνδέεται και με τον σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή.

Συνεπώς, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δε θα μπορούσε παρά να είναι το βασικό επιτελικό όργανο σχεδιασμού και παραγωγής πολιτικής, εκτίμησης αναγκών υγείας και πρόνοιας, προγραμματισμού και ελέγχου του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα Υγείας. Οι αρμόδιοι υφυπουργοί μαζί με τους γενικούς γραμματείς (γενικός γραμματέας, γενικός γραμματέας δημόσιας υγείας, γενικός γραμματέας κοινωνικής αλληλεγγύης) έχουν την πολιτική ευθύνη για το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων του τομέα της κοινωνικής πρόνοιας (Σταθόπουλου, 1996).

Πιο συγκεκριμένα, αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη, που περιλαμβάνει: την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου. Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Επίσης, μεριμνά για την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και τη λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής. Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου. Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Σήμερα, το πλέγμα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας³⁴ είναι διαρθρωμένο σε εθνικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο. Στο εθνικό επίπεδο, υπάρχει η Κεντρική Υπηρεσία η οποία συγκροτείται από επιτελικές υπηρεσίες σε επίπεδο Διεύθυνσης και Γενικών Διευθύνσεων (Υγείας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών), Διευθύνσεις και Τμήματα, τα οποία υπάγονται στις αντίστοιχες Γενικές Διευθύνσεις (Δημόσιας Υγιεινής, Υγιεινής Περιβάλλοντος, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Ψυχικής Υγείας, Φαρμάκων και Φαρμακείων, Επαγγελματιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης, Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου, Προσωπικού Νομικών Προσώπων, Προστασίας Οικογένειας, Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης, Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, Τμήμα Προσωπικού Φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, Προσωπικού, Εκπαίδευσης και Έρευνας, Οργάνωσης και Ποιότητας

³⁴ Σχετικό Οργανόγραμμα στο τέλος του κειμένου

Υπηρεσιών, Πληροφορικής, Οικονομικού, Προμηθειών, Διεθνών Σχέσεων, Τεχνικών Υπηρεσιών).

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

- 1.Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
- 2.Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
- 3.Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
- 4.Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς για τη χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Επίσης υπάρχουν υπηρεσίες που υπάγονται απευθείας είτε στον υπουργό είτε στο γενικό γραμματέα ή που λειτουργούν σύμφωνα με ειδικές διατάξεις, γραφεία και αποκεντρωμένες υπηρεσίες (Επιθεώρηση Μακεδονίας – Θράκης, Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, που μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).

Σημαντικές μεταβολές στη διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας έχει επιφέρει ο Νόμος 2889/2001³⁵ με την ίδρυση των ΠεΣΥ, τη διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, το διορισμό Διοικητών στα νοσοκομεία, την αλλαγή του τρόπου προμηθειών, την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, τη δημιουργία γραφείων υποδοχής ασθενών κ.ά. Εκτελεστικές αρμοδιότητες έχει επίσης, ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, ενώ έχει συγκροτηθεί Γενική Διεύθυνση ΕΣΥ για το Συντονισμό των Πε.Σ.Υ. και το συνολικό προγραμματισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της Πολιτείας εντάσσεται το ΕΚΕΠΑΠ (Εθνικό Κέντρο Παρακολούθησης και Παρέμβασης). Αρμοδιότητες του είναι η συγκέντρωση, επεξεργασία, καταχώρηση, ανάλυση και διάχυση πληροφοριών, τόσο προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όσο και προς το κοινωνικό σύνολο. Άμεσα συνδεδεμένα με το ΕΚΕΠΑΠ είναι τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, οι

³⁵ «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι ιδιωτικές κλινικές και οι ιδιώτες γιατροί, με ενδιάμεσο σταθμό τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση.

Επιπρόσθετα, η πολιτεία έχει αναπτύξει ένα σύστημα επιτήρησης Δημόσιας Υγείας μέσω: του συστήματος Υποχρεωτικώς Δηλούμενων Νοσημάτων, του συστήματος Εργαστηριακής Καταγραφής και του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Μετά τη συλλογή των πληροφοριών γίνεται ανάλυση των δεδομένων και διάθεση των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια, αξιολογούνται τα συστήματα επιτήρησης και εξάγονται τα σχετικά συμπεράσματα. Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στους φορείς:

1. ΚΕΕΛΠΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων) που δραστηριοποιείται κυρίως στην επιδημιολογική επιτήρηση λοιμωδών νόσων και στον τομέα της βιοτρομοκρατίας, ενώ ο αρχικός του σκοπός ήταν η αντιμετώπιση του AIDS.
2. ΕΦΕΤ (Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων) ο οποίος σχετίζεται με την ασφάλεια των τροφίμων που έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία εξαιτίας της απεριόριστης χρήσης φυτοφαρμάκων, ορμονών και γενετικά μεταλλαγμένων τροφίμων.

Ειδικότερα, η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας καθορίζεται με τον σχετικό νόμο *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις* (Ν. 3370/2005, ΦΕΚ 176Α'/ 11.7.2005), όπου από το πρώτο κεφάλαιο με τα **άρθρα 1** και **2** αποσαφηνίζεται η έννοια και το περιεχόμενο της δημόσιας υγείας. Έννοιες όπως η προαγωγή αλλά και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού, βάσει κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών συμπεριλαμβάνονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας. Επίσης, γίνεται αναφορά στον πολυτομεακό και διεπιστημονικό χαρακτήρα των δράσεων και παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας, υπό την ευθύνη του κράτους.

Με το κεφάλαιο Β' και τα άρθρα 3-5 παρουσιάζονται οι λειτουργίες και οι δράσεις της δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα στο **άρθρο 3** καθορίζονται οι κυριότερες από αυτές τις λειτουργίες και δράσεις (παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας, προστασία και προαγωγή της, εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους κ.α.). Το **άρθρο 4** αναφέρεται στις υπηρεσίες και τους φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) (κεντρικά και περιφερειακά όργανα, φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, κάθε χώρος κοινωνικής δραστηριότητας κ.α.). Ενώ το **άρθρο 5** ορίζει την αναγκαιότητα τήρησης ορισμένων

κριτηρίων των επιστημόνων που παρέχουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας με βασικότερο εξ αυτών, τη συμμετοχή τους στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

Πολιτικές και στρατηγικές της Δημόσιας Υγείας αναλύονται στο κεφάλαιο Γ' και στα άρθρα 6 – 8. Στο **άρθρο 6** παρουσιάζονται τρία βασικά κριτήρια διαμόρφωσης και υλοποίησης αυτών των πολιτικών και στρατηγικών, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα, καθώς και οι προϋποθέσεις στις οποίες θα πρέπει να βασίζονται (π.χ. η διατομεακή συνεργασία, η διεπιστημονική προσέγγιση, η χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας κ.α.). Το **άρθρο 7** κάνει αναφορά στην Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας, της οποίας βασικός στόχος είναι η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Ενώ, το **άρθρο 8** περιλαμβάνει τις ενέργειες που προωθούνται στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας, με βασικότερη αυτή της εκπόνησης ενός τετραετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Το εν λόγω σχέδιο έχει δικό του προϋπολογισμό, υποβάλλεται στο Κοινοβούλιο και καθορίζει τις δράσεις και τα προγράμματα, τα οποία θα πρέπει να υποχρεωτικά να εφαρμοστούν από την περιφερειακή διοίκηση και την αυτοδιοίκηση. Επίσης, καθιερώνει την αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία από πολιτικές και προγράμματα μεγάλης έκτασης.

Οι βασικές οργανωτικές δομές της δημόσιας υγείας τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (π.χ. Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας κ.α.) ορίζονται με το κεφάλαιο Δ' και το **άρθρο 9** όπου. Μεταξύ των οργανωτικών αυτών δομών συμπεριλαμβάνονται και άλλοι κοινωνικοί φορείς που δραστηριοποιούνται στη δημόσια υγεία. Ενώ, με το κεφάλαιο Ζ' και τα άρθρα **άρθρα 17, 18** και **19** αναβαθμίζεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας – ΕΣΥΔΥ (άρθρο 5 του ν. 3172/2003) και μετατρέπεται σε ανεξάρτητη αρχή, με εποπτικό, επιστημονικό, συντονιστικό, γνωμοδοτικό και διαιτητικό ρόλο. Έχει δικό του προϋπολογισμό και γραμματεία, δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο, διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων φορέων δημόσιας υγείας και συνεργάζεται με αντίστοιχες αρχές άλλων κρατών.

Το ΕΣΥΔΥ περιορίζεται, αριθμητικά σε 6 μέλη συν τον Πρόεδρο ο οποίος πρέπει να έχει ιδιαίτερο επιστημονικό και κοινωνικό κύρος και σημαντική προσφορά σε θέματα δημόσιας υγείας. Η θητεία των μελών μειώνεται στα τρία από πέντε έτη και μπορεί να ανανεωθεί μόνο μια φορά. Κάθε δημόσια αρχή είναι υποχρεωμένη να

παρέχει τη συνδρομή της στο ΕΣΥΔΥ, το οποίο στο έργο του συνεπικουρείται και από μια Επιστημονική Επιτροπή 15 μελών που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και καλύπτουν τα γνωστικά αντικείμενα της βιοηθικής, γενετικής, διατροφής, επιδημιολογίας, ιατρικής εργασίας, στοματικής φροντίδας, ελέγχου λοιμωδών νοσημάτων, χρόνιων νοσημάτων, ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, βιοπαθολογίας ή εργαστηριακής δημόσιας υγείας, οικονομικών και πολιτικών υγείας, προαγωγής υγείας, υγιεινής του φυσικού περιβάλλοντος και κλινικής φαρμακολογίας.

Στο κεφάλαιο Η' τα άρθρα 20 και 21 αφορούν στην ανασυγκρότηση του ΚΕΕΛ και των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, με το **άρθρο 20** μετονομάζεται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (άρθρο 26, ν. 2071/1992) σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Διατηρεί τη μορφή του ως Ν.Π.Ι.Δ., εξακολουθεί να εποπτεύεται απευθείας από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά ταυτόχρονα αποκτά νέες αρμοδιότητες με την ενσωμάτωση νέων τομέων. Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας μετατρέπονται από τμήματα των Διευθύνσεων δημόσιας Υγείας των Περιφερειών σε αποκεντρωμένες μονάδες του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Στο **άρθρο 21** μετονομάζονται οι Τομείς Κοινωνικής Ιατρικής των νοσοκομείων ΕΣΥ σε Τομείς Δημόσιας Υγείας και αναπτύσσονται σε νοσοκομεία που διαθέτουν πάνω από 100 κλίνες. Οι συγκεκριμένοι Τομείς παρέχουν υπηρεσίες όπως πρόληψη νοσημάτων, προαγωγή και προστασία της υγείας, έλεγχο και αντιμετώπιση νοσοκομειακών λοιμώξεων, έλεγχο της ποιότητας τροφίμων κ.α. καθώς και αποτελεσματικό σχεδιασμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Στους Τομείς αυτούς εντάσσονται και τα Τμήματα Επισκεπτών Υγείας. Ακόμη, η ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής μετονομάζεται σε ειδικότητα της Ιατρικής της Δημόσιας Υγείας.

Με το **άρθρο 22** του κεφαλαίου Θ' συγκροτείται Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας, με διεπιστημονικό χαρακτήρα και με μέλη που έχουν ειδικές σπουδές ή προϋπηρεσία στο χώρο της δημόσιας υγείας. Με υπουργική απόφαση καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία ένταξης στο Σώμα των διαφόρων επαγγελματιών της υγείας (π.χ. ιατροί, υγιεινολόγοι μηχανικοί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι τροφίμων, επιδημιολόγοι κ.α.). Μετά δύο ετών από τη συγκρότηση του Σώματος, τα μέλη του θα μπορούν να καταλάβουν θέσεις Διευθυντών της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

Τα **άρθρα 27, 28 και 29** του κεφαλαίου **Ι'** αφορούν στη Εκπαίδευση και Έρευνα στη Δημόσια Υγεία. Το πρώτο απ' αυτά, αναφέρεται στην υποχρεωτική δια βίου εκπαίδευση όλων των επιστημόνων δημόσιας υγείας που είναι μέλη του Σώματος, η ελάχιστη ετήσια διάρκεια της οποίας καθορίζεται από το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. Επίσης, προσδιορίζονται τα προγράμματα, οι φορείς, καθώς και οι διαδικασίες προκήρυξης, αξιολόγησης και χρηματοδότησης των προγραμμάτων. Στο **άρθρο 28** καθορίζονται οι βασικοί κλάδοι εξειδίκευσης στη δημόσια υγεία (π.χ. επιδημιολογία, πρόληψη ασθενειών και προαγωγή υγείας, πολιτική υγείας κ.α.) και με το **29** ρυθμίζονται θέματα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, που αφορούν στη μετατροπή των οργανικών θέσεων Επιμελητών και Επιστημονικών Συνεργατών σε θέσεις Διδακτικού και Ερευνητικού Προσωπικού.

Με τα **άρθρα 32, 33 & 34** του κεφαλαίου **ΙΒ'** που αναφέρεται στη Συνεργασία Νοσοκομείων ΕΣΥ με ΝΠΙΔ Κοινωφελούς ή μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα, δίνεται η δυνατότητα ανάπτυξης συνεργασιών μεταξύ των νοσοκομείων ΕΣΥ και ΝΠΙΔ κοινωφελούς ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ύστερα από απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η συνεργασία αφορά είτε στον επιστημονικό – εκπαιδευτικό τομέα (από κοινού διοργάνωση σεμιναρίων, εκπόνηση και εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων, συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρών κ.α.) είτε στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσηλεία ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα) είτε και στους δύο ταυτόχρονα. Τέλος, αναγνωρίζονται ως κατάλληλα για την άσκηση ειδικευόμενων ιατρών, τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν με τη μορφή νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώ, καθορίζεται ο αριθμός των εν λόγω ιατρών, η διάρκεια ειδίκευσης και οι αμοιβές τους.

2.5 Ποιοι Φορείς επιδρούν - επενεργούν στο χώρο της Υγείας.

Γενικά οι φορείς εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής είναι³⁶ :

Α) ο δημόσιος τομέας: υπουργεία, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, επιχορηγούμενα αποκλειστικά από το κράτος, τοπική αυτοδιοίκηση, οι φορείς κοινωνικής πρόνοιας του ευρύτερου δημόσιου τομέα που ως προς τη νομική τους υπόσταση είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, αλλά οι οικονομικοί τους πόροι προέρχονται σχεδόν αποκλειστικά

³⁶ Για περισσότερες λεπτομέρειες δες Σταθόπουλου, 1996.

από επιχορηγήσεις του δημόσιου προϋπολογισμού. Αλλά και οι εθελοντικές οργανώσεις, οι οποίες όλο και πιο πολύ λαμβάνουν επιχορήγηση από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης με σκοπό τη συμπλήρωση του ποσού των χρημάτων τα οποία είναι απαραίτητα πέρα από τους δικούς τους πόρους για να πραγματοποιήσουν τα προγράμματά τους.

Β) ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας

Γ) ιδιωτικός (μη-κερδοσκοπικός) τομέας: Εκκλησία, ελληνικές εθελοντικές οργανώσεις, αλλοδαπές διεθνείς κοινωνικές οργανώσεις

Δ) άτυπα δίκτυα φροντίδας

Ε) συμβολή του κοινωνικού λειτουργού και άλλων επαγγελματιών πρόνοιας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΤΑ ΣΥΝΔΙΚΑΤΑ

3.1 Η έννοια του Συνδικάτου

Όπως καταδείχτηκε στο πρώτο κεφάλαιο, το κράτος χωρισμένο πλέον απ' την κοινωνία, προκειμένου να αυξήσει την παρέμβασή του ως «κράτος πρόνοιας» και να αποτελέσει έτσι, μηχανισμό κοινωνικής αναδιάρθρωσης, προχωρά στη δημιουργία και στη διατήρηση μέσω ποικίλων παροχών, νέων κοινωνικών εταίρων, όπως είναι τα συνδικάτα. Κρίθηκε απαραίτητη λοιπόν, η προσέγγιση της έννοιας των συνδικάτων στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, η εξέταση του τρόπου που επηρεάζουν την εξελικτική πορεία της κοινωνικής πρόνοιας καθώς, και των προβλημάτων που δημιουργούνται από την έντονη και διαρκή κρατική παρέμβαση, την ύπαρξη και τη συνεχή διεύρυνση της συνδικαλιστικής γραφειοκρατίας, στην ενότητα, στη συμμετοχή και στη δράση των συνδικαλιστών.

Τα συνδικάτα, οι κοινωνικές οργανώσεις και τα κινήματα, έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, επισπεύδοντας την εξελικτική πορεία της κοινωνικής πρόνοιας και ωθώντας τους έχοντες την εξουσία να διαμορφώσουν μια πολιτική βάσει των αναγκών των πολιτών. Τα εργατικά συνδικάτα είναι ο τρόπος οργάνωσης και αντίστασης της εργατικής τάξης και ιδρύθηκαν με σκοπό να προσφέρουν μια ενωτική και ισχυρή φωνή για χάρη των συμφερόντων των μελών της (Bowles & Edwards, 1994). Εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια ανάπτυξης των καπιταλιστικών κοινωνικών σχέσεων και ήταν συνέχεια των πρώτων επαγγελματικών οργανώσεων της εργατικής τάξης³⁷ (αδελφότητες, καταναλωτικοί συνεταιρισμοί κ.α.). Αποτελούν έκφραση της αύξησης της εργατικής τάξης και της συγκέντρωσής της σε μεγάλες καπιταλιστικές επιχειρήσεις και σε βιομηχανικά αστικά κέντρα καθώς και της ανάπτυξης της ταξικής της συνείδησης (Χαρίσης, 1997).

Δυο είναι οι κύριες δραστηριότητες των εργατικών συνδικάτων πρώτον, ενεργούν ως εκπρόσωποι των μελών τους στις διαπραγματεύσεις με τους εργοδότες και δεύτερον, προωθούν γενικές κοινωνικές αλλαγές που προσδοκούν ότι θα ωφελήσουν τους εργαζόμενους συνολικά (πιέσεις στην κυβέρνηση για αποδοχή νομοθεσίας για ελάχιστη αμοιβή, προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, νόμοι για την ασφάλεια του χώρου εργασίας, κοινωνικές ασφαλίσεις κ.α.) (Bowles & Edwards, 1994).

³⁷ Είχαν την καταγωγή τους στις συντεχνιακές ενώσεις των τεχνιτών της φεουδαλικής εποχής και της εποχής μετάβασης στον καπιταλιστικό κοινωνικο-οικονομικό σχηματισμό.

Σύμφωνα με το Νόμο 1264/1982³⁸ «για τον εκδημοκρατισμό του Συνδικαλιστικού Κινήματος και την κατοχύρωση των συνδικαλιστικών ελευθεριών των εργαζομένων» και το άρθρο 4 σκοποί των συνδικαλιστικών οργανώσεων είναι:

1. η διαφύλαξη και προαγωγή των εργασιακών, οικονομικών, ασφαλιστικών, κοινωνικών και συνδικαλιστικών συμφερόντων των εργαζομένων
2. η σύσταση καταναλωτικών ή πιστωτικών συνεταιρισμών ή εντευκτηρίων και βιβλιοθηκών και η παροχή μαθημάτων επιμόρφωσης των μελών τους, χωρίς επιδίωξη κέρδους. Επίσης η δημιουργία ειδικών κεφαλαίων για την εξυπηρέτηση ορισμένων έκτακτων σκοπών αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας των μελών τους.
3. για την πραγματοποίηση των σκοπών τους δικαιούνται μεταξύ άλλων α) ν' αναφέρονται στις διοικητικές και άλλες αρχές για κάθε ζήτημα που αφορά τους σκοπούς, τα μέλη, τις εργασιακές σχέσεις και τα συμφέροντα των μελών τους, β) να καταγγέλλουν και να εγκαλούν στις διοικητικές και δικαστικές αρχές τις παραβιάσεις της εργατικής και ασφαλιστικής νομοθεσίας και των κανονισμών ή οργανισμών που αφορούν τις ίδιες ή τα μέλη τους.

Μέλος στις συνδικαλιστικές οργανώσεις μπορεί βάσει του άρθρου 7 να είναι κάθε εργαζόμενος (ακόμα και ανήλικος ή αλλοδαποί εργαζόμενοι νόμιμα) που έχει συμπληρώσει ένα δίμηνο τον τελευταίο χρόνο στην επιχείρηση ή εκμετάλλευση ή τον κλάδο απασχόλησής του. Έχει δικαίωμα να γίνει μέλος μίας οργάνωσης της επιχείρησης ή εκμετάλλευσης και μίας του επαγγελματικού κλάδου απασχόλησής του, εφόσον έχει τις νόμιμες προϋποθέσεις των καταστατικών τους.

Η διοίκηση της συνδικαλιστικής οργάνωσης συγκροτείται από έναν Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο, Γενικό Γραμματέα και Ταμία, ιδιότητες που δεν μπορεί να φέρει το ίδιο πρόσωπο, ενώ η θητεία των διοικητικών οργάνων, καθώς και της ελεγκτικής επιτροπής, που τους ελέγχει ως προς τα οικονομικά, δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερη από τρία χρόνια, όπως ορίζει το άρθρο 9 του σχετικού νόμου. Η οικονομική χρηματοδότηση των συνδικαλιστικών οργανώσεων προέρχεται, σύμφωνα με το άρθρο 5, από τις συνδρομές και τις εθελοντικές εισφορές των μελών, από τα εισοδήματα αξιοποίησης της περιουσίας της οργάνωσης και από τα έσοδα δωρεών, κληρονομιών, κληροδοσιών αλλά και διαφόρων εκδηλώσεων και εορτών.

Μέσο για τη διαφύλαξη και προαγωγή των συμφερόντων των εργαζομένων και τρόπος εκδήλωσης αλληλεγγύης γι αυτούς τους σκοπούς είναι η απεργία, σύμφωνα

³⁸ (κεφ. Α' αρθρ. 1) «Με την επιφύλαξη της ισχύος των Διεθνών Συμβάσεων Εργασίας που έχουν κυρωθεί, ο νόμος αυτός κατοχυρώνει τα συνδικαλιστικά δικαιώματα των εργαζομένων και ρυθμίζει την ίδρυση, οργάνωση, λειτουργία και δράση των συνδικαλιστικών οργανώσεών τους».

με το άρθρο 19 και για την άσκηση του συγκεκριμένου δικαιώματος απαιτείται προειδοποίηση του εργοδότη ή της συνδικαλιστικής του οργάνωσης τουλάχιστον 24 ώρες πριν την πραγματοποίησή της.

Τα όργανα του κράτους έχουν την υποχρέωση να εφαρμόζουν τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση της ανεμπόδιστης άσκησης του δικαιώματος για την ίδρυση και αυτόνομη λειτουργία των συνδικαλιστικών οργανώσεων. Είναι συνεπώς προφανές ότι η ανάπτυξη δραστηριοτήτων κοινωνικής ευθύνης στο εσωτερικό των επιχειρήσεων, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν είναι αποτέλεσμα του διαλόγου με την εκάστοτε συνδικαλιστική οργάνωση, καθώς νομιμοποιούνται με αυτό τον τρόπο οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιούνται. Επομένως, τα εργατικά συνδικάτα είναι ένα μέσο μείωσης του ανταγωνισμού μεταξύ των εργαζομένων και για αυτό, οι εργοδότες έχουν αντισταθεί σκληρά στο σχηματισμό τους.

3.2 Συνδικαλιστική γραφειοκρατία

Στην Ελλάδα το συνδικαλιστικό κίνημα της εργατικής τάξης ακολούθησε την καθυστερημένη και δύσκολη πορεία ανάπτυξης του καπιταλισμού (Χαρίσης, 1997)³⁹. Αν και οργανώθηκε μέσα σε δύσκολες συνθήκες (εμφύλιος, μετεμφυλιακό αυταρχικό καθεστώς, χούντα), μετά το 1974 απέκτησε έναν συγκρουσιακό χαρακτήρα σε σχέση με τα αιτήματα και τις μορφές πάλης που χρησιμοποίησε.

Στη δεκαετία του 80' άρχισε να σχηματίζεται μια εργατική συνδικαλιστική γραφειοκρατία⁴⁰ που αποκτά στενές σχέσεις με το μονοπωλιακό κεφάλαιο και τον κρατικό μηχανισμό. Το συνδικαλιστικό κίνημα επηρεασμένο από τις εξελίξεις στον παγκόσμιο συσχετισμό δυνάμεων, έχει πλέον κύριο στόχο την ένωση κράτους, εργοδοτικών οργανώσεων και συνδικάτων ώστε να αποφευχθούν οι συγκρούσεις και

³⁹ Το αρχαιότερο ίσως εργατικό σωματείο στον ελληνικό χώρο ήταν ο «Αδελφικός σύνδεσμος ξυλουργών του Ναυπηγείου Σύρου» που ιδρύθηκε το 1879.

⁴⁰ Η έννοια της γραφειοκρατίας διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Max Weber και αναφέρεται στη μορφή οργάνωσης «που χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό, ιεραρχία, εξουσία, πειθαρχία, κανόνες, καριέρα, καταμερισμό εργασίας, θητεία». Προϋποθέτει τις έννοιες της ειδίκευσης και της εμπειρίας. Τα όρια της εξουσίας προσδιορίζονται για κάθε μέλος απρόσωπα και τα μέλη διορίζονται ή εκλέγονται. Κάθε γραφειοκρατική θέση διαθέτει συγκεκριμένη εξουσία. Οι κανόνες, τα κίνητρα για υποταγή στους κανόνες, η ύπαρξη χρονικά καθορισμένης θητείας και ο έλεγχος του εσωτερικού περιβάλλοντος της οργάνωσης συμβάλλουν στη σταθερότητα και στην προβλεψιμότητα και συνεπώς στη δημιουργία και λειτουργία μιας ελεγχόμενης εσωτερικά οργάνωσης που λειτουργεί αποτελεσματικά στο πλαίσιο ενός ευρύτερου σταθερού περιβάλλοντος (στο Τσακίρης Α., *Ο συνδικαλισμός των εργαζομένων στις τράπεζες στην Ελλάδα (1974-1993)*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Δημόσιας Διοίκησης Αθήνα, 2006). Η χαρακτηριστικότερη ανάλυση της συνδικαλιστικής γραφειοκρατίας είναι αυτή των S. & B. Webb, που παρά την αποδοχή της θεωρίας περί της απόκλισης των σκοπών, αναγνωρίζουν ότι τα συνδικάτα και οι αξιωματούχοι τους είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν τα συμφέροντα και να καλύψουν τις ανάγκες των μελών των οργανώσεών τους. Αυτή η άποψη τους στηρίζεται σε δύο παραδοχές: α) υπάρχουν αντιτιθέμενα συμφέροντα μεταξύ εργοδοτών και εργατών και άρα, οι δεύτεροι χρειάζονται την ανεξάρτητη οργάνωσή τους σε συνδικάτα και, β) η συλλογική οργάνωση των εργαζομένων αντισταθμίζει την αδυναμία του μεμονωμένου εργαζόμενου απέναντι στον εργοδότη. Υποστηρίζουν, επίσης, πως η συλλογική διαπραγματεύση αποτελεί βασική δραστηριότητα των συνδικάτων και κύρια μέθοδο προώθησης των συμφερόντων των εργαζομένων, χωρίς να παραγνωρίζεται η ενδεχόμενη σύγκρουση συμφερόντων ηγεσίας – μελών κατά τις συλλογικές διαπραγματεύσεις ή και μετά τη συμφωνία των διαπραγματευτών των δύο πλευρών για σύναψη συλλογικής σύμβασης (στο Τσακίρης, 2006).

να επιτευχθεί ταξική ειρήνη και συνεργασία, στο όνομα του «κοινού συμφέροντος» για οικονομική ανάπτυξη και ανταγωνιστικότητα (Χαρίσης, 1997).

Η προσπάθεια πρόσδεσης των συνδικάτων στον κρατικό μηχανισμό και στο κεφάλαιο εντείνονται. Τα συνδικάτα οργανώνονται με ένα μη-δημοκρατικό τρόπο λειτουργίας και τη συνακόλουθη υποταγή των κατώτερων μελών στις αποφάσεις της ηγεσίας. Οι επιλογές που προωθούν τα μονοπώλια και τα καπιταλιστικά κράτη όσον αφορά το συνδικαλιστικό κίνημα συμπτυκνώνονται στην αντίληψη του «κοινωνικού κορπορατισμού⁴¹».

Η κρατική επιδότηση των συνδικαλιστικών οργανώσεων (κονδύλια της Εργατικής Εστίας) ενισχύει τη γραφειοκρατικοποίηση της λειτουργίας του συνδικαλιστικού κινήματος. Προκειμένου οι συνδικαλιστικές οργανώσεις να γίνουν αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο και το πολιτικό κατεστημένο καταστέλλουν τις κινητοποιήσεις της βάσης και περιορίζουν τα αιτήματά της. Η τακτική αυτή είχε ως επακόλουθο, να πάψει η ηγεσία των συνδικαλιστικών οργανώσεων να εκφράζει πιστά τα συμφέροντα της βάσης, ενώ οι υλικοί όροι ζωής της πρώτης να διαφέρουν απ' αυτούς της μάζας των εργαζομένων. Κύριος στόχος τους παύει να είναι η εξάλειψη της καπιταλιστικής εκμετάλλευσης της εργασίας αλλά η διαπραγμάτευση των όρων της προκειμένου να εξασφαλίσουν τη διαίωνιση της συνδικαλιστικής οργάνωσης (Σεραφετινίδου, 2002).

Η γραφειοκρατία, σε συνδυασμό με την επιρροή του νεοφιλελευθερισμού και τη χειραγώγηση από το δικομματισμό οδήγησαν σε απορύθμιση της εργασίας, υψηλή ανεργία, αποβιομηχάνιση, κατάρρευση παραδοσιακών κλάδων και σε μεγάλο κύμα ιδιωτικοποιήσεων που έφεραν ανασφάλεια και υπονόμισαν την ταξικότητα του συνδικαλιστικού κινήματος. Παράλληλα, υπήρξε αποδυνάμωση του δημόσιου τομέα χωρίς την υποκατάστασή του από την αντίστοιχη συνδικαλιστική ανάταση του ιδιωτικού τομέα και οργανωτική πολυδιάσπαση του συνδικαλιστικού κινήματος⁴² (Καλύβης, XX).

⁴¹ Κορπορατισμός: «το σύστημα εκπροσώπησης συμφερόντων συγκροτημένο από περιορισμένο αριθμό μοναδικών υποχρεωτικών, μη ανταγωνιστικών, λειτουργικά οριοθετημένων και ιεραρχημένων οργανώσεων, που έχουν κρατική αναγνώριση ή άδεια και στις οποίες απονέμεται σκόπιμο μονοπώλιο εκπροσώπησης των αντίστοιχων κατηγοριών, με αντάλλαγμα ορισμένους περιορισμούς στην επιλογή ηγεσίας και στην άρθρωση αιτημάτων» (αναφορά στο, Χαρίσης Α., «Τα εργατικά συνδικάτα στο ελληνικό πολιτικό σύστημα. Τα συνδικάτα ως μορφή επαγγελματικής οργάνωσης και οικονομικής πάλης της εργατικής τάξης», στο *Πλευρές του Νομικοπολιτικού Εποικοδομήματος στην Ελλάδα*, Κέντρο Μαρξιστικών ερευνών, Τμήμα Φιλοσοφίας και Δικαίου, Σύγχρονη εποχή, Αθήνα, 1997).

⁴² Πουθενά αλλού δε βρίσκει κανείς τον τεράστιο αριθμό σωματείων που υπάρχει στη χώρα μας και στο πρωτοβάθμιο και στο δευτεροβάθμιο επίπεδο.

3.3 Προβλήματα ενότητας και χαμηλής συνδικαλιστικής πυκνότητας.

Η εργατική τάξη είναι μεν ένα ενιαίο σύνολο, οι μεγάλες αντιθέσεις όμως δεν της επιτρέπουν να λειτουργεί πάντα έτσι. Η ύπαρξη εργαζομένων και ανέργων, ιδιωτικού τομέα και δημόσιου τομέα, ασφαλούς και επισφαλούς εργασίας, νέων και παλιών εργαζομένων, οι διαφορές των εισοδημάτων, οι έλληνες και μετανάστες εργαζόμενοι, είναι οι αντιθέσεις που αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα στο εσωτερικό των ομάδων και παραπλανούν από τη βασική αντίθεση, αυτή των εργοδοτών και εργαζομένων (Καλύβης, XX).

Η ανασφάλεια, η αναποτελεσματικότητα, η χειραγώγηση από κυβερνήσεις και εργοδότες, οι αδιέξοδες κομματικές πολώσεις και τα προβλήματα ενότητας των συνδικάτων οδηγούν στην απομάκρυνση των εργαζομένων από αυτά, φαινόμενο που δεν είναι μόνο ελληνικό. Υπάρχουν έντονα προβλήματα ως προς την οργάνωση, το ύφος και τον προσανατολισμό των συνδικάτων, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι και ιδιαίτερα οι νέοι να μην τα εμπιστεύονται διότι τα θεωρούν γραφειοκρατικά και μη αξιόπιστα (Καλύβης, XX)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΟΙ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

Όπως είδαμε στα προηγούμενα κεφάλαια –κυρίως στο δεύτερο όπου γίνεται παρουσίαση των φορέων εφαρμογής της υγείας- η πρόνοια παρέχεται με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Η πιο συνηθισμένη διάκριση είναι αυτή μεταξύ κρατικής πρόνοιας ή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, εθελοντικών οργανώσεων και άτυπης φροντίδας. Ταυτόχρονα, η σύγχρονη αντίληψη για τους κοινωνικούς εταίρους (κράτος, εργοδότες, συνδικάτα) που απαιτεί διεύρυνσή τους στον εθελοντικό και ιδιωτικό χώρο, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια του κράτους να ικανοποιήσει ετερόκλητες ανάγκες, οδήγησε αναπόφευκτα στην ανάπτυξη και επικέντρωση σε συλλογικές μορφές δράσης και οργάνωσης, που προϋποθέτουν σχέσεις αλληλεγγύης, κουλτούρας και εναλλακτικών τρόπων ζωής και παρέμβασης (Στασινοπούλου Ο., 1992).

Για τους λόγους αυτούς, το τέταρτο κεφάλαιο θα ασχοληθεί με την έννοια και τον τρόπο λειτουργίας των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε ελληνικό. Θα γίνει αναφορά στην Ομοσπονδία των ΜΚΟ Ελλάδος, στα συμφέροντα και στα ενδιαφέροντά τους, όπως και στο τι είναι αυτό που δυσχεραίνει και περιορίζει τη δράση τους σε Ελλάδα και εξωτερικό.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες χαρακτηρίζονταν πάντα από συλλογική δράση ενώ, αρκετές από τις πρώτες προνοιακές υπηρεσίες ήταν εθελοντικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα (σχολεία, ορφανοτροφεία, άσυλα κ.α.), σε αντίθεση με τον περιορισμένο ρόλο των κερδοσκοπικών εμπορικών εταιρειών. Επιπλέον, υπάρχουν χώρες όπου η παροχή πρόνοιας αποτελεί αποκλειστική αρμοδιότητα τέτοιων συλλογικών οργανώσεων και οι διαφορές μεταξύ αυτών των θεσμών και των επίσημων κρατικών μηχανισμών συνήθως είναι δυσδιάκριτες (Spicker P., 2004).

4.1 Η έννοια των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) αποτελούν μια αντίστοιχη μορφή συλλογικής οργάνωσης. Εντούτοις, δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός εξαιτίας της ανομοιογένειας των ΜΚΟ και της ευρείας χρήσης του συγκεκριμένου όρου. Πρόκειται για νεολογισμό με τον οποίο αποδίδεται στα ελληνικά ο όρος Non-Governmental Organisations (NGOs) που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στο άρθρο 71 του Καταστατικού Χάρτη του [ΟΗΕ](#) (1945).

Πρόσφατα έκανε την εμφάνισή του ο συγκεκριμένος όρος στην ελληνική νομοθεσία, στον Ν. 2731/1999 για την αναπτυξιακή βοήθεια (άρθρα 10 -17) και στον Ν. 2646/1998 για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (άρθρο 12) (<http://www.el.wikipedia.org/wiki>). Ο όρος «μη κυβερνητική οργάνωση» εντάχθηκε εξαρχής σε διεθνές πλαίσιο και χαρακτηρίζει κάθε κοινωφελή μη κρατική οργάνωση, ιδιωτικής πρωτοβουλίας, που επιτελούσε μια δημόσια λειτουργία χωρίς οικονομικά οφέλη ή εγκληματική δραστηριότητα (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Οι μη κερδοσκοπικές εθελοντικές ομάδες πολιτών οργανώνονται σε τοπικό, εθνικό ή διεθνές επίπεδο, δίχως να αποτελούν διεθνή οργανισμό και ασχολούνται με διάφορες υπηρεσίες και ανθρωπιστικές παρεμβάσεις. Μεταφέρουν προβληματισμούς των πολιτών στις κυβερνήσεις, παρακολουθούν πολιτικές και προωθούν τη συμμετοχή των πολιτών στα κοινωνικά, περιβαλλοντικά κ.α. θέματα ανάλογα με το σκοπό ίδρυσής τους. Μια ΜΚΟ εργάζεται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής φτωχών, προσφύγων, μεταναστών, περιθωριοποιημένων και καταπιεσμένων ανθρώπων, παρέχοντας ανθρωπιστικές ή αναπτυξιακές υπηρεσίες είτε στα μέλη της είτε σε μια συγκεκριμένη κοινότητα, περιοχή, χώρα ή κατάσταση. Τα τελευταία χρόνια οι συγκεκριμένες οργανώσεις αφορούν μια πλειάδα φορέων, όπως ενώσεις εθελοντών, φιλανθρωπικά σωματεία, αναπτυξιακούς οργανισμούς, κινήματα κ.α. (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Συνεπώς, οι στόχοι των ΜΚΟ είναι κυρίως ανθρωπιστικοί και αφορούν την προστασία του περιβάλλοντος ή κοινωνικά προβλήματα όπως φτώχεια, ρατσισμός, προάσπιση της ειρήνης, προστασία των ανθρώπινων και πολιτικών δικαιωμάτων, υγεία- πρόνοια, αποπλισμός και παγκόσμια ασφάλεια,. Η Παγκόσμια Τράπεζα⁴³ τις διαφοροποιεί βάσει της δραστηριότητάς τους: α) *εκπροσώπηση* (εκφράζουν τις ανησυχίες των πολιτών), β) *υπεράσπιση* (ασκούν πίεση για συγκεκριμένα ζητήματα), γ) *στήριξη* (στηρίζουν το έργο άλλων μη κυβερνητικών οργανώσεων σε πολιτικό και οικονομικό επίπεδο), δ) *παροχή υπηρεσιών* (υλοποιούν αναπτυξιακά - ανθρωπιστικά προγράμματα) (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Κάποιοι άλλοι αναλυτές διαχωρίζουν τις ΜΚΟ σε *λειτουργικές /επιχειρησιακές και υπερασπιστικές /ακτιβιστικές*. Βασική δραστηριότητα των πρώτων είναι η παροχή ανθρωπιστικών και αναπτυξιακών υπηρεσιών ενώ τους δίνεται η δυνατότητα να επηρεάζουν τα κράτη και τους διακυβερνητικούς οργανισμούς καθώς σε αυτές

⁴³ Ορίζει τις μη κυβερνητικές οργανώσεις ως «ιδιωτικές οργανώσεις» που αναλαμβάνουν δράση για να προσφέρουν ανακούφιση, να προωθήσουν τα συμφέροντα των φτωχών, να προστατέψουν το περιβάλλον, να παράσχουν βασικές κοινωνικές υπηρεσίες και να συμβάλουν στην ανάπτυξη των κοινοτήτων τις οποίες υπηρετούν.

στηρίζονται, κατά κύριο λόγο, οι κυβερνητικοί οργανισμοί. Πρωταρχικός στόχος της δεύτερης κατηγορίας μη κυβερνητικών οργανώσεων, είναι να επηρεάζουν την κοινή γνώμη, τους πολιτικούς και τα κέντρα λήψης αποφάσεων, να συγκεντρώνουν στοιχεία για προβλήματα ή απειλές, να διευκολύνουν τις χώρες που δε διαθέτουν την απαραίτητη τεχνογνωσία ώστε να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους και να διασφαλίζουν ότι τα προβλήματα των πολιτών λαμβάνονται υπόψη από τους έχοντες την εξουσία σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο. Οι δυο αυτές κατηγορίες είναι αλληλοσυμπληρούμενες, καθώς οι περισσότερες ΜΚΟ δραστηριοποιούνται τόσο στο επιχειρησιακό πεδίο όσο και στην προώθηση ιδεών (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Ένας διαφορετικός τρόπος κατηγοριοποίησης των ΜΚΟ αφορά στο γεωγραφικό εύρος δράσης τους και τις διακρίνει σε εθνικές και διεθνείς. Αν και τα μέλη των εθνικών μη κυβερνητικών οργανώσεων προέρχονται από μια συγκεκριμένη χώρα, ο προσανατολισμός της δράσης τους μπορεί να είναι διεθνής. Στις διεθνείς ΜΚΟ τα μέλη προέρχονται από περισσότερες χώρες και κύριο στόχο έχουν την ενεργοποίηση, κωδικοποίηση, τροποποίηση και διάδοση παγκόσμιων δομών και αρχών (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Παρόλα αυτά, οι δραστηριότητες των μη κυβερνητικών οργανώσεων εκτείνονται πέρα από τα πεδία στα οποία αναφέρονται οι παραπάνω κατηγοριοποιήσεις. Μέχρι και πριν από είκοσι περίπου χρόνια η πλειοψηφία των εθνικών ΜΚΟ δεν είχε σχέση με διεθνείς δράσεις. Οι παγκόσμιες οργανώσεις ονομάζονταν «διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις». Ωστόσο, από τα μέσα της δεκαετίας 80' και τις αρχές του 90' με την κατακόρυφη αύξηση των εθνικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνταν σε παγκόσμιο επίπεδο, ο όρος «μη κυβερνητική οργάνωση» καλύπτει τόσο τις εθνικές όσο και τις διεθνείς οργανώσεις (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Παρά το γεγονός ότι η συγκρότηση των ΜΚΟ είχε ξεκινήσει από τα μέσα του 18^{ου} αιώνα (οργανώσεις κατά του θεσμού της δουλείας), η αύξησή τους σε παγκόσμιο επίπεδο αρχίζει μετά την κατάρρευση του Σοβιετικού Μπλοκ και την εξάλειψη της διαφοράς μεταξύ υπαρκτού σοσιαλισμού και καπιταλισμού (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Βάσει των από «κάτω προς τα πάνω» ερμηνειών, η εμφάνιση και η άνοδος των ΜΚΟ είναι αποτέλεσμα αλλαγών σε πολιτικές και κοινωνικές αξίες, της δημοκρατίας, της οικονομικής ανάπτυξης, του παγκόσμιου εμπορίου, της ανόδου του μορφωτικού επιπέδου, της ανάπτυξης της τεχνολογίας και της αλληλεξάρτησης της παγκόσμιας οικονομίας. Ενώ, τα τελευταία χρόνια κάνουν την εμφάνισή τους και οι

«από πάνω προς τα κάτω» ερμηνείες, σύμφωνα με τις οποίες οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί στην πολιτική και τις θεσμικές δομές των κρατών δίνουν περισσότερες ευκαιρίες για πολιτική συμμετοχή και τη δημιουργία νέων, μη κυβερνητικών φορέων (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Από τις πρώτες ΜΚΟ υπήρξε ο [Διεθνής Ερυθρός Σταυρός](#)⁴⁴, ένα ανθρωπιστικό κίνημα που αποτελείται από ένα μεγάλο αριθμό οργανώσεων με κοινούς σκοπούς. Σήμερα, ο Ερυθρός Σταυρός, εκτός από την περίθαλψη των τραυματιών και την προστασία των αιχμαλώτων πολέμου, ασχολείται με τους πρόσφυγες και παρεμβαίνει σ' όλο τον κόσμο σε περιπτώσεις καταστροφών (<http://www.el.wikipedia.org/wiki>).

Οι διαρκώς αναπτυσσόμενες ΜΚΟ και τα κοινωνικά κινήματα με σκοπό μια πιο ανθρώπινη παγκοσμιοποίηση, αρχίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο και να απαιτούν σταδιακά ενεργό συμμετοχή σε διακυβερνητικούς οργανισμούς για την προώθηση των στόχων τους, με άμεση συνέπεια οι τελευταίοι να χάσουν το μονοπώλιο της πολιτικής διαμόρφωσης. Οργανώσεις όπως: η OXFAM, η GREENPEACE, η ACTIONAID, η Διεθνής Αμνηστία, δίνουν κοινωνικές και πολιτικές μάχες ώστε να αποτελέσουν ρυθμιστικούς και πολιτικούς παράγοντες για την παγκόσμια ασφάλεια, την εξάλειψη της βίας, τη μεγιστοποίηση της οικονομικής ευημερίας, την απόδοση κοινωνικής και πολιτικής δικαιοσύνης και την προστασία του περιβάλλοντος. (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

4.2 Πώς λειτουργούν οι ΜΚΟ σε παγκόσμιο επίπεδο

Οι ΜΚΟ συμμετέχουν ενεργά στη διεθνή σκηνή από το 1775 που αγωνίζονταν για την κατάργηση του δουλεμπορίου. Η δουλεία εντούτοις, δεν αποτέλεσε το μόνο ζήτημα που απασχόλησε τις πρώτες διεθνικές μη κυβερνητικές οργανώσεις αλλά και θέματα όπως το δικαίωμα ψήφου για τις γυναίκες, το παγκόσμιο εμπόριο, η ειρήνη και ο αφοπλισμός, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και στις αρχές του 20^{ου} σε Ευρώπη και Αμερική (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Οι διεθνείς ΜΚΟ αυξήθηκαν από 135 (1910) σε 427 (1940), αξιοσημείωτο γεγονός, δεδομένου ότι τις συγκεκριμένες δεκαετίες υπήρχε έντονος εθνικισμός και ολοκληρωτισμός. Αυτή η αύξησή τους οφείλεται εν μέρει, και στο ότι η δράση τους

⁴⁴ Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου, που ονομάζεται χάριν συντομίας Ερυθρός Σταυρός. Η παλαιότερη οργάνωση του κινήματος είναι η Διεθνής Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού, η οποία ιδρύθηκε το 1863 ως ιδιωτική ανθρωπιστική οργάνωση από πέντε επιφανείς πολίτες της Γενεύης. Η αρχική της ονομασία ήταν "Διεθνής Επιτροπή για την ανακούφιση των τραυματιών" και έλαβε το σημερινό της όνομα το 1876. Υιοθέτησε το σήμα του κόκκινου [σταυρού](#) σε λευκό φόντο, προς τιμήν της [Ελβετίας](#), που είναι εύκολα αναγνωρίσιμο και ισχύει σ' ολόκληρο τον κόσμο.

ήταν απαραίτητη για τη διάσωση και ανακούφιση των θυμάτων πολέμου και της κρατικής καταστολής. Την ίδια περίοδο, οι ΜΚΟ έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ίδρυση διεθνών θεσμών που σε συνδυασμό με την πρόοδο στις μεταφορές και τις επικοινωνίες στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, είχε ως αποτέλεσμα να γίνουν προσπάθειες για την παγκόσμια συνεργασία τους. Συνεπώς, ο στόχος τους να αναδειχθούν σε σημαντικό δρώντα της παγκόσμιας πολιτικής, δεν είναι νέος. Σήμερα ωστόσο, εντοπίζεται μια σημαντική διαφορά: ο αριθμός των μη κυβερνητικών οργανώσεων που αποτελούν μέρος του παγκόσμιου συστήματος και το φάσμα των δραστηριοτήτων τους είναι πολύ μεγαλύτερα από ποτέ (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Ο αριθμός των ΜΚΟ με διεθνή δραστηριότητα αυξήθηκε από περίπου 13.000 (1981) σε 59.003 (2003), οι περιβαλλοντικές διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις αυξήθηκαν από 979 (1990) σε 1170 (2000) και οι υπερασπιστικές /ακτιβιστικές διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις αυξήθηκαν από 2712 σε 3864. Σημαντικός είναι τέλος και ο ρυθμός ανάπτυξης των εθνικών ΜΚΟ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ρωσία η οποία δεν είχε καμία μη κυβερνητική οργάνωση πριν από την πτώση του κομμουνισμού και ως το 2000 είχαν ιδρυθεί 65.000 (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Το εύρος των δραστηριοτήτων και η επιρροή των ΜΚΟ στην παγκόσμια διακυβέρνηση καθιστούν δύσκολη τη συνολική καταγραφή των δράσεων και των επιδιώξεών τους. Συνοπτικά τα βασικά είδη δράσης τους περιλαμβάνουν εντοπισμό των παγκόσμιων προβλημάτων, διάδοση παγκόσμιων αξιών και κανόνων, άσκηση πίεσης σε δρώντες της παγκόσμιας πολιτικής με επιρροή στη διαμόρφωση της ατζέντας, άμεση και έγκυρη διάχυση πολιτικά αξιοποιήσιμης πληροφόρησης καθώς και έλεγχος της τήρησης των δεσμεύσεων που αναλαμβάνουν οι ισχυροί της παγκόσμιας πολιτικής (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Η επιρροή των ΜΚΟ δεν είναι εξίσου ίδια στο σύνολο των παγκόσμιων ζητημάτων. Σημαντικότερες είναι εκείνες που δραστηριοποιούνται στους τομείς της περιβαλλοντικής και της αναπτυξιακής πολιτικής, των ανθρωπίνων και των κοινωνικών δικαιωμάτων, αντίθετα με την πολιτική αφοπλισμού και ασφάλειας. Η συμμετοχή τους εξαρτάται δηλαδή σε μεγάλο βαθμό από τα συμφέροντα των κυβερνήσεων, των διακυβερνητικών οργανισμών και των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Αξιοσημείωτη είναι η παρουσία των ΜΚΟ σε όργανα και θεσμούς όπως το Περιβαλλοντικό Πρόγραμμα, το Διεθνές Ταμείο για τη Γεωργική Ανάπτυξη, το Γραφείο Συντονισμού Ανθρωπιστικών Υποθέσεων και η Επιτροπή για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, οργανισμοί που χρηματοδοτούν πολλά σχέδια δράσης τους. Τα τελευταία χρόνια έχουν αποκτήσει πρόσβαση στο Συμβούλιο Ασφαλείας, ενώ συνεργάζονται με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Παγκόσμια Τράπεζα και τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Σημαντική είναι η δράση των ΜΚΟ σε θέματα μετανάστευσης και ασύλου, ενώ η δράση τους στο Διαδίκτυο έχει ανατρέψει αποφάσεις μεγάλων επιχειρήσεων καθώς αποφεύγουν την αρνητική δημοσιότητα (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Ουσιαστικά οι ΜΚΟ εργάζονται για μια πιο ανθρώπινη διακυβέρνηση, η οποία έχει άξονα τον άνθρωπο και όχι τα συμφέροντα των κρατών και της αγοράς. Αν και δε διαθέτουν τους οικονομικούς και πολιτικούς πόρους των κρατών, η οικουμενικότητά τους και η μεταξύ τους συνεργασία εμποδίζει τις κυβερνήσεις να αγνοούν τις παγκόσμιες ανάγκες. Επίσης το γεγονός ότι οι ΜΚΟ δεν προσπαθούν να αντικαταστήσουν τα κράτη και η δύναμή τους δεν είναι απόρροια βίας ή εξαναγκασμού, αλλά ευρείας επιρροής και συμμετοχής τους στην παγκόσμια διακυβέρνηση, καθιστούν την τελευταία παγκόσμια και όχι απλώς διεθνή (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

4.3 Πώς λειτουργούν οι ΜΚΟ στην Ελλάδα

Μέχρι το 1999⁴⁵ η Ελλάδα ήταν το μοναδικό κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης χωρίς θεσμικό πλαίσιο για τη δράση ανθρωπιστικών και αναπτυξιακών μη κυβερνητικών οργανώσεων. Εντούτοις, στα τέλη του 2005 ήταν εγγεγραμμένες 371 ΜΚΟ⁴⁶, με τις οποίες η Ελλάδα δραστηριοποιείται ως αρωγός στην εξομάλυνση των παγκόσμιων προβλημάτων (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007). Η μεγαλύτερη ίσως ελληνική ΜΚΟ είναι η [Αλληλεγγύη της Εκκλησίας της Ελλάδος](#).

Μια οργάνωση μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα μπορεί να χαρακτηριστεί ως εθελοντική, όταν έχει κύριο στόχο την κινητοποίηση εθελοντών και την ανάπτυξη από αυτούς εθελοντικής δράσης σε έναν συγκεκριμένο κοινωνικό τομέα. Ξεκινώντας από αυτή τη βάση, στην Ελλάδα γίνεται περαιτέρω κατηγοριοποίηση των ΜΚΟ,

⁴⁵ Ένταξη της Ελλάδας στην Επιτροπή Αναπτυξιακής Βοήθειας (DAC)

⁴⁶ Στο ειδικό μητρώο της ΥΔΑΣ: υπηρεσία διεθνούς αναπτυξιακής συνεργασίας

χρησιμοποιώντας κριτήρια όπως η νομική τους μορφή, βάσει καταστατικού. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η πιο γνωστή μορφή ενεργοποίησης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας, τα φιλανθρωπικά σωματεία, καθώς επίσης τα κοινωφελή ιδρύματα και οι αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρίες, οι οποίες και αποτελούν την πιο συνηθισμένη μορφή εθελοντικών οργανώσεων στην Ελλάδα (Πιτσούλης Ν., XX).

Ανάλογα με την πηγή προέλευσης των εσόδων των ΜΚΟ διακρίνονται δύο περιπτώσεις, αυτές που έχουν έναν μόνο δωρητή, στον οποίο αναφέρονται και έχουν περιορισμένη ευελιξία στις δράσεις τους και αυτές που έχουν πολλούς δωρητές, οι οποίοι τους διασφαλίζουν αυτόνομη λειτουργία και μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων. Σύμφωνα με το γεωγραφικό χώρο δράσης τους, οι ΜΚΟ κατηγοριοποιούνται σε αυτές που δρουν στο εσωτερικό της χώρας και σε αυτές που δραστηριοποιούνται στο εξωτερικό. Η ποικιλομορφία αυτή αντικατοπτρίζει τη δυναμική του χώρου και η κατηγοριοποίηση κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική συνεργασία και οριοθέτηση των όποιων αιτημάτων (Πιτσούλης Ν., XX).

Όσον αφορά στο προσωπικό που εργάζεται στις ΜΚΟ διακρίνεται σε εθελοντές και σε επαγγελματίες εθελοντές. Οι πρώτοι προσφέρουν από γνήσια διάθεση και αφιερώνουν την ενέργεια και τον ελεύθερο χρόνο τους στην ανιδιοτελή εξυπηρέτηση των συνανθρώπων τους, σε βάρος των επαγγελματικών τους συμφερόντων και των ατομικών τους ενδιαφερόντων. Οι τελευταίοι αποτελούν συνήθως τον «πυρήνα» μιας ΜΚΟ γύρω από τον οποίο διαρθρώνονται οι εθελοντές με κίνητρο την προσφορά και όχι το κέρδος και τον ανταγωνισμό. Λαμβάνουν μισθό ανάλογο με την ποσότητα, την ποιότητα, την εξειδίκευση, τον εργασιακό φόρτο, την ευθύνη, το βαθμό κινδύνου, τον τόπο και τις συνθήκες εργασίας. Ενώ, οι εθελοντές αποζημιώνονται για την προσφορά τους με ένα ποσό που τους επιτρέπει να καλύψουν ανάγκες ή ελλείμματα, έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν δωρεάν το έργο τους. Συνέπεια αυτής της πρακτικής είναι να χαρακτηρίζεται η δραστηριοποίηση των ΜΚΟ από χαμηλό κόστος παρεχόμενων υπηρεσιών, υψηλή αποτελεσματικότητα, καινοτομία και τόλμη, που δε βρίσκει κανείς σε συμβατικούς χώρους (Πιτσούλης Ν., XX).

4.4 Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων Ελλάδος

Το 1996 ιδρύθηκε η Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων Ελλάδος προκειμένου να καλύψει την ανάγκη για συντονισμένη δράση των ΜΚΟ και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση κοινών στόχων και σκοπών, όπως η προώθηση του έργου και των δράσεων των επιμέρους εθελοντικών οργανώσεων. Πρόκειται για το δευτεροβάθμιο συντονιστικό όργανο των εθελοντικών ΜΚΟ μέλη του οποίου είναι διάφοροι φορείς που ενεργοποιούνται σε πεδία, όπως: ανθρώπινα δικαιώματα, πολιτική προστασία, ανάπτυξη- ανθρωπιστική βοήθεια στο εξωτερικό, κοινωνική αλληλεγγύη (πρόσφυγες-μετανάστες- φτωχοί), περιβάλλον, πολιτισμός-αθλητισμός, νέοι-παιδιά, υγεία –πρόνοια, ΑμΕΑ, ενώ θα ήταν παράληψη να μη γίνει αναφορά και στο μεγάλο αριθμό φίλων εθελοντών που υποστηρίζουν ανιδιοτελώς το έργο της⁴⁷.

Πρωταρχικοί στόχοι της Ο.Ε.Μ.Κ.Ο.Ε. είναι η προώθηση και διάδοση της ιδέας του εθελοντισμού σε Ελλάδα και εξωτερικό, η με κάθε τρόπο προστασία της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας, η ηθική και υλική υποστήριξη των λιγότερο προνομιούχων μελών της κοινωνίας και η γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη ενσωμάτωσή τους στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό. Παράλληλα, προτείνει τρόπους επιμόρφωσης των μελών της, διεκδικεί αιτήματά τους, καθώς και συμμετοχή τους σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα εθελοντικής δράσης. Προάγει την έρευνα και τη βιβλιογραφία σε θέματα εθελοντισμού και υλοποιεί προγράμματα ανθρωπιστικής και αναπτυξιακής συνεργασίας σε τοπικό και διεθνές επίπεδο. Επίσης φροντίζει να έχει ανοιχτή επικοινωνία με φορείς από το χώρο του εθελοντισμού, κρατικούς λειτουργούς, οργανισμούς, ΜΜΕ, ώστε να διαμορφωθεί μια μόνιμη πλατφόρμα επαφής με την Κοινωνία των Πολιτών⁴⁸.

⁴⁷ Για περισσότερες πληροφορίες δεξ www.oke.gr/greek/oke25.htm.

⁴⁸ Για περισσότερες πληροφορίες δεξ www.oke.gr/greek/oke25.htm.

4.5 Τα συμφέροντα και τα ενδιαφέροντα των ΜΚΟ – Τι δυσχεραίνει τη δράση τους.

4.5.1 Σε παγκόσμιο επίπεδο

Σημαντικές αδυναμίες διαπιστώνονται σχετικά με τη δημοκρατικότητα, τη διαφάνεια και την αντιπροσωπευτικότητα των ΜΚΟ. Η εξάρτησή τους όλο και περισσότερο από τη χρηματοδότηση και τα προγράμματα των κυβερνήσεων και των διακυβερνητικών οργανισμών, η χρήση στρατηγικών και μοντέλων ανάπτυξης από τον επιχειρηματικό τομέα, θέτουν υπό αμφισβήτηση την ηθική αξιοπιστία τους, την αυτονομία και τον προσανατολισμό τους (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Η αδυναμία επόπτευσης των δράσεών τους⁴⁹, η έλλειψη δημοκρατικότητας στην ανάθεση αρμοδιοτήτων, η αδυναμία καθιέρωσης ελέγχου, η απομόνωση των ηγετικών στελεχών από τα μέλη, τη δράση και από τους πολίτες, καθώς και η αναπαραγωγή των ανισοτήτων και των ιεραρχιών της παγκόσμιας πολιτικής, αποτελούν κάποια από τα σημεία για τα οποία κατηγορούνται οι ΜΚΟ από τον Τύπο και όχι μόνο. Επίσης, σημείο αιχμής αποτελεί και το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος της δράσης τους εντοπίζεται σε πρωτεύουσες και μεγάλες πόλεις, με την ανδρική αντιπροσώπευση να είναι σαφώς μεγαλύτερη από τη γυναικεία που περιορίζεται στη διοικητική υποστήριξη και την πλειοψηφία των μελών τους να είναι μεταξύ 40-60 ετών (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Αν και όσον αφορά στις κερδοσκοπικές πολιτικές των πολυεθνικών εταιριών, οι ΜΚΟ πέτυχαν πολλές φορές να βάλουν φραγμό, ο ανταγωνισμός μεταξύ τους για οικονομική ενίσχυση οδηγεί στη μετατροπή τους σε επιχειρήσεις που προσφέρουν πιο φτηνά διάφορες υπηρεσίες και τη λογική του εθελοντισμού σε επιχειρηματική λογική. Ίδιες πρακτικές παρατηρούνται και στις σχέσεις των ΜΚΟ με κρατικούς και διακυβερνητικούς οργανισμούς, καθώς και με τα παγκόσμια δίκτυα των ΜΜΕ. Από τη μια, προσπαθούν να περιορίσουν πολιτικές που οδηγούν σε περιβαλλοντικές καταστροφές, κοινωνική περιθωριοποίηση και σε τεράστιες ανισότητες από την άλλη όμως, μετατρέπονται σε φορείς που εξυπηρετούν συγκεκριμένα συμφέροντα και ιδεολογίες κατά την αναζήτηση κυβερνητικών κεφαλαίων και προγραμμάτων. Τέλος, η ανάγκη των ΜΚΟ για προβολή συχνά στρέφει το ενδιαφέρον τους περισσότερο σε

⁴⁹ Αδιαφανής τρόπος λειτουργίας, έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τη δράση τους. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα επιτελεία των μη κυβερνητικών οργανώσεων δεν είναι εκλεγμένα. Δε δίνουν στη δημοσιότητα τα ονόματα των μελών τους, τα οικονομικά τους στοιχεία ή αξιολογήσεις του έργου τους, ενώ όχι σπάνια βρίσκονται μπλεγμένες σε σκάνδαλα (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

θεαματικές κρίσεις στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον των ΜΜΕ και λιγότερο στις μη προβεβλημένες, αλλά το ίδιο σοβαρές (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

Ωστόσο, για τις ΜΚΟ που λειτουργούν σε παγκόσμιο και αλληλεξαρτώμενο περιβάλλον, απαιτούνται συνεργασίες και δικτύωση και σε τελική ανάλυση, η κοινή γνώμη είναι αυτή που αποφασίζει αν οι δραστηριότητες και οι πιέσεις που ασκούν είναι ωφέλιμες. Με τη μεταξύ τους διασύνδεση μοιράζονται την πληροφόρηση και την τεχνογνωσία, αποφεύγοντας την επικάλυψη των δράσεων και εξοικονομώντας πόρους. Επίσης, τα «παγκόσμια δίκτυα δημόσιας πολιτικής», που συνδυάζουν τη δράση ΜΚΟ, κυβερνητικών οργανώσεων, κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και εταιριών, παρέχουν έναν εναλλακτικό τρόπο εύρεσης λύσεων, ενώ ταυτόχρονα συνεπάγονται υποχώρηση της αυτονομίας και διαπραγμάτευση των διαφορών στις προτεραιότητες, την ανάλυση και τη στρατηγική που ακολουθούν. Η νομιμοποίηση των ΜΚΟ στηρίζεται στην οικουμενική διάσταση της δράσης τους, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν διεθνή νομική υπόσταση (Φραγκονικολόπουλος Χ., 2007).

4.5.2 Στην Ελλάδα

Η ιστορία της εθελοντικής δράσης στην Ελλάδα δεν έχει διερευνηθεί σε βάθος και δεν έχει γίνει συνολική αξιολόγηση της συνεισφοράς των ΜΚΟ στην ανάπτυξη και εξέλιξη του σύγχρονου ελληνικού κράτους. Αναμφίβολα, οι εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις κάλυψαν μεγάλα κοινωνικά ελλείμματα κατά την ανάπτυξη του κράτους και αντιμετώπισαν επαρκώς τις προνοιακές ανάγκες της εκάστοτε εποχής (Κανελλόπουλος Λ., XX).

Η αλήθεια είναι ότι πλέον το κλίμα μεταξύ εθελοντικών ΜΚΟ και κράτους έχει βελτιωθεί από τη δεκαετία του '80, που οι πρώτες έκαναν την εμφάνισή τους στην Ελλάδα με περισσότερο αυτόνομο τρόπο, επιδιώκοντας ανεξάρτητη παρέμβαση στα κοινωνικά ζητήματα και δρώντας ανταγωνιστικά προς το κράτος. Η μεγάλη τους αποτελεσματικότητα σε πολλές περιπτώσεις ισχυροποίησε την παρουσία και την αποδοχή τους από τους πολίτες, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τις αδυναμίες του κράτους (Καρλατήρα, Π., 2002).

Η ποσοτική αύξηση και ενίσχυση των ΜΚΟ που παρατηρήθηκε μετά τη μεταπολίτευση, είχε άμεση σχέση με το ρόλο του κράτους και τον τρόπο διανομής των δημόσιων οικονομικών πόρων. Ενώ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 υπάρχει και ποιοτική διαφορά στη σύνθεση και τον τρόπο λειτουργίας των μη

κερδοσκοπικών ΜΚΟ. Η μείωση της συμμετοχής των πολιτών σε κομματικές οργανώσεις και η μεγαλύτερη ικανότητα αυτο-οργάνωσης κοινωνικών συμφερόντων και ενδιαφερόντων, είχαν ως αποτέλεσμα αρκετοί εθελοντικοί φορείς να σημειώσουν αξιόλογη ανάπτυξη και δραστηριότητα στην τελευταία δεκαπενταετία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (66%) των ΜΚΟ δραστηριοποιείται στους χώρους της περιβαλλοντικής και ανθρωπιστικής μέριμνας και σχεδόν το 80% του συνόλου λειτουργούν στην Αθήνα. Οι ανθρωπιστικές οργανώσεις διακρίνονται σε αυτές που λειτουργούν αποκλειστικά στο χώρο της ξеноφοβίας και του ρατσισμού και σ' αυτές που ασχολούνται με ζητήματα κοινωνικής προστασίας, πρόνοιας και αποκλεισμού (π.χ. κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των αποφυλακισμένων, μέριμνα των προσφύγων, προστασία του καταναλωτή κ.α.), αν και οι περισσότερες ασχολούνται ταυτόχρονα με μία σειρά από ζητήματα, με τη θεματική εξειδίκευση να αποτελεί εξαίρεση (Αφουξενίδης Α., XX).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν τρία βασικά σημεία που αφορούν στην εσωτερική μορφολογία των ΜΚΟ και αξίζει να σημειωθούν. Πρώτον, οι περιβαλλοντικές ΜΚΟ διαφέρουν κατά πολύ από τις ανθρωπιστικές σε επίπεδο οργάνωσης, δράσεων και προϋπολογισμού. Σε γενικές γραμμές είναι καλύτερα οργανωμένες, με σαφέστερη πολιτική και κοινωνική ατζέντα, συγκεκριμένα είδη δράσεων και πιο άμεσα αποτελέσματα. Αντίθετα, οι ανθρωπιστικές ΜΚΟ, αντιμετωπίζουν πιο σημαντικά προβλήματα επιβίωσης λόγω της έλλειψης και της δυσκολίας ανεύρεσης ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Αφουξενίδης Α., XX).

Δεύτερον, οι ασυμβατότητες, οι αντιπαράθεσεις και οι ανταγωνισμοί μεταξύ των οργανώσεων είναι αναπόφευκτες λόγω της πίεσης που δέχονται σε επίπεδο χρηματοδότησης. Είναι λίγες οι μεγάλες ΜΚΟ που απορροφούν μεγάλο τμήμα των διαθέσιμων κονδυλίων, λειτουργούν εντελώς διαφορετικά από τις υπόλοιπες και βασίζονται σε εταιρικά οργανωτικά σχήματα. Οι μικρότερες στηρίζονται κυρίως σε εξειδικευμένους εθελοντές που αντιμετωπίζουν πολλαπλά ζητήματα, με μειωμένη αποτελεσματικότητα. Τρίτον, η σύνθεση και το μέγεθος των ΜΚΟ από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού εξαρτάται από την κατηγοριοποίησή του σε 'φίλους- μέλη-συνδρομητές' και εθελοντές- εργαζομένους. Ελάχιστες είναι οι ΜΚΟ που διαθέτουν ακριβή στοιχεία για τις παραπάνω κατηγοριοποιήσεις, με εξαίρεση τις μεγαλύτερες (Αφουξενίδης Α., XX).

Για την καλύτερη λειτουργία και ανάπτυξη των ΜΚΟ είναι αναγκαία η εξεύρεση εξειδικευμένου αμειβόμενου προσωπικού, καθώς η εθελοντική απλήρωτη εργασία

αποτελεί αναγκαία συνθήκη, αλλά όχι κυρίαρχο στοιχείο των ΜΚΟ για την εύρυθμη οργάνωση και δράσης τους. Η διαστρωμάτωση των εθελοντών αποτελεί ένα εξίσου ενδιαφέρον σημείο αναφοράς. Οι περιβαλλοντικές ΜΚΟ έχουν υποστήριξη ιδίως από τα ανώτερα και μεσαία στρώματα του πληθυσμού, ενώ αντίθετα, οι ανθρωπιστικές από τα χαμηλότερα και μεσαία στρώματα. Τέλος, οι περισσότεροι εθελοντές είναι νέοι κυρίως, άνεργοι και φοιτητές ([Αφουξενίδης Α., XX](#)).

Η κατοχύρωση του πολίτη-εθελοντή αποτελεί σημαντική προτεραιότητα αφού δεν προβλέπεται, για παράδειγμα, η ασφαλιστική κάλυψή του σε περίπτωση ατυχήματος κατά τη διάρκεια της εθελοντικής εργασίας. Κάποιες ΜΚΟ αντιμετωπίζουν το θέμα με ιδιωτική ασφάλιση των μελών τους. Αντίστοιχα προβλήματα αντιμετωπίζουν και οι ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Για παράδειγμα, σε περίπτωση σεισμού πρέπει να συνεργάζονται με τον Οργανισμό Αντισεισμικού Σχεδιασμού και Προστασίας (ΟΑΣΠ), σε πλημμύρες με τη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, σε πυρκαγιές με την Πυροσβεστική κ.ο.κ. Η ένταξη των εθελοντών στον προνοιακό χάρτη του υπουργείου Υγείας, δεν αφήνει πολλά περιθώρια για πλήρη και ανεμπόδιστη δραστηριοποίησή τους (π.χ. πρόβλημα στις συναλλαγές με υπηρεσίες, όπως οι εφορίες, καθώς δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλαίσιο για τα οικονομικά θέματα) (Καρλατήρα, Π., 2002).

Ένα ακόμα κρίσιμο θέμα αφορά στη ‘νομιμοποίηση’ αυτών των φορέων ως εκφραστών του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Η διάσταση περιβαλλοντικών και ανθρωπιστικών ΜΚΟ είναι αδιαμφισβήτητη. Οι πρώτες θεωρούν ότι η κοινή γνώμη βρίσκεται σε συμφωνία με τις απόψεις τους, ενώ οι δεύτερες δε θεωρούν ότι είναι αναγκαίο να υπολογίζουν τις απόψεις του κοινωνικού συνόλου στη διαμόρφωση των δραστηριοτήτων και των στρατηγικών τους. Σε γενικές γραμμές οι περιβαλλοντικές ΜΚΟ θεωρούνται καλύτερα οργανωμένες και δικτυωμένες σε τοπικό και εθνικό επίπεδο (([Αφουξενίδης Α., XX](#))).

Ένα σημαντικό ζήτημα για τις ΜΚΟ στην Ελλάδα συνεπώς, αφορά στους τρόπους και τα μέσα που χρησιμοποιούν για να ανταποκριθούν στις ανάγκες λειτουργίας τους, καθώς δεν υπάρχει (με εξαίρεση αποσπασματικές κινήσεις κάποιων φορέων) ενιαίο θεσμικό πλαίσιο που να προσδιορίζει θέματα σχετικά με τη δραστηριότητα των εθελοντικών οργανώσεων (π.χ. σχέσεις με το κράτος και με τους πολίτες- εθελοντές). Όπως επισημαίνουν εμπειρογνώμονες σε θέματα ΜΚΟ, πρόκειται για μίαν αντίφαση όπου το κράτος ζητά εθελοντές χωρίς σαφή προσδιορισμό του τι είναι εθελοντής ή εθελοντική οργάνωση (Καρλατήρα, Π., 2002).

Συνέπεια των παραπάνω είναι να καταφεύγουν οι εκπρόσωποι των ΜΚΟ σε διάφορες μεθόδους προκειμένου να ξεπερνούν ενδεχόμενα προβλήματα (π.χ. έλλειψη νομικής κατοχύρωσης της εργασίας των εθελοντών, σύνταξη ισολογισμού χωρίς να φορολογούνται με 35% όπως οι αστικές κερδοσκοπικές εταιρείες) (Καρλατήρα, Π., 2002). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις ίδιες τις εθελοντικές οργανώσεις, οι οποίες αδυνατούν να προωθήσουν στην κοινή γνώμη την αναγκαιότητα προσφοράς για βοήθεια και η ταυτόχρονη έλλειψη εκπαίδευσης του κόσμου σε θέματα αλληλεγγύης, προσφοράς και αλτρουισμού, οδηγούν στην αποστασιοποίηση των πολιτών από το έργο τους.

Η «παραδοσιακή» άποψη ότι ο εθελοντισμός αποτελεί αμιγώς αλτρουιστική υπηρεσία τείνει να ξεπεραστεί. Οφέλη αποκομίζουν όλοι οι εμπλεκόμενοι, με την έννοια της ανταποδοτικότητας. Οι ΜΚΟ έχουν την υποχρέωση να είναι διαφανείς στις διαδικασίες τους και στην υλοποίηση των δράσεών τους. Λεπτομερείς ετήσιες αναφορές δράσεων και οικονομικών θα πρέπει να είναι διαθέσιμες. Πολύ σημαντική είναι η κίνηση 17 μη κυβερνητικών οργανώσεων, να υπογράψουν Διεθνή Χάρτα Λογοδοσίας και Αυτορρύθμισης Εθελοντικών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Πιτσούλης Ν., XX). Παρόλο, που η λειτουργία και η δράση των ΜΚΟ παρουσιάζουν σημαντικές παθογένειες δεν τίθεται υπό αμφισβήτηση η νομιμότητα τους, αρκεί να μην συγκρίνονται με τα κράτη και να τους δοθεί η αξία και η σημασία που τους αναλογεί ώστε να βελτιωθεί σημαντικά η λειτουργία τους.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΙΝΗΜΑΤΑ – ΟΜΑΔΕΣ ΠΙΕΣΗΣ/
ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ**

Όπως φάνηκε στα δυο προηγούμενα κεφάλαια, τόσο οι μη κυβερνητικές οργανώσεις όσο και τα συνδικάτα έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη του κράτους, επισπεύδοντας την εξελικτική πορεία της κοινωνικής πρόνοιας (αντιμετώπισαν επαρκώς τις προνοιακές ανάγκες της εκάστοτε εποχής και κάλυψαν μεγάλα κοινωνικά ελλείμματα κατά την ανάπτυξη του κράτους) και ωθώντας τους έχοντες την εξουσία να διαμορφώσουν μια πολιτική βάσει των αναγκών των πολιτών. Εξακολουθεί λοιπόν ο ρόλος τους να είναι το ίδιο σημαντικός και σήμερα; Είναι το ίδιο δυναμική και αποτελεσματική η παρέμβασή τους στα κοινωνικά και πολιτικά δρώμενα; Ή απλώς προωθούν και αγωνίζονται για προσωπικές επιδιώξεις και οφέλη; Με άλλα λόγια αποτελούν κοινωνικά κινήματα ή ομάδες πίεσης/ συμφερόντων; Για να γίνει προσπάθεια να εντοπιστούν τα στοιχεία εκείνα που συνηγορούν στο ότι τα συνδικάτα και οι ΜΚΟ ανήκουν στη μία ή στην άλλη κατηγορία κοινωνικού σχηματισμού και να αιτιολογηθεί η ανάλογη κατηγοριοποίησή τους, θα πρέπει πρώτα, να προσδιοριστούν οι έννοιες των ομάδων πίεσης/ συμφερόντων και των κοινωνικών κινήματων.

5.1 Η έννοια των ομάδων πίεσης /συμφερόντων

Ως ομάδες πίεσης/ συμφερόντων⁵⁰ ορίζονται οι οργανώσεις που στόχο έχουν την εκπροσώπηση των συμφερόντων συγκεκριμένων κοινωνικών τμημάτων, με σκοπό την επιρροή στις λεπτομέρειες ενός συγκριτικά μικρού φάσματος της δημόσιας πολιτικής -που δεν αποτελεί μορφή πολιτικού κόμματος- και στη συνακόλουθη διαμόρφωση της πολιτικής αυτής (στο Τσακίρης Θ., 2006). Οι περισσότερες από τις συγκεκριμένες ομάδες έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στην εξελισσόμενη κοινωνικο-πολιτική δομή (λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες του πολιτικού συστήματος στο οποίο δρουν), ενώ δεν επιδιώκουν και δεν είναι σε θέση να κατακτήσουν και να διαχειριστούν συνολικά την κυβερνητική εξουσία.

⁵⁰ Οι ομάδες πίεσης αποτελούν πολιτικό φαινόμενο που αναπτύχθηκε στη διάρκεια του 20ού αιώνα σε καπιταλιστικές κοινωνίες -στις αναπτυσσόμενες βιομηχανικά χώρες της Δύσης-. Οι συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες στόχο έχουν την ικανοποίηση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναγκών και συμφερόντων τους που συχνά είναι αντικρουόμενα και συνήθως οι διαφορές τους μοιάζουν να είναι αγεφύρωτες (στο Τσακίρης Θ., *Ο συνδικαλισμός των εργαζομένων στις τράπεζες στην Ελλάδα (1974-1993)*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Δημόσιας Διοίκησης Αθήνα, 2006).

Επικεντρώνονται κυρίως στην επίδραση και στην υλοποίηση ιδιαίτερων πολιτικών και στις ελάχιστες περιπτώσεις που επεμβαίνουν στην εκλογική διαδικασία επιδιώκουν την υποστήριξη υποψηφίων που υποστηρίζουν και προωθούν τις θέσεις και τα συμφέροντά τους (στο Τσακίρης Θ., 2004).

Οι ομάδες πίεσης/ συμφερόντων ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται σε κάθε περίπτωση. Ως σύγχρονες ομάδες πίεσης/συμφερόντων θεωρούνται οι εθελοντικές ενώσεις ατόμων, μεγάλων ή μικρότερων ομάδων που δημιουργούνται στοχεύοντας να υπερασπιστούν και να αγωνιστούν για τα κοινά τους συμφέροντα και να επηρεάσουν την πολιτική διαδικασία, δίχως να επιδιώκουν το σχηματισμό κάποιου πολιτικού κόμματος –χωρίς να αποκλείονται εξαιρέσεις-. Οι πιο πολλές από αυτές αντιστοιχούν σε κάποιον από τους παρακάτω οκτώ τύπους ή σε κάποιο συνδυασμό τους: επαγγελματικές οργανώσεις, επιχειρηματικές, εμπορικές και βιομηχανικές ομάδες, εργατικά συνδικάτα, αγροτικές οργανώσεις, μονοθεματικές ομάδες, ομάδες ιδεολογικών συμφερόντων, ομάδες πρόνοιας, ομάδες δημοσίου συμφέροντος (στο Τσακίρης Θ., 2006)⁵¹.

5.2 Η έννοια των κοινωνικών κινήματων

Τα κοινωνικά κινήματα⁵² από την άλλη πλευρά, αποτελούν αόριστα φαινόμενα και για αυτό δύσκολα προσδιορίζονται εννοιολογικά. Σε σύγκριση με τα πολιτικά κόμματα και τις ομάδες πίεσης, είναι πιο μαζικά και συνήθως δραστηριοποιούνται τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Δε διαθέτουν αυστηρή γραφειοκρατική εσωτερική οργάνωση (κάτι που μπορεί να συμβαίνει με κάποιες από τις επιμέρους ομάδες, φορείς και οργανώσεις από τις οποίες αποτελείται ένα κίνημα, π.χ. εργατικά συνδικάτα). Με άλλα λόγια, έχουν τη μορφή ενός άτυπου δικτύου πολλών και ποικίλων κοινωνικών ομάδων και πολιτικών οργανώσεων χωρίς εγγεγραμμένα ή σταθερά μέλη, καταστατικό, ιεραρχική διαβάθμιση των στελεχών και λεπτομερή εξειδίκευση των αρμοδιοτήτων τους (Σεραφετινίδου Μ., 2002).

⁵¹ Μπορούν όμως να ταξινομηθούν και με διαφορετικά κριτήρια: α) οικονομικές ή μη οικονομικές ομάδες πίεσης, β) εσωτερικές (insider) ή εξωτερικές (outsider) ομάδες πίεσης. Οι πρώτες αναγνωρίζονται και νομιμοποιούνται από την κυβέρνηση που τις συμβουλεύεται συχνά. Οι δεύτερες είτε δεν θέλουν να εμπλακούν είτε δεν μπορούν να κερδίσουν κυβερνητική αναγνώριση και νομιμοποίηση, γ) κύριες ομάδες πίεσης: ενδιαφέρονται για την αντιπροσώπευση των συμφερόντων ή των απόψεων των μελών τους (αυτές που αναφέρονται άμεσα στην πολιτική) ή δευτερεύουσες ομάδες: που χαρακτηρίζονται κυρίως από την φροντίδα για παροχή υπηρεσιών στα μέλη τους και μόνο περιστασιακά εισέρχονται στο πολιτικό πεδίο (στο Τσακίρης Θ., 2006).

⁵² «Κοινωνικό κίνημα είναι μια ομάδα ανθρώπων που εμπλέκονται με τρόπο ιδεολογικά συνεπή και μη θεσμοποιημένο στην αλλαγή της τρέχουσας κατάστασης και τροχιάς της κοινωνίας» (στο Τσακίρης Θ., 2006).

Τα άτομα που συνιστούν ένα κοινωνικό κίνημα διαθέτουν σημαντικά κοινά βιώματα, στα οποία αποδίδονται και οι κοινές αντιλήψεις, αξίες, πεποιθήσεις, στόχοι, που με τη σειρά τους δημιουργούν το αίσθημα της αλληλεγγύης η οποία χαρακτηρίζει τον πολιτικό τους «αγώνα». Συμμετέχουν στην πολιτική βάσει μεθόδων συγκρουσιακού χαρακτήρα, όπως εξεγέρσεις, διαμαρτυρίες, καταλήψεις, συλλαλητήρια, διαδηλώσεις, πορείες κ.α. Ως βασικοί παράγοντες αντίδρασης, στοχεύουν στη διασάλευση της κοινωνική τάξης πραγμάτων, καθώς δεν τους ενδιαφέρει να αποκομίσουν επιμέρους οφέλη για τα μέλη τους, αλλά η ριζική αλλαγή, η ανατροπή ταξικών κοινωνικών μορφών κυριαρχίας κοινωνικών σχέσεων, πρακτικών και αντιλήψεων που ελέγχουν τις διαδικασίες κοινωνικής και οικονομικής αναπαραγωγής καθώς και η αντιπαράθεση με τα αντίπαλα κινήματα (Σεραφετινίδου Μ., 2002).

5.3 Συνδικάτα: κοινωνικά κινήματα ή ομάδες πίεσης/ συμφερόντων

Το ερώτημα, κατά πόσο τα εργατικά συνδικάτα αποτελούν ομάδες πίεσης ή κοινωνικά κινήματα δεν είναι νέο. Συνήθως μιλάμε για εργατικά συνδικαλιστικά κινήματα γεγονός που δείχνει πόσο πολύ ταυτίζονται οι δυο αυτές έννοιες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάτι τέτοιο ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις και συνθήκες έκφρασης και δράσης των συνδικάτων. Ιστορικά, η ανάπτυξη του εργατικού συνδικαλιστικού κινήματος έχει συνδεθεί στενά, με αυτή των κοινωνικών κινήματων. Πέρασε από όλες τις φάσεις ανάπτυξης ενός κοινωνικού κινήματος, κυρίως στο μέτρο που οι επιδιώξεις της εργατικής τάξης ταυτίζονταν με τις γενικότερες κοινωνικές επιδιώξεις (π.χ. μείωση της εκμετάλλευσης των εργατών, παροχή αξιοπρεπούς μεροκάματου διαβίωσης, μείωση των ωρών εργασίας, παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και σύνταξης, εκπαίδευση των παιδιών των εργατών, δικαίωμα ψήφου κλπ.). Επιπλέον, χρησιμοποίησε όλες τις μεθόδους πάλης των κοινωνικών κινήματων (συγκεντρώσεις, πορείες, συλλαλητήρια, απεργίες, καταλήψεις εργοστασίων, διάλογος, παρεμβάσεις μέσω βουλευτών- κομμάτων, συγκρότηση εργατικών κομμάτων κλπ) νόμιμες και μη (στο Τσακίρης Θ., 2006).

Το εργατικό συνδικαλιστικό κίνημα συνεπώς, μπορεί να θεωρηθεί κοινωνικό κίνημα, και όχι ένα σύνολο κάποιων ομάδων πίεσης, στο βαθμό που επιδιώκει την αλλαγή του εκάστοτε κοινωνικού status quo καθώς και την ανατροπή της καπιταλιστικής εξουσίας με σκοπό να πάρει στα χέρια της την πολιτική εξουσία η

εργατική τάξη που αποτελεί την βάση του κινήματος (στο Τσακίρης Θ., 2004). Τι γίνεται εντούτοις, με τις συνδικαλιστικές οργανώσεις που διαμορφώνονται και δρουν στο χώρο της υγείας; Ο τρόπος συγκρότησής τους, οι απόψεις και τα αιτήματα που εκφράζουν, οι στρατηγικές που ακολουθούν για την ικανοποίησή τους καθώς και οι αλλαγές που τελικά επιβάλλουν, αποτελούν στοιχεία που μπορούν να τις ταυτίσουν με τα κοινωνικά κινήματα;

Καταρχάς, η ίδια η σύσταση των σωματείων των εργαζομένων στα νοσοκομεία⁵³ δεν παραπέμπει σε αυτή των κοινωνικών κινήματων. Διαθέτουν αυστηρή γραφειοκρατική εσωτερική οργάνωση, με εγγεγραμμένα μέλη, καταστατικό (που προβλέπει όλους τους στόχους και τις λειτουργίες του σωματείου), ιεραρχική διαβάθμιση των στελεχών που εκλέγονται κάθε δυο χρόνια (επταμελής διοίκηση: πρόεδρος, αντιπρόεδρος, γραμματέας, αναπληρωτής γραμματέας, ταμίας και δυο μέλη) και λεπτομερή εξειδίκευση των αρμοδιοτήτων τους. Το σωματείο εργαζομένων ενός νοσοκομείου αποτελεί το πρωτοβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο, το οποίο δεν έχει καμία επαφή με το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για οποιοδήποτε πρόβλημα προκύπτει, απευθύνονται στον διοικητή του νοσοκομείου και σε περίπτωση που δεν υπάρξει ανταπόκριση απευθύνονται στο δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο, την ΠΟΕΔΗΝ, που έχει έδρα στην Αθήνα και σ' αυτό υπάγονται όλα τα σωματεία της χώρας. Στις αρμοδιότητες της ΠΟΕΔΗΝ είναι οι αποφάσεις για γενικές συνελεύσεις, για τους τρόπους διεκδίκησης των όποιων αιτημάτων και για τη σχετική ενημέρωση των σωματείων. Στην κορυφή βρίσκεται το ανώτερο συνδικαλιστικό όργανο η ΑΔΕΔΥ που αποτελεί εκπρόσωπο όλων των δημοσίων υπαλλήλων.

Όπως διαφαίνεται από το περιεχόμενο των συνεντεύξεων, βασικός στόχος του συγκεκριμένου σωματείου εργαζομένων είναι πρωτίστως, η διαφύλαξη και η προαγωγή των συμφερόντων των μελών τους (ασφαλιστικών, κοινωνικών, συνδικαλιστικών), η ανάπτυξη πνεύματος αλληλεγγύης και συναδελφικότητας και η συνεργασία με άλλα σωματεία για την προάσπιση των κοινών σκοπών. Θέματα όπως: βαρέα και ανθυγιεινά, προσλήψεις, επιδόματα, όρια συνταξιοδότησης, υπερωρίες, είναι αυτά που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή του άμεσου ενδιαφέροντος και των αγώνων τους.

⁵³ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη και με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ".

Η διασφάλιση της υγείας των ασθενών και η προαγωγή της δημόσιας υγείας έπονται. Τα συμφέροντα του απλού πολίτη - χρήστη της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης φαίνεται να προωθούνται έμμεσα: *«μέσα στις απεργιακές κινητοποιήσεις και διεκδικήσεις περιλαμβάνεται ο πολίτης ... για παράδειγμα το αίτημά μας για πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού δεν αφορά μόνο τις καλύτερες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό αλλά και για καλύτερη εξυπηρέτηση του περιθαλλόμενου. Επίσης τα αιτήματά μας για υλικοτεχνική υποδομή των νοσοκομείων και εγκατάσταση μηχανημάτων ώστε ο πολίτης να μη χρειάζεται να αναζητά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα».*

Βασικό μέσο επίτευξης των στόχων των εργαζομένων στην υγεία αποτελεί η κάθε μορφή συνδικαλιστικής πάλης, από τις απλές στάσεις εργασίας μέχρι τις απεργίες διαρκείας. Οι αποφάσεις αυτές, όπως είδαμε και προηγουμένως, λαμβάνονται από την ΠΟΕΔΗΝ και δεν αφορούν τους εργαζόμενους ενός μεμονωμένου νοσοκομείου αλλά το σύνολο των εργαζομένων όλων των νοσοκομείων. Το κατά πόσο οι κινητοποιήσεις αυτές θα έχουν αποτελέσματα ή όχι, εξαρτάται κυρίως από την ευαισθητοποίηση και τη συμμετοχή των εργαζομένων. Με τη συσπείρωση και δραστηριοποίηση όλων των εργαζομένων του νοσοκομείου, με την ανάπτυξη ενότητας και αλληλεγγύης μεταξύ των μελών του σωματείου, καθώς και με τη συχνή ενημέρωσή τους επιτυγχάνεται μεγαλύτερη συμμετοχή και άρα μεγαλύτερος προβληματισμός από τη διοίκηση και το υπουργείο και αντίληψη της σοβαρότητας της κατάστασης και των αιτημάτων τους.

Εντούτοις, ο βασικός παράγοντας που καθορίζει το βαθμό συμμετοχής των εργαζομένων είναι η σοβαρότητα του θέματος που έχει προκύψει και αυτή με τη σειρά της εξαρτάται από το κατά πόσο θίγονται συμφέροντα του συνόλου των εργαζομένων. *«Η ιστορία έχει αποδείξει ότι ο κόσμος ευαισθητοποιείται μόνο από σημαντικά και σοβαρά θέματα που αφορούν όλους τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα, το συνταξιοδοτικό ζήτημα ...σε άλλες περιπτώσεις ο κόσμος δεν ασχολείται ίσως γιατί έχει κουραστεί από τις υποσχέσεις, ίσως γιατί δε θέλει να συγκρουστεί με τη διοίκηση»⁵⁴.*

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά των συνδικαλιστικών οργανώσεων που αφορούν στην υγεία στη χώρα μας, καθώς και η συνδικαλιστική γραφειοκρατία *«η διοίκηση έχει εισβάλλει στο σωματείο και στον εργαζόμενο είτε με απειλές, όπως*

⁵⁴ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ".

αποσπάσεις, μεταθέσεις είτε με υποσχέσεις που περιέχουν προσωπικές απολαβές, όπως καλύτερη θέση και πιο εντατικό ωράριο»⁵⁵, «κάποιοι στοχεύουν σε υψηλότερες βαθμίδες, ξεκινούν από το σωματείο, μετά ΠΟΕΔΗΝ, ύστερα ΑΔΕΔΥ για να καταλήξουν στη βουλή»⁵⁶ συνηγορούν περισσότερο στην ταύτισή τους με τις ομάδες πίεσης/ συμφερόντων παρά με τα κοινωνικά κινήματα. Γεγονός απόλυτα λογικό, δεδομένου ότι τα εργατικά συνδικάτα όπως είδαμε στη σχετική ανάλυση, αποτελούν επιμέρους μορφή και όχι αυτό κάθε αυτό το κοινωνικό κίνημα.

5.4 ΜΚΟ: κοινωνικά κινήματα ή ομάδες πίεσης/ συμφερόντων

Οι ΜΚΟ αντίθετα, δεν εκφράζουν σε καμία περίπτωση, κανένα κοινωνικό κίνημα στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Ούτε καν «υπόλειμμα» κάποιου κοινωνικού κινήματος, όπως ορισμένες από τις ΜΚΟ σε αντίστοιχες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό οφείλεται σε μια πληθώρα και ποικιλία παραγόντων. Καταρχάς, οι ΜΚΟ λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των υπουργείων Υγείας και Οικονομικών, με το πρόσχημα ότι θα ασκούν τον σχετικό έλεγχο ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διαχείριση των πόρων τους. Έτσι, σε συνδυασμό με τη διαρκώς αυξανόμενη χρηματοδότηση του εθελοντικού τομέα από τον τακτικό προϋπολογισμό του υπουργείου Υγείας, δίνεται η δυνατότητα στον δημόσιο τομέα να κατευθύνει τις δραστηριότητες των εθελοντικών οργανώσεων προς την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής που κρίνει χρήσιμη και επιθυμητή κατά περίπτωση (Σταθόπουλου, 1996). Για παράδειγμα, πολλές από τις ελληνικές ΜΚΟ, ιδιαίτερα αυτές που έχουν αναλάβει εργολαβικά μεγάλους τομείς της υγείας (π.χ. τομέας ψυχικής υγείας), θα μπορούσε να πει κανείς πως έχουν τη μορφή κρατικών κατασκευασμάτων, που στοχεύουν στη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους.

Επιπλέον, η ανάπτυξη εθελοντικών οργανώσεων θεωρείται αντίβαρο στη γραφειοκρατική δυσκαμψία των προνοιακών φορέων του δημόσιου τομέα ενώ ταυτόχρονα, χρησιμοποιούνται από την άρχουσα τάξη ως μέσο κοινωνικού ελέγχου σε ομάδες του πληθυσμού που θα μπορούσαν να αμφισβητήσουν τη δύναμη, τα προνόμια και τα συμφέροντά της. Η στρατηγική της επέκτασης των εθελοντικών οργανώσεων –του αποκαλούμενου τρίτου τομέα- και των άτυπων δικτύων φροντίδας,

⁵⁵ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ".

⁵⁶ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη

θεωρείται χρήσιμη για έναν επιπρόσθετο λόγο, για τη μείωση του κόστους των δαπανών που απαιτεί η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας.

Ο ρόλος συνεπώς του εθελοντικού τομέα είναι η κάλυψη κενών, η εναλλακτική βοήθεια, πέρα και πάνω από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα. Κάτι που ασφαλώς, σε τίποτα δε θυμίζει τον δυναμικό και αγωνιστικό χαρακτήρα των κοινωνικών κινημάτων. Μπορεί να προσφέρει πολύ σημαντικές υπηρεσίες στον λεγόμενο «τρίτο τομέα», να δίνει διέξοδο σε επιστήμονες, επιτυχημένους επιχειρηματίες και ανθρώπους με κοινωνικές ευαισθησίες και θέληση για προσφορά, αλλά δε μεταβάλλει τις κοινωνικές σχέσεις. Δεν αλλάζει τα δεδομένα της αγοράς εργασίας, δεν είναι καθοριστική η συμβολή του στη διαμόρφωση και το σχηματισμό πολιτικής και στην προώθηση ενός νέου μοντέλου οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, βάσει του οποίου το αγαθό της υγείας δε θα είναι κάτι συμβατικό και δε θα προσδιορίζεται ως συναλλακτικό εμπόρευμα.

Εντούτοις, η ύπαρξη των ΜΚΟ δε θεωρείται καθόλου ασήμαντη. Είναι μεγάλη η συμβολή τους στην κινητοποίηση και συμμετοχή του πολίτη στα κοινά, ενώ αξιοσημείωτη είναι και η χρήση της δύναμης, της εμπειρίας και των γνωριμιών των μελών τους, ώστε να λειτουργούν ως ομάδες πίεσης προς την εκάστοτε κυβέρνηση για την προώθηση μέτρων κοινωνικής πολιτικής. Η ανάληψη υπηρεσιών (στον κοινωνικό τομέα, στον τομέα της απασχόλησης, του περιβάλλοντος κ.λ.π.) που παραδοσιακά παρείχε το κράτος, τους δίνει τη δυνατότητα να αποτελούν σημαντικό κανάλι διοχέτευσης κονδυλίων και άτυπο χώρο πολιτικών ζυμώσεων μέσω της διοργάνωσης συναντήσεων, σεμιναρίων, συνεδρίων, συζητήσεων κ.α.

Ως ομάδες πίεσης οι ΜΚΟ επιδιώκουν, όπως είναι φυσικό, αυτόνομη ανάπτυξη, γεγονός που μεταφράζεται σε διαρκή αναζήτηση οικονομικών πόρων, εθελοντών, τεχνολογικού εξοπλισμού, σε ανταγωνισμό με αντίστοιχες οργανώσεις, σε αυτοπροβολή στα ΜΜΕ κ.α.. Κατ' αυτόν τον τρόπο, και ανάλογα με το βαθμό που διαθέτουν τα παραπάνω στοιχεία, έχουν τη δυνατότητα να απαιτούν σταδιακά και την προώθηση αιτημάτων που αφορούν τα δικά τους μέλη. Ο εθελοντισμός έχει πάψει από καιρό να αποτελεί μια καθαρά αλτρουιστική υπηρεσία. Η σύγχρονη πραγματικότητα καταδεικνύει ότι βάσει της έννοιας της ανταποδοτικότητας, οφέλη αποκομίζουν πλέον όλοι οι εμπλεκόμενοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τον πυρήνα της αρχής του κράτους πρόνοιας, όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο, αποτέλεσε η παροχή στους πολίτες μιας σειράς νέων δικαιωμάτων (απασχόληση, κατοικία, κοινωνική ασφάλιση κ.α.). Η συγκεκριμένη εργασία ασχολήθηκε με το πιο σημαντικό ίσως από αυτά, με το δικαίωμα στην υγεία και τον τρόπο που επενεργούν σ' αυτήν το κράτος, τα συνδικάτα και οι ΜΚΟ, προς όφελος ή όχι των πολιτών. Στο τελευταίο κεφάλαιο, τέθηκαν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος βασικά ερωτήματα που αφορούν στο κατά πόσο οι εν λόγω φορείς συνεργάζονται και συναποφασίζουν για τα ζητήματα υγείας και τι συμφέροντα έχει το υπουργείο Υγείας από την ύπαρξη κυρίως των ΜΚΟ.

6.1 Ποια η σχέση Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΜΚΟ – Συνδικάτα

Ο χώρος της Υγείας αποτελεί στις μέρες μας μια από τις μεγαλύτερες δημοσιονομικές προκλήσεις στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, καθώς οι δαπάνες κινούνται σε ολοένα αυξανόμενα επίπεδα⁵⁷, σε σχέση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν. Για την αντιμετώπιση της ανεξέλεγκτης αυτής αύξησης οι κυβερνήσεις ενσωματώνουν συστήματα και μηχανισμούς, με στόχο την παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας, υψηλής ποιότητας με ελεγχόμενο κόστος.

Οι εθελοντικές οργανώσεις αποτελούν παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν ή γενικά να διαμορφώσουν ευνοϊκότερους όρους για την πρόσβαση σε δικαιώματα και παροχές⁵⁸ όπως είναι αυτές της υγείας. Από τη μια πλευρά, η άμεση επαφή τους με το πεδίο είναι αυτή που τις καθιστά έναν σημαντικό εταίρο στις εταιρικές σχέσεις που απαιτεί το σύγχρονο κράτος. Πιο συγκεκριμένα, δεν είναι τυχαίο ότι η αποδέσμευση του υπουργείου υγείας από κάποιες υποχρεώσεις ή η αναποτελεσματικότητα της

⁵⁷ Οι παράγοντες που συμμετέχουν στη συνεχή και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών Υγείας είναι πολλοί και ποικίλοι, όπως η αλλαγή των επιδημιολογικών προτύπων, η γήρανση του πληθυσμού, η μετανάστευση.

⁵⁸ Παραπέμπουν σε χαρακτηριστικά κοινωνικής οργάνωσης που θεωρείται ότι διαθέτει «κοινωνικό κεφάλαιο» στο πλαίσιο της οποίας τα άτομα δεν αφήνονται μόνα και απομονωμένα αλλά μπορούν να υπολογίζουν σε ευρύτερη στήριξη και ενδιαφέρον. Η συμβολή τους στην αναδημιουργία του κοινωνικού δεσμού, στο μετριασμό του ατομικισμού αλλά ταυτόχρονα και στην οριοθέτηση και τη συμπλήρωση της κρατικής παρέμβασης αποτελούν τα συνήθη πλεονεκτήματα που συνοδεύουν τη δραστηριοποίησή τους (Σπανού, 2005).

κρατικής παρέμβασης παραπέμπει συστηματικά σε έναν αυξημένο ρόλο για τις εθελοντικές ΜΚΟ⁵⁹.

Από την άλλη πλευρά, οι τελευταίες, μπορούν να στηρίξουν τους φορείς δικαιωμάτων ώστε να είναι σε θέση να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, όχι τόσο μέσω της υποκατάστασής τους στις σχέσεις με τις δημόσιες υπηρεσίες, αλλά μέσω της ανάπτυξης ικανοτήτων που θα τους επιτρέψουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της διαδικασίας (Σπανού, 2005). Η συμβολή των ΜΚΟ αφορά τόσο στην υπέρβαση θεσμικών εμποδίων όσο και στην αντιμετώπιση υποκειμενικών εμποδίων (ψυχο-κοινωνική στήριξη ατόμων που βρίσκονται σε δοκιμασία ή αντιμετωπίζουν δυσκολίες κοινωνικής ένταξης) αλλά και στην παροχή υπηρεσιών, καθώς, λόγω της εγγύτητας με τα προβλήματα και της ευελιξίας τους, τείνουν να ανταποκρίνονται περισσότερο και πιο άμεσα στις ανάγκες των πολιτών (Σπανού, 2005).

Κατέχοντας ρόλο συνδετικού κρίκου μεταξύ δημοσίων υπηρεσιών και πληθυσμών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επαφή με τις δημόσιες υπηρεσίες ή δεν έχουν εμπιστοσύνη στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι ΜΚΟ διευκολύνουν την πρόσβαση και την άσκηση των δικαιωμάτων. Επιπλέον, αναδεικνύουν τις αστοχίες της δημόσιας πολιτικής και τις επιπτώσεις της στους αποδέκτες της, προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο φωνή σε κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν τη δυνατότητα από μόνες τους να ακουστούν (Σπανού, 2005). Για το λόγο αυτό επιδιώκεται συχνά η συνεργασία τους από κεντρικούς ή από τοπικούς φορείς και στηρίζεται η δραστηριότητά τους, κυρίως από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

6.2 Ποια η σχέση Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Συνδικάτων

Επιπρόσθετα, η καθιέρωση του κράτους πρόνοιας έγινε έπειτα από σκληρούς διεκδικητικούς αγώνες κοινωνικών (εργατικά συνδικάτα) και πολιτικών δυνάμεων προκειμένου αρχικά να διασφαλισθούν στοιχειώδεις ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης για τους εργαζόμενους, αλλά και η σταδιακή ανακατανομή του εθνικού εισοδήματος προς όφελος των κοινωνικά ασθενέστερων (Σωτηρέλης, 1995). Πιο συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας –όπως προκύπτει και από τις συνεντεύξεις με προέδρους

⁵⁹ ΜΚΟ: ως τέτοιες νοούνται μόνον αυτές που έχουν πολιτικά σοβαρούς και «ορθούς» σκοπούς και όχι όλες οι ενώσεις προσώπων (σωματεία, αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες ή ενώσεις χωρίς νομική προσωπικότητα), ούτε όλα τα ιδρύματα (π.χ. οι σύλλογοι κυνηγών ή οι οικοδομικοί συνεταιρισμοί που διεκδικούν την οικοδόμηση σε αμφισβητούμενες δασικές εκτάσεις)

σωματείων εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία⁶⁰ - στόχος των εν λόγω συλλογικών οργανώσεων είναι η διασφάλιση των συμφερόντων των εργαζομένων, η διασφάλιση της υγείας των ασθενών, η προαγωγή της δημόσιας υγείας και καθετί που έχει να κάνει με την βελτίωση των συνθηκών εργασίας και παροχής υγείας (π.χ. προσλήψεις, αύξηση κονδυλίων, βαρέα και ανθυγιεινά, επιδόματα, υπερωρίες, αφύπνιση των εργαζομένων, η συνεργασία με άλλα σωματεία για την προάσπιση των κοινών σκοπών, αποκέντρωση υπηρεσιών κ.α.)⁶¹.

Όλα αυτά βέβαια δεν αποτελούν συνήθως αποτέλεσμα συλλογικού διαλόγου με το υπουργείο -μιας και οι κυβερνήσεις καθορίζουν μόνες τους την πολιτική τους- αλλά δυναμικής διεκδίκησης (κάθε μορφή συνδικαλιστικής πάλης: απλές στάσεις εργασίας μέχρι απεργίες διαρκείας). Μερικά από αυτά τα πετυχαίνουν, άλλα όχι και μερικά αιτήματα εξαρτώνται από την τοπική διοίκηση όπου ενδεχομένως είναι πιο εύκολο να επιλυθούν. Υπάρχουν όμως γενικότερα θέματα (πολιτική της υγείας) τα οποία περνούν από το υπουργείο όπου τα συλλογικά όργανα παρεμβαίνουν, εφόσον εκεί παίζουν ρόλο οι εκάστοτε κυβερνήσεις. Αν για παράδειγμα, η πολιτική τους είναι να προάγουν τη δημόσια υγεία ή να προβούν σε ιδιωτικοποίηση της υγείας. Η πραγματικότητα είναι ότι τα πρωτοβάθμια σωματεία δεν έχουν καμία επικοινωνία⁶² με το υπουργείο. Η ΠΟΕΔΗΝ διεκδικεί από το υπουργείο, ζητά συνάντηση με υπουργό, υφυπουργό, υποβάλλει πλαίσιο αιτημάτων και ενημερώνει και το σωματείο, ενώ η ΑΔΕΔΥ από την άλλη, προβάλλει τα αιτήματα όλων των δημοσίων υπαλλήλων⁶³.

Αν και δεν υπάρχει ουσιαστική επαφή με το υπουργείο, η παρέμβαση⁶⁴ εντούτοις, της κρατικής εξουσίας στο συνδικαλιστικό κίνημα είναι ποικιλότροπη και συνδέεται χρονικά από την αρχή της ύπαρξής του μέχρι σήμερα με την ίδια ένταση. Η διατηρούμενη οικονομική εξάρτηση των συνδικάτων από την κρατική επιχορήγηση σαν παραδοσιακός τρόπος άντλησης πόρων και η διατήρηση της σωματειακής νομικής μορφής των συνδικαλιστικών οργανώσεων επιβάλλει τον κρατικό έλεγχο

⁶⁰ Βλέπε παράρτημα

⁶¹ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ".

⁶² «Εμείς σαν Σωματείο εργαζομένων του συγκεκριμένου νοσοκομείου όταν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα ή αφορά δικαιώματα εργαζομένων του νοσοκομείου μας αρχικά ζητάμε συνάντηση με τον διοικητή του νοσοκομείου και αν δεν υπάρξει ανταπόκριση απευθυνόμαστε στην ΠΟΕΔΗΝ και από εκεί αποφασίζεται ο τρόπος διεκδίκησης του αιτήματος». Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη.

⁶³ Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη.

⁶⁴ Βασικές μορφές αυτής της παρέμβασης είναι η ιδεολογική και κατασταλτική, χωρίς να σημαίνει ότι οι δυο μορφές αυτές διαχωρίζονται απόλυτα. Η ιδεολογική και επιφανειακά λιγότερο επώδυνη παρέμβαση τέθηκε σε εφαρμογή από τα πρώτα χρόνια της ζωής των ελληνικών συνδικάτων. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται ο ρόλος των πολιτικών κυβερνητικών κομμάτων, ο ρόλος της νομοθετικής εξουσίας και η θέση σε εφαρμογή ποικίλων άλλων μηχανισμών. Η κατασταλτική παρέμβαση γίνεται μέσω πολλαπλών μηχανισμών (νομοθεσία, δικαιοσύνη, ένοπλες δυνάμεις, σώματα ασφαλείας) (Κούζης, 1995).

στις προϋποθέσεις σύστασης και λειτουργίας τους και περιορίζει το εύρος της δραστηριότητάς τους (Κούζης, 1995). Σύγχρονες πρακτικές της κρατικής εξουσίας, όπως δικαστικές παρεμβάσεις στην εσωτερική λειτουργία των συνδικάτων και δικαστικές αποφάσεις που κρίνουν συνήθως ως καταχρηστικές τις απεργιακές κινητοποιήσεις, αποτελούν τροχοπέδη του εκσυγχρονισμού τους, διατηρώντας την οικονομική και πολιτική εξάρτησή τους και ευνοώντας την πολυδιάσπασή⁶⁵ τους (Κούζης, 1995).

Από την άλλη, η διεκδίκηση και διασφάλιση προνομιακών παροχών από τις γραφειοκρατικές ελίτ⁶⁶ των συνδικάτων, με τη δυνατότητα πίεσης που διαθέτουν και με αντάλλαγμα τη συναίνεσή τους στη διαχείριση της εξουσίας από τους εκάστοτε κρατούντες σε συνδυασμό με τη μομφή κατά του συντεχνιασμού⁶⁷ και τη ρήξη με τις συνδικαλιστικές οργανώσεις αποτελούν, κύριο επιχείρημα για τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών και την αποδόμηση γενικότερα της κρατικά οργανωμένης κοινωνικής αλληλεγγύης, ενώ επηρεάζουν ευρέως τον πυρήνα του κράτους πρόνοιας⁶⁸ (Σωτηρέλης, 1995). Το γεγονός αυτό έχει ως επακόλουθο την πρόκληση σκληρών κοινωνικών συγκρούσεων, που αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την εκ νέου έξαρση του κρατικού αυταρχισμού.

Εντούτοις, οι πρωτοβουλίες που λαμβάνονται στον τομέα της υγείας από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, επηρεάζουν πολλές φορές αποφασιστικά τη νομοθεσία και τις πρακτικές των κρατικών υπηρεσιών και είναι για αυτό το λόγο αναγκαίες και ευπρόσδεκτες. Επιπλέον, είναι προφανές ότι η ανάπτυξη δραστηριοτήτων που αφορούν την υγεία των πολιτών, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν είναι αποτέλεσμα του διαλόγου με τη συνδικαλιστική οργάνωση του εκάστοτε φορέα υγείας, καθώς νομιμοποιούνται με αυτό τον τρόπο οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιούνται. Αντίθετα, όταν απουσιάζει η συνδικαλιστική εκπροσώπηση, η έννοια της κοινωνικής ευθύνης αποκτά περιεχόμενο μονομερώς και τίποτα δεν εγγυάται ότι ανταποκρίνεται σε πραγματικές ή σημαντικές ανάγκες των πολιτών.

⁶⁵ Η έννοια της ομοιοεπαγγελματικής συλλογικής σύμβασης και του ομοιοεπαγγελματικού σωματείου συνέτεινε στον πολυκερματισμό των συνδικάτων (Κούζης, 1995).

⁶⁶ «Ο κόσμος έχει χάσει και την εμπιστοσύνη του στα σωματεία. Το καταλαβαίνω γιατί κάποιοι στοχεύουν σε υψηλότερες βαθμίδες, ξεκινούν από το σωματείο μετά ΠΟΕΔΗΝ ύστερα ΑΔΕΔΥ για να καταλήξουν στη βουλή» Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλιάνη. «Το κακό είναι ότι η διοίκηση έχει εισβάλει στο Σωματείο και στον εργαζόμενο είτε με απειλές όπως αποσπάσεις, μεταθέσεις, είτε με υποσχέσεις που περιέχουν προσωπικές απολαβές όπως καλύτερη θέση και ποιο εντατικό ωράριο» Βλέπε στο παράρτημα: Συνέντευξη με την πρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ".

⁶⁷ Συντεχνιασμός: κατάχρηση των συλλογικών διεκδικήσεων (Σωτηρέλης, 1995).

⁶⁸ Ήδη από την έμμεση καθιέρωση της αρχής του κράτους πρόνοιας, καθιερώθηκε ο εν γένει κρατικός οικονομικός παρεμβατισμός για λόγους δημοσίου συμφέροντος όσο και η μαζική εισροή του λεγόμενου κοινωνικού στοιχείου (Σωτηρέλης, 1995).

6.3 Τι συμφέρον έχει το Υπουργείο Υγείας να υπάρχουν ΜΚΟ

Καθώς με τα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια μειώνονται, ενώ οι ανάγκες υγείας αυξάνονται και η ύπαρξη μη κατάλληλων κρατικών υπηρεσιών ή η αδυναμία των υπαρχουσών υπηρεσιών να ανταποκριθούν, αποτελούν σύγχρονη πραγματικότητα, η σύμπραξη κράτους και ΜΚΟ καθίσταται όλο και πιο αναγκαία. Χωρίς να αποτελεί πανάκεια, είναι απαραίτητο εργαλείο για την εξασφάλιση της βελτίωσης των υποδομών και των υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος, με στόχο την ικανοποίηση του χρήστη ασθενή. Η εκμετάλλευση της εμπειρίας, της τεχνογνωσίας, των πόρων και των δυνατοτήτων των εθελοντικών ΜΚΟ αποτελεί πρόσφορη εναλλακτική λύση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες με το μικρότερο δυνατό κόστος για το υπουργείο Υγείας και κατ' επέκταση για το κράτος.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο χώρος της ψυχικής υγείας. Η κρίση που έχει ξεσπάσει λόγω της δραστηκής μείωσης και της ασυνέχειας της χρηματοδότησης των ΝΠΙΔ, που έχουν ιδρύσει και λειτουργούν οικοτροφεία και άλλες δομές ψυχικής υγείας, έχει όπως είναι αναμενόμενο σοβαρές συνέπειες (ποιότητα της φροντίδας των νοσημάτων, καταβολή αμοιβής, ασφάλεια των θέσεων εργασίας των εργαζομένων, βιωσιμότητα των δομών αυτών). Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω προβλήματα επιχειρήθηκε η λεγόμενη «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» η οποία, σε μεγάλο βαθμό, επιτυγχάνεται και διαμέσου των μη κυβερνητικών οργανώσεων (Θ.Μεγαλοοικονόμου, XX).

Ταυτόχρονα όμως όλοι αυτοί οι φορείς που βάσει καταστατικού είναι «μη κερδοσκοπικοί», χρηματοδοτούνται με μεγάλα ποσά από το υπουργείο Υγείας –και όχι μόνο- γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα, πολλές φορές να λειτουργούν ως υποκατάστατο αυτού και των υπηρεσιών του. Έτσι, το κράτος δεν επιτρέπει την πλήρη και ανεμπόδιστη δραστηριοποίησή τους και την ανάπτυξη μονοθεματικών ενδιαφερόντων που συσπειρώνουν τους πολίτες ενάντια στα κρατικά συμφέροντα. Αντίθετα, προωθεί πολιτικές δραστηκής συρρίκνωσης του δημόσιου τομέα, ραγδαίων ιδιωτικοποιήσεων των οικονομικών του λειτουργιών και των προνοιακών του δραστηριοτήτων και ανατροπής των εργασιακών σχέσεων και δικαιωμάτων, έχοντας ως εργαλεία ελληνικές ΜΚΟ, ιδίως αυτές που αναλαμβάνουν εργολαβικά μεγάλους τομείς της υγείας.

Υπάρχουν για παράδειγμα στο χώρο της ψυχικής υγείας φορείς (ΝΠΙΔ/ΜΚΟ) που παίρνουν έργα χωρίς να υπάρχει αξιολόγηση, χωρίς να γνωρίζει κανείς τα κριτήρια,

χωρίς τεχνογνωσία και τεκμηρίωση δράσης, τη στιγμή που η Ε.Ε. απαιτεί να ελέγχονται οι φορείς που παίρνουν λεφτά. Οι συγκεκριμένες δομές χρηματοδοτούνται από κρατικά κεφάλαια, αλλά λειτουργούν αυτόνομα. Η χρηματοδότηση από το υπουργείο υγείας γίνεται συνήθως με κομματικά κριτήρια, με αντάλλαγμα, την πρόσληψη με αδιαφανείς διαδικασίες συμβασιούχων, οι οποίοι εξυπηρετούν «ρουσφετολογικές» ανάγκες. Οι ΜΚΟ γίνονται έτσι το μέσο για την ιδιωτικοποίηση της ψυχικής υγείας (Πετροπούλου & Λεοντόπουλος, 2006).

Βέβαια, υπήρξαν και αξιόλογες δραστηριότητες, που υλοποιήθηκαν από μη κερδοσκοπικές εταιρείες, όπως, π.χ., η Κινητή Μονάδα στη Φωκίδα και ιδιαίτερα αυτή στην Αλεξανδρούπολη. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η όποια «καινοτομία» μπορεί να δικαιολογεί ούτε την επισφαλή και απλήρωτη εργασία, ούτε την «πώληση» υπηρεσιών. Γενικά, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι μια οργάνωση, που λειτουργεί σε μια πραγματικά μη κερδοσκοπική βάση, με μια πραγματικά καινοτόμο δράση, που δεν εμπλέκεται σε παιχνίδια εξουσίας και αναπαραγωγής ιδιαίτερων συμφερόντων, θα μπορούσε να έχει και λόγο ύπαρξης και θετική συμβολή, στο βαθμό που δεν αποτελεί μέσο για τη μεταφορά των ευθυνών του κράτους για κοινωνική προστασία, δημόσια και δωρεάν υγεία, σε ιδιωτικά συμφέροντα. Σε κάθε περίπτωση, δεν συνιστά κοινωνική, μη κερδοσκοπική δραστηριότητα ούτε η χρησιμοποίηση εθελοντικής/ μη πληρωμένης εργασίας, ως υποκατάστατο κανονικών θέσεων εργασίας, ούτε η «πώληση» ιατρικών, συνοδευτικών και ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών (Θ.Μεγαλοοικονόμου, XX).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία μέσα από τη θεωρητική κατά κύριο λόγο, διερεύνηση της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας, με ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο διαμόρφωσης, ανάπτυξης και εξέλιξης του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, προσπάθησε να καταδείξει τι περιλαμβάνει ο χώρος της υγείας, ποιοι φορείς εμπλέκονται, ποιος είναι ο ρόλος τους και με ποιον τρόπο επενεργούν στην εφαρμογή της.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη, η κρίση του κράτους πρόνοιας έχει οδηγήσει στην αναθεώρηση της άποψης ότι οι κρατικές υπηρεσίες μπορούν ή οφείλουν από μόνες τους να αντιμετωπίζουν όλα τα προβλήματα της κοινωνίας. Η αναγνώριση και παραδοχή από όλες σχεδόν τις πολιτικές δυνάμεις ότι το κράτος δεν μπορεί να διατηρήσει τον κυρίαρχο ρόλο στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, επέτρεψε τη διαμόρφωση μιας νέας σχέσης συμμετοχής του ιδιωτικού κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού τομέα στην παραγωγή και διανομή των κοινωνικών υπηρεσιών.

Έτσι, η δημόσια χρηματοδότηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ιδιωτικές ή εθελοντικές παροχές και η εθελοντική χρηματοδότηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για δημόσιες παροχές και ούτω καθ' εξής. Αυτό το πολύπλοκο σύστημα έχει καταγραφεί ως «μικτή οικονομία» πρόνοιας και χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη διαφορετικών μορφών δημόσιας, εταιρικής, κερδοσκοπικής, φιλανθρωπικής και αλληλοβοηθητικής χρηματοδότησης, ενώ οι παροχές μπορούν να διοχετεύονται μέσω του κράτους, του εθελοντικού τομέα, της αλληλοβοήθειας και της άτυπης φροντίδας. Έτσι προωθείται ουσιαστικά, μια στρατηγική ιδιωτικοποίησης των φορέων υγείας, με την προσδοκία της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ταυτόχρονης μείωσης του κόστους για το κράτος. Η χώρα μας αποτελεί κλασικό παράδειγμα ιδιωτικοποιημένου εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη του ΕΣΥ και ενός ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα (κερδοσκοπικού κυρίως και λιγότερο μη κερδοσκοπικού), ο οποίος δραστηριοποιείται τόσο την πρωτοβάθμια, όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Όπως καταφαίνεται στην εν λόγω μελέτη, οι Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί διαδραματίζουν μεγαλύτερο ρόλο από ότι στο παρελθόν, καθώς αποτελούν παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν ή γενικά να διαμορφώσουν ευνοϊκότερους όρους για την πρόσβαση σε δικαιώματα και παροχές, όπως είναι αυτές της υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, καλύπτουν ανάγκες για τις οποίες είτε δεν υπάρχουν οι

κατάλληλες κρατικές υπηρεσίες είτε οι υπάρχουσες δεν μπορούν να ανταποκριθούν, λόγω του επείγοντος ή του ιδιαίτερου χαρακτήρα των αναγκών που προκύπτουν ενώ, δεν είναι λίγες οι φορές που οι εθελοντικές οργανώσεις λειτουργούν ως αντίβαρο στη γραφειοκρατική δυσκαμψία των προνοιακών φορέων του δημόσιου τομέα.

Οι ΜΚΟ έχουν τη δυνατότητα να διακινδυνεύουν, εφαρμόζοντας προγράμματα για τα οποία υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το αποτέλεσμα, κάτι που ο μεν δημόσιος τομέας αποφεύγει ή για πολιτικούς λόγους αδυνατεί να κάνει, ο δε κερδοσκοπικός αποφεύγει λόγω οικονομικού κόστους. Επιπλέον, είναι σε θέση να εξασφαλίζουν ποικιλία και ευελιξία ως προς τα προγράμματα, το προσωπικό, τις πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες και προτιμήσεις των χρηστών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο εθελοντικός τομέας λειτουργεί υποβοηθητικά προς το δημόσιο, υπό την έννοια ότι την κύρια ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών εξακολουθεί να την έχει ο δημόσιος τομέας καθώς διαθέτει πολύ περισσότερους πόρους.

Η επέκταση των εθελοντικών οργανώσεων και των άτυπων δικτύων φροντίδας θεωρείται αναγκαία κυρίως γιατί επιφέρει μείωση του κόστους των δαπανών που απαιτούνται για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Το γεγονός αυτό τις καθιστά όλο και πιο σημαντικές για το ίδιο το κράτος, το οποίο στηρίζει τη δραστηριότητά τους –ιδίως οικονομικά, αφού το να διατηρεί από μόνο του μικρές μονάδες παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι αντιοικονομικό- και επιδιώκει συχνά τη συνεργασία τους με κεντρικούς ή τοπικούς φορείς και κυρίως με το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ούτως ή άλλως, οι ΜΚΟ στη χώρα μας λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των υπουργείων Υγείας και Οικονομικών, ώστε να υπάρχει ο σχετικός έλεγχος ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διαχείριση των πόρων.

Κατά πόσο επεμβαίνουν οι ΜΚΟ και τα Συνδικάτα στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Οι ΜΚΟ δεν καλύπτουν απλώς κενά στα οποία αδυνατεί ή δε θέλει να ανταποκριθεί το επίσημο κράτος, αρκετές φορές αναλαμβάνουν και υπηρεσίες που παραδοσιακά παρείχε το κράτος (στον κοινωνικό τομέα, του περιβάλλοντος κ.λ.π.). Όσο πιο πολύ λοιπόν, επεκτείνεται η δράση τους τόσο πιο πολύ αυξάνει η δύναμή τους και μετασηματίζονται σε σημαντικό κανάλι διοχέτευσης κονδυλίων και άτυπο χώρο πολιτικών ζυμώσεων (π.χ. διοργάνωση σεμιναρίων, συνεδρίων, συζητήσεων

κ.α.). Επιπλέον, αξιοσημείωτος είναι ο ρόλος που κατέχουν ως συνδεδετικός κρίκος μεταξύ δημοσίων υπηρεσιών και πληθυσμών αλλά και το ότι αναδεικνύουν τις αστοχίες της δημόσιας πολιτικής και τις επιπτώσεις τους στους αποδέκτες της, προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο φωνή σε κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν τη δυνατότητα από μόνες τους να ακουστούν.

Η εκμετάλλευση από την άλλη πλευρά, της εμπειρίας, της τεχνογνωσίας, των πόρων και των δυνατοτήτων των εθελοντικών ΜΚΟ αποτελεί πρόσφορη εναλλακτική λύση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες με το μικρότερο δυνατό κόστος, γεγονός που τις καθιστά αναγκαίες και υπολογίσιμη δύναμη. Ενώ, οι πρωτοβουλίες που λαμβάνουν στον τομέα της υγείας, επηρεάζουν πολλές φορές αποφασιστικά τη νομοθεσία και τις πρακτικές των κρατικών υπηρεσιών.

Παρόλα αυτά, όπως είδαμε στο σχετικό κεφάλαιο, οι συλλογικοί αυτοί φορείς δράσης στην Ελλάδα δε λειτουργούν ως κοινωνικά κινήματα αλλά ως ομάδες πίεσης/συμφερόντων και δεν είναι δυνατό σε καμία περίπτωση, να υποκαταστήσουν ούτε την κοινωνία και τους τρόπους έκφρασής της, ούτε το πολιτικό σύστημα και τη λειτουργία των δημοκρατικών θεσμών, ούτε την ευθύνη που συνεπάγεται η άσκηση κρατικών αρμοδιοτήτων και η διαχείριση της πολιτικής εξουσίας. Καλλιεργούν αντιλήψεις και νοοτροπίες, ενεργοποιούν δυνάμεις, ευαισθητοποιούν τους πολίτες, ανοίγουν νέα πεδία δράσης, κρυσταλλώνουν ιδεολογίες, επηρεάζουν πολιτικές στάσεις, αλλά δε σχηματίζουν πολιτικές.

Αντίθετα, η διαρκώς αυξανόμενη χρηματοδότηση πολλών ελληνικών ΜΚΟ, ιδιαίτερα αυτών που ασχολούνται κατεξοχήν με μεγάλους τομείς της υγείας, από τον κρατικό προϋπολογισμό και από άλλους φορείς (π.χ. ιδιωτική πρωτοβουλία) σε συνδυασμό με τη χρήση τους από την άρχουσα τάξη, ως μέσο κοινωνικού ελέγχου, σε ομάδες που θα μπορούσαν να αμφισβητήσουν τη δύναμη και τα συμφέροντά της, τις καθιστούν όχι «μη κυβερνητικές», αλλά κρατικά κατασκευάσματα προώθησης της συρρίκνωσης τόσο του κοινωνικού κράτους όσο και του ευρύτερου δημόσιου τομέα.

Όσον αφορά δε, το ρόλο των συνδικάτων στις αποφάσεις του υπουργείου Υγείας, αυτός δε μοιάζει να είναι κατά πολύ διαφορετικός από τον αντίστοιχο των ΜΚΟ, τουλάχιστον σε πρακτικό επίπεδο και σε σχέση με τα δεδομένα της παρούσας εργασίας. Παρά το γεγονός, ότι τα εργατικά συνδικάτα γενικά χαρακτηρίζονται ως εν δυνάμει ριζοσπαστικά κοινωνικά κινήματα, στη συγκεκριμένη περίπτωση που αφορά τη συνδικαλιστική οργάνωση στο χώρο της υγείας, εμφανίζονται θα λέγαμε, σχεδόν ολοκληρωτικά μεταλλαγμένα σε ομάδες πίεσης /συμφερόντων.

Η εξήγηση αυτού του φαινομένου βρίσκεται σε πολλούς παράγοντες όπως, στη συνδικαλιστική γραφειοκρατία, στην αυστηρή εσωτερική οργάνωσή τους, στη λεπτομερή εξειδίκευση των αρμοδιοτήτων τους και στην ιεραρχική διαβάθμιση των στελεχών τους (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και ανώτερο συνδικαλιστικό όργανο). Επίσης, τα βασικά αιτήματα και οι επιδιώξεις τους, όπως αυτά διαφαίνονται από το περιεχόμενο των συνεντεύξεων (διαφύλαξη και προαγωγή των συμφερόντων των μελών τους) και το γεγονός ότι η συμμετοχή των εργαζομένων στις απεργιακές κινητοποιήσεις εξαρτάται από το αν τα συμφέροντα που θίγονται αφορούν το σύνολο των εργαζομένων ή όχι, δρομολογούν νεοσυντεχνιακές εξελίξεις που ωθούν στην ατομική διαπραγμάτευση. Είναι πλέον, ορατός ο κίνδυνος ενσωμάτωσης των εν λόγω οργανώσεων στις δομές του κοινωνικού διαλόγου και σε συμμετοχικές λογικές που αποδυναμώνουν το ριζοσπαστικό χαρακτήρα τους, επιφέρουν επαγγελματικό και περιθωριακό κομμάτιασμα των αγώνων τους και προωθούν ελιτίστικες τάσεις.

Εξίσου ρυθμιστικό ρόλο στην περιορισμένη δραστηριότητα των συγκεκριμένων συνδικαλιστικών οργανώσεων έχει η διαρκής παρέμβαση της κρατικής εξουσίας. Η διατηρούμενη οικονομική εξάρτησή τους από την κρατική επιχορήγηση και η διατήρηση της σωματειακής νομικής μορφής τους επιβάλλει τον κρατικό έλεγχο στον τρόπο σύστασης και λειτουργίας τους και περιορίζει το εύρος της δράσης τους. Επιπλέον, οι σύγχρονες πρακτικές του κράτους (δικαστικές παρεμβάσεις και αποφάσεις) αποτελούν τροχοπέδη της δυναμικής έκφρασής τους και ευνοούν την πολυδιάσπασή τους.

Εντούτοις, είναι προφανές ότι η ανάπτυξη δραστηριοτήτων που αφορούν την υγεία των πολιτών, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν είναι αποτέλεσμα διαλόγου με τις συνδικαλιστικές οργανώσεις των φορέων υγείας, καθώς νομιμοποιούνται με αυτό τον τρόπο οι στόχοι και τα μέσα που χρησιμοποιούνται. Αντίθετα, όταν απουσιάζει η συνδικαλιστική εκπροσώπηση, κανείς και τίποτα δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας θα ανταποκρίνεται σε πραγματικές ή σημαντικές ανάγκες των πολιτών -στην ουσία τα δημόσια συστήματα προσανατολίζονται στο να καλύπτουν εξ ολοκλήρου, μόνο την εντατική φάση των παθήσεων, παθήσεις που θεραπεύονται γρήγορα ή χρόνιες παθήσεις που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ιατρικό ενδιαφέρον-.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι ο ορισμός της Υγείας στη χώρα μας ως «δημόσιου αγαθού» δεν είναι παρά μια επίφαση της ολοένα αυξανόμενης ιδιωτικοποίησης των φορέων που την παρέχουν, όχι μόνο μέσω της επέκτασης και μεγέθυνσης των καθαρά

ιδιωτικών φορέων, αλλά και της συνεχούς αλληλοδιείσδυσης δημόσιου και ιδιωτικού, με τρόπο που να κάνει τον πρώτο να λειτουργεί ως φορέας ιδιωτικών συμφερόντων κάθε είδους -χαρακτηριστικό παράδειγμα, η ίδρυση και λειτουργία ΜΚΟ-. Πιο «αποδοτικές», πιο οικονομικές, περισσότερο ευέλικτες και λιγότερο γραφειοκρατικές οι τελευταίες, αποτελούν το καλύτερο μέσο συστηματικής μεταφοράς των ευθυνών της πολιτείας για κοινωνική προστασία, δημόσια και δωρεάν υγεία, σε ιδιωτικά συμφέροντα.

Η υγεία δεν είναι εμπόρευμα. Είναι αναγκαία η συστράτευση και ο διάλογος μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων που έχουν άμεση σχέση με την υγεία και κυρίως με τις συνδικαλιστικές δυνάμεις, ώστε να τεθεί εκ νέου το ζήτημα του δικαιώματος στην υγεία. Δεν είναι δυνατόν, η επιχειρηματοποίηση των δημόσιων συστημάτων υγείας και η εκμετάλλευση της ανεπίσημης και εθελοντικής φροντίδας να αποτελούν απάντηση στη συρρίκνωση της κρατικής παροχής. Δε συμβάλλουν στην αναβάθμιση της παρεχόμενης περίθαλψης οι γραφειοκρατικές ελίτ που λυμαίνονται το χώρο της υγείας και καθορίζουν το ρόλο των συνδικάτων ανάλογα με την οικονομική και πολιτική δύναμη που διαθέτουν.

Καλύτερα να αναζητηθεί μια νέα τάξη πραγμάτων όπου κράτος, αγορά και πολίτες θα μοιράζονται υποχρεώσεις και δραστηριότητες ενώ, θα αναπτύσσεται η δυνατότητα ύπαρξης ενδιάμεσων θεσμών παροχής υπηρεσιών, όπως η οργανωμένη εθελοντική πρωτοβουλία (Στασινοπούλου Ο., 1999). Παράλληλα, απαιτούνται σύγχρονες συνδικαλιστικές στρατηγικές, ικανές να συμπεριλάβουν και να προωθήσουν εξίσου δυναμικά και αποτελεσματικά τα συμφέροντα των εργαζομένων και των χρηστών, ώστε το αναφαίρετο δικαίωμα της υγείας να μην αντικατασταθεί από λογικές κερδοσκοπίας και καιροσκοπισμού.

Είναι σαφές, ότι το ζήτημα των συμφερόντων στο χώρο της υγείας, είναι αρκετά ευρύ για να μπορέσει να καλυφθεί στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας. Στο βαθμό που κάτι τέτοιο ήταν εφικτό, έγινε προσπάθεια ανάδειξης κάποιων από τους φορείς που εφαρμόζουν το ελληνικό σύστημα υγείας, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα (κερδοσκοπικό και μη), με έμφαση στον τρόπο με τον οποίο τα συμφέροντά τους επιδρούν και επενεργούν στην ανάπτυξη και εξέλιξή του.

Μια πιο εκτεταμένη και σε βάθος έρευνα που να περικλείει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα από φορείς και άλλες δομές του σημερινού ελληνικού συστήματος υγείας (ιδιωτικά νοσοκομεία, ψυχιατρεία, απλά μέλη του συνδικαλιστικού κινήματος κ.α.) αλλά και περισσότερη εμπειρική διερεύνηση, με συγκεκριμένα παραδείγματα για τον

τρόπο που κινούνται και δρουν οι ΜΚΟ στην Ελλάδα, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμες, ώστε να αναδειχθούν και να φωτιστούν όλες οι όψεις του ζητήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αφουξενίδης Α. (XX), *Κοινωνικό Κεφάλαιο και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στην Ελλάδα. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα της μη κυβερνητικής οργάνωσης «Κοινωνία Πολιτών»:* www.koinoniarpoliton.gr/site/content/view/216/27/lang,el GR.UTF8. ανάκτηση στις 10/6/2008.
2. Βασιλείου Θ.Α. & Σταματάκης Ν. (1991) *Λεξικό επιστημών του ανθρώπου*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
3. Βενιέρης Δ. (2003) «Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Νους «Ασθενής» εν σώματι Υγιεί;» στο Βενιέρης Δ. & Παπαθεοδώρου Χ., *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές*, Αθήνα, εκ. Ελληνικά Γράμματα.
4. Bowles S & Edwards R. (1994) *Κατανοώντας τον Καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, εντολή και μεταβολή στην οικονομία των ΗΠΑ*, Α' τόμος, Αθήνα, Gutenberg.
5. Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ. (2002) *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Αθήνα. εκ. Θεμέλιο.
6. Ewald F. (2000) *Ιστορία του κράτους πρόνοιας*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
7. Held D. (2007) *Μοντέλα Δημοκρατίας*, Αθήνα, εκ. Πολύτροπον.
8. Καζνεβ Ζ. Βικτωρωφ Ν. (1988) *Βασικά θέματα της Κοινωνιολογίας και Κοινωνιολογικό λεξικό*, Αθήνα, εκ. Καστανιώτη - Επικαιρότητα.
9. Καλύβης Α. (XX) *Η κατάσταση του εργατικού συνδικαλιστικού κινήματος. Η ανάγκη μιας νέας στρατηγικής*, <http://www.capital.gr/news.asp?details=512953>, ανάκτηση στις 23/8/2008.
10. Κανελλόπουλος Λ.(XX) *Η Παγκόσμια Κοινωνία των Πολιτών*, www.ergopoliton.gr/documents/LKanellopoulos.pdf, ανάκτηση στις 23/8/2008.
11. Καρλατήρα Π. (2002), *Εθελοντισμός: Ελάτε να... αυτοσχεδιάσουμε. Η ασφαλιστική κάλυψη, η διασπορά των αρμοδίων φορέων και η φορολογική πολιτική*, Το ΒΗΜΑ, 15/12/2002, σελ.: Α46, κωδ. άρθρου: Β13741Α461 ID: 251545, *Ανάκτηση στις 23/8/2008*.
12. Κελπανίδης Μ.(XX), *Κράτος Πρόνοιας και Εκπαίδευση*, εκ. Οίκος Αδελφών
13. «Κοινωνική Εργασία», *Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών της Ελλάδας*, Έτος 4^ο, Τ.χ. 11^ο, Αθήνα 1988.

14. Κοντιάδης Ξ.(1997) *Κράτος Πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα. Συμβολή στην ερμηνεία των μορφών συνταγματοποίησης της κοινωνικής προστασίας*», Αθήνα-Κομοτηνή, εκ. Σάκκουλα.
15. Κουζής Ι. «Ο ρόλος του κράτους στη διαμόρφωση των συλλογικών εργασιακών σχέσεων και οι επιπτώσεις στο συνδικαλιστικό κίνημα», στο *Διοίκηση και Πολιτεία. Μελέτες -9*, Δ/νση Παπαδημητρίου Γ., *Κοινωνικές Διεκδικήσεις και κρατικές Πολιτικές*, Μακρυδημήτρης Α., Επιμ. Σπανού Κ., εκ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1995.
16. Κωνσταντοπούλου Αικ.(XX) *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα*, <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95>, ανάκτηση στις 15/5/2008.
17. Laski Η. (1982) *Το Κράτος. Στη θεωρία και στην πράξη*, Αθήνα, εκ. «Κάλβος».
18. Μεγαλοοικονόμου Θ. (XX) *Ο ρόλος των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων στην ιδιωτικοποίηση της Ψυχικής Υγείας*, <http://www.psypirosi.gr/keimena/rolos1.htm>, ανάκτηση στις 23/8/2008.
19. Μηλλιός Γ. (1996) *Ο Μαρξισμός ως σύγκρουση τάσεων*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις.
20. Μιλλιμπαντ Ρ. (1984) *Το Κράτος στην καπιταλιστική κοινωνία. Ανάλυση του δυτικού συστήματος εξουσίας*, Αθήνα, εκ. Πολύτυπο.
21. Πετροπούλου Μ. & Λεοντόπουλος Ν., (2006), *Σε εγκατάλειψη η ψυχική υγεία*, 06/08/2006, http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=06.08.2006,id=65965484, ανάκτηση στις 15/5/2008.
22. Πιτσούλης Ν., «[Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις στη σημερινή πραγματικότητα](http://www.ngofederation.gr/EL/home.htm)» <http://www.ngofederation.gr/EL/home.htm>, ανάκτηση στις 23/8/2008.
23. Ρομπόλης Σ. & Χλέτσος Μ. (1995) *Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας*, Θεσσαλονίκη, εκ. Παρατηρητής.
24. Σεραφετινίδου Μ. (2002) *Εισαγωγή στην Πολιτική Κοινωνιολογία*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
25. Σούλης Σ. (1994) *Οικονομική της Υγείας*, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
26. Σπανού Κ. (2005) *Η πραγματικότητα των δικαιωμάτων. Κρατικές πολιτικές και πρόσβαση σε υπηρεσίες*, Αθήνα, εκ. Σαββάλας.

27. Σταθόπουλου Π. Α. (1996) *Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση*, Αθήνα, εκ. «Ελλην».
28. Στασινοπούλου Ο.Β. (1996) *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
29. Στασινοπούλου Ο. Β. (1992) *Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη – σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
30. Σουλιώτης Κ. (2000) *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα, εκ. Παπαζήση.
31. Spicker P. (2004) *Κράτος. Το Κράτος Πρόνοιας. Μια γενική θεωρία*, Αθήνα, εκ. Διόνικος.
32. Σωτηρέλης Γ. «Κράτος Πρόνοιας», Δικαιώματα και «Συντεχνίες», στο *Διοίκηση και Πολιτεία. Μελέτες -9*, Δ/νση Παπαδημητρίου Γ., Κοινωνικές Διεκδικήσεις και κρατικές Πολιτικές, Μακρυδημήτρης Α., Επιμ. Σπανού Κ., εκ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1995.
33. Τσακίρης Θ. (2006) *Ο συνδικαλισμός των εργαζομένων στις τράπεζες στην Ελλάδα (1974-1993)*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
34. Τσακίρης Θ. (2004) «Η αντιπαράθεση κομματικού και αυτόνομου συνδικαλισμού στο χώρο των τραπεζών κατά τη διάρκεια της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας, 1974-2000», *Τριάντα Χρόνια Δημοκρατία: Το Πολιτικό Σύστημα της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας, 1974-2004*, εκ. Κριτική και Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο.
35. Τσαούση Δ. Γ. (1985) *Η Κοινωνία του ανθρώπου. Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
36. Φραγκονικολόπουλος Χ. (2007) *Ο παγκόσμιος ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων. Δυναμική και αδυναμίες στην Παγκόσμια Διακυβέρνηση*, Αθήνα, εκ. Ι. Σιδέρης.
37. Φίλιας Β. (1996) *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης & Κοινωνικής Πολιτικής Επιμελητής: Φίλιας Βασίλης, Αθήνα, εκ. Gutenberg.
38. Χαρίσης Α. (1997) «Τα εργατικά συνδικάτα στο ελληνικό πολιτικό σύστημα. Τα συνδικάτα ως μορφή επαγγελματικής οργάνωσης και οικονομικής πάλης της

εργατικής τάξης», στο *Πλευρές του Νομικοπολιτικού Εποικοδομήματος στην Ελλάδα*, Κέντρο Μαρξιστικών ερευνών, Τμήμα Φιλοσοφίας και Δικαίου, Αθήνα, Σύγχρονη εποχή.

ΠΗΓΕΣ

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Προτάσεις για τη σύνταξη των κατευθύνσεων εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης 2007-2013», Αθήνα, 1/2/2005.
- Νόμος 3370/2005, ΦΕΚ 176Α/ 11.7.2005
- Νόμος 1264/1982, ΦΕΚ: Α 79 19820701 01.07.1982, «Για τον εκδημοκρατισμό του Συνδικαλιστικού Κινήματος και την κατοχύρωση των συνδικαλιστικών ελευθεριών των εργαζομένων» www.aueb.gr/seedip/N_1264_1982
- <http://www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies>
- <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/minservices/diarthrosi>
- www.mohaw.gr/gr/theministry/nomothesia/dymosia_ygeia
- <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=47832>
- <http://www.anthropos.gr>

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ (ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ)

- Προσωπική επικοινωνία με την πρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη
- Προσωπική επικοινωνία με τον αντιπρόεδρο του σωματείου εργαζομένων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ" Κορόξενο Μπάμπη.
- Προσωπική επικοινωνία με το γενικό σύμβουλο της ΠΟΕΔΗΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

περιλαμβάνει την Κεντρική Υπηρεσία και τις Αποκεντρωμένες Υπηρεσίες.

Α. Κεντρική Υπηρεσία

Διαρθρώνεται σε Γενικές Διευθύνσεις, Διευθύνσεις, Τμήματα, Γραφεία, Αυτοτελείς Υπηρεσίες και Τμήματα ως εξής:

α. Πολιτικό Γραφείο Υπουργού

β. Πολιτικά Γραφεία Υφυπουργών

γ. Γραφείο Γενικού Γραμματέα

δ. Γραφείο Γενικού Γραμματέα της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ε. Γενική Διεύθυνση Υγείας.

Περιλαμβάνει τις Διευθύνσεις:

1. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (τμήματα: οργάνωσης και λειτουργίας μονάδων, μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας ιδιωτικού τομέα, κατάρτισης προγραμμάτων)
2. Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας (τμήματα: οργάνωσης νοσοκομείων, λειτουργίας νοσοκομείων, αιμοδοσίας, παροχής άμεσης βοήθειας, ιδιωτικών κλινικών)
3. Ψυχικής Υγείας (τμήματα: νοσοκομειακής περίθαλψης, εξω-νοσοκομειακής προστασίας)
4. Προσωπικού νομικών προσώπων (τμήματα: γιατρών ΕΣΥ, επιστημονικού νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, γιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, ειδικευόμενων γιατρών)

5. Δημόσιας υγιεινής (τμήματα: επιδημιολογίας νοσημάτων, προστασίας και προαγωγής της δημόσιας υγείας, υγειονομικών κανονισμών δημόσιας υγείας, ιατρικής εργασίας, σχολικής υγείας)
6. Υγειονομικής μηχανικής και υγιεινής περιβάλλοντος (τμήματα: υγειονομικού ελέγχου υδάτων και αποβλήτων, ατμοσφαιρικής ρύπανσης ραδιενέργειας, ιοντιζουσών και μη ακτινοβολιών, περιβαλλοντολογικής υγιεινής μονάδων υγείας και οικισμών)
7. Φαρμάκων και Φαρμακείων (φαρμακευτικών φορέων φαρμάκων και καλλυντικών, φαρμακείων και φαρμακαποθηκών, ναρκωτικών)
8. συντονισμού και συνεργασίας με περιφέρειες και νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις (υπό σύσταση) (Ν. 3370/2005)
9. Στοματικής υγείας (Ν. 3370/2005)
10. Τμήμα Εξαρτησιογόνων ουσιών
11. Τμήμα χάρτη υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης

στ. Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών.

Περιλαμβάνει τις Διευθύνσεις:

1. Προσωπικού (τμήματα: προσωπικού, τεχνικής υποστήριξης, διοικητικής μέριμνας και αυτοκινήτων, συλλογικών οργάνων, γραμματείας)
2. Εκπαίδευσης και Έρευνας (τμήματα: εκπαίδευσης, έρευνας, συνεχιζόμενης κατάρτισης)
3. Οργάνωσης και Ποιότητας Υπηρεσιών (τμήματα: οργάνωσης, ποιότητας υπηρεσιών και απλούστευσης διαδικασιών, πληροφορικής)
4. Οικονομικού Πληροφορικής (τμήματα: προϋπολογισμού και οικονομικού προγράμματος, δημοσίων επενδύσεων, επεξεργασίας και ελέγχου προϋπολογισμών νοσοκομείων, εκκαθάρισης ελέγχου και εντολής πληρωμών αποδοχών προσωπικού νοσοκομείων)
5. Προμηθειών (τμήματα: κατάρτισης προγραμμάτων προμηθειών, εκτέλεσης προμηθειών, κοστολόγησης, κεντρικής αποθήκης υλικού)
6. Διεθνών Σχέσεων (τμήματα: ανάπτυξης διεθνούς συνεργασίας, ευρωπαϊκής ένωσης και νομοθετικής εναρμόνισης, μεταφράσεων)
7. Τεχνικών Υπηρεσιών (τμήματα: προγραμματισμού και εποπτείας έργων, μελετών και προδιαγραφών, αξιοποίησης περιουσίας κτηματολογίου και

τοπογραφίσεων, μελετών προδιαγραφών βιοϊατρικής τεχνολογίας)

ζ. Γενική Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Περιλαμβάνει τις Διευθύνσεις και τα Τμήματα:

1. Προστασίας Οικογένειας (τμήματα: οικογένειας και δημογραφικής πολιτικής, προστασίας παιδιών και εφήβων, προστασίας ηλικιωμένων)
2. Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης (τμήματα: προστασίας ευπαθών ομάδων, εθελοντισμού και πιστοποίησης φορέων, κοινωνικής προστασίας)
3. Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (τμήματα: οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων ανοικτής κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης, οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων αυξημένης φροντίδας)
4. Τμήμα Προσωπικού Φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας

η. Γενική διεύθυνση υπηρεσιών υγείας Ν. 3370/2005

Περιλαμβάνει τις Διευθύνσεις και τα τμήματα:

1. Επαγγελματιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (τμήματα: ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού, νοσηλευτικούς προσωπικού, λοιπών επαγγελματιών)
2. Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης (τμήματα: προγραμματισμού, μελετών και αξιολόγησης, πληροφόρησης, τεχνικής υποστήριξης προγραμμάτων)
3. Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (τμήματα: περίθαλψη, μητρώου ασφαλισμένων, παρακολούθησης, πιστώσεων και ελέγχου)

θ. Υπηρεσίες που υπάγονται απευθείας στον Υπουργό:

- Κέντρο επιχειρήσεων συντονιστικού οργάνου τομέα υγείας (Σ.Ο.Τ.Υ.)
(κέντρο επιχειρήσεων, συμβούλιο του Σ.Ο.Τ.Υ)

- Σώμα επιθεωρητών υγείας και πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)

1. Διεύθυνση Κέντρου επιχειρήσεων του Σ.Ο.Τ.Υ (τμήματα: οργάνωσης, υποστήριξης και παρακολούθησης διαδικασιών, υποστήριξης κέντρου επιχειρήσεων)

2. Διεύθυνση Γραμματείας Σ.Ε.Υ.Υ.Π (γραμματεία τομέα υγειονομικού-

φαρμακευτικού ελέγχου, γραμματεία τομέα ελέγχου φορέων κοινωνικής αλληλεγγύης, γραμματεία τομέα διοικητικού – οικονομικού ελέγχου και επιθεώρησης)

3. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Παρακολούθησης Προγραμμάτων (τμήματα: προγραμματισμού, παρακολούθησης και προγραμμάτων)

4. Διεύθυνση Παλλαϊκής Άμυνας - Πολιτικής Σχεδίασης Εκτάκτου Ανάγκης (ΠΑ.Μ. - Π.Σ.Ε.Α.) (τμήματα: πολιτικής άμυνας – πολεμικής περιόδου και εκπαίδευσης, σχεδίασης πολιτικής άμυνας ειρηνικής περιόδου)

5. Διεύθυνση Γραμματείας Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.) (τμήματα: διοικητικής υποστήριξης, επιστημονικής τεκμηρίωσης)

6. Τμήμα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, Νομοθετικού Συντονισμού και Κωδικοποίησης

7. Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων

8. Γραφείο (ΑΥ7) Εξυπηρέτησης Πολιτών

ι. Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στο Γενικό Γραμματέα:

1. Αυτοτελής Διεύθυνση οργάνωσης και υποστήριξης των Δ.Υ.ΠΕ (τμήματα: ομάδες διοίκησης έργου (Ο.Δ.Ε.)

2. Τμήμα Αυτοτελούς Υπηρεσίας Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών (τμήματα: γραφείο για την προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές)

κ. Υπηρεσίες υπαγόμενες στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας

1. Γραμματεία Επιχειρησιακών Προγραμμάτων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (τμήματα: υπηρεσία διαχείρισης του επιχειρησιακού προγράμματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης)

Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) (Ανεξάρτητη Αρχή)

Στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργούν επίσης σύμφωνα με ειδικές διατάξεις:

α. Γραφείο Νομικού Συμβούλου του Κράτους

β. Γραφείο Παρέδρου Ελεγκτικού Συνεδρίου

γ. Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου

δ. Υπηρεσία Στατιστικής

Β. Αποκεντρωμένες Υπηρεσίες

1. Επιθεώρηση Μακεδονίας - Θράκης

2. Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)
3. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)
4. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετατράπηκε με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α') σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και μετονομάσθηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) μέχρι την έκδοση του Π. Δ/τος, που θα ρυθμίζει την οργάνωση και λειτουργία της, εξακολουθεί να λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Π. Δ/τος 1233/1981 (ΦΕΚ 306 Α') ως και με κάθε άλλη σχετική ειδική διάταξη

ΦΟΡΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ

[ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ \(ΚΕΘΕΑ\)](#)

[ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ](#)

[ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ](#)

[ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ \(ΕΚΕΔΙ\)](#)

[ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ](#)

[ΠΑΙΔΩΝ \(ΕΛΕΠΑΠ\)](#)

[ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ \(ΕΚΚΑ\)](#)

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΑ, ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΙΕΝΘΥΑΕ)

[ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ \(ΙΥΠ\)](#)

[ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ \(ΚΕΑΤ\)](#)

ΕΛΒΙΟΝΥ

ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΩΦΩΝ (ΕΙΚ)

[ΕΟΦ](#)

[ΔΕΠΑΝΟΜ](#)

[ΑΕΜΥ](#)

[ΕΚΕΒΥΛ](#)

[ΙΦΕΤ](#)

[ΟΚΑΝΑ](#)

[ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.](#)

[ΕΚΑΒ](#)

[ΕΣΔΥ](#)

[ΙΚΠΑ](#)

[ΕΟΜ](#)

ΜΚΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- ◆ AIDS ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ - Σύλλογος συμπαράστασης φορέων & ασθενών με AIDS
- ◆ MDA ΕΛΛΑΣ - Σωματείο για τη φροντίδα των ατόμων με νευρομυϊκές παθήσεις
- ◆ PROLEPSIS- Ινστιτούτο προληπτικής, περιβαλλοντολογικής και εργασιακής ιατρικής "ΠΡΟΛΗΨΗ"
- ◆ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ - Σύλλογος εθελοντών αιμοδοτών (ΝΑΥΠΑΚΤΟΣ) ΑΓ.Α.ΠΑ.Ν (Ανακουφιστική Συμπνευτική Παρηγορητική Αγωγή)
- ◆ ΑΘΗΝΑ -Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης & Ψυχοθεραπείας
- ◆ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΟ (Φοιτητική ομάδα εθελοντικής αιμοδοσίας του Πανεπιστημίου Αθηνών)
- ◆ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ Διοργάνωση εκστρατειών υγείας και πρόληψης σε Ελλάδα και αναπτυσσόμενες χώρες
- ◆ ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ
- ◆ ΓΙΑΤΡΟΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ
- ◆ ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ
- ◆ Δεξαμενή Εθελοντών Δοτών Μυελού Οστών Του Π. Γ. Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ - ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
- ◆ Διεθνές Δίκτυο Αναδιανομής Βιοϊατρικού και Νοσοκομειακού Εξοπλισμού - International Network for the Recirculation of the Biomedical and Hospital Equipment (HORINET)
- ◆ ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ
- ◆ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ.
- ◆ Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων και Ανταλλαγών Φοιτητών Ιατρικής - Hellenic Medical Students International Committee - HelMSIC
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΝΤΙΡΕΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΩΝΑ, ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΖΩΔΟΥΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΕΩΣ, ΕΕΟΣ
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
- ◆ Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ
- ◆ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
- ◆ Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περίθαλψης
- ◆ Ελληνικό Κέντρο Σύγχρονης Κοινωνικής Αντίληψης Ελπίδα - Σύλλογος Γονέων & Κηδεμόνων με Νεφροπαθή Παιδιά
- ◆ ΕΛΠΙΔΑ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
- ◆ Ένωση Γονέων Διαβητικών Παιδιών και Εφήβων Βορείου Ελλάδος
- ◆ ΕΝΩΣΗ ΔΩΡΗΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ
- ◆ Ένωση Δωρητών Οργάνων Ιστών Ανθρώπινου Σώματος και Αιμοδοτών - ΑΙΜΟΔΩΡΗΤΗΣ
- ◆ ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ
- ◆ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
- ◆ Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας – ΕΠΑΨΥ
- ◆ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ
- ◆ Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού & του Εφήβου
- ◆ ΙΡΙΣ - Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών & Ενηλίκων
- ◆ ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ
- ◆ Κέντρο Υποστήριξης Κακοποιημένων Ατόμων και Μονογονεϊκών Οικογενειών
- ◆ ΚΛΙΜΑΚΑ
- ◆ ΝΕΟΙ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ
- ◆ ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- ◆ Ομάδα Φοιτητικής Εθελοντικής Αιμοδοσίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (ΟΦΕΑΚ)
- ◆ Όμιλος Φίλων Αιματολογικής Κλινικής Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
- ◆ Όναρ και φίλοι του Όναρ - Μέσω τέχνης για το άρρωστο παιδί
- ◆ Πανελλήνια Εταιρεία Προστασίας Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία

- ◆ Πανελλήνια Κίνηση για τη Μεσογειακή Αναιμία
- ◆ Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων - Συλλόγων με Σακχαρώδη Διαβήτη (Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.Δ.Ι.Α)
- ◆ Πανελλήνιος Σύλλογος Ασθενών και Φίλων Πασχόντων από Νόσο Gaucher και άλλες Λυσοσωμικές Διαταραχές
- ◆ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ
- ◆ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΩΡΗΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΣ
- ◆ Πανελλήνιος Σύλλογος Εθελοντών Αιμοδοτών Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ◆ Πανελλήνιος Σύλλογος Εθελοντών Αιμοδοτών, Δοτών Ιστών, Οργάνων και Βιολογικού Υλικού
- ◆ Πανελλήνιος Σύλλογος Μεταμοσχευθέντων εκ Νεφρού - οι Άγιοι Ανάργυροι
- ◆ Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS - ΕΛΠΙΔΑ
- ◆ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ
- ◆ ΠΙΣΤΗ - Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Παιδιών με Νεοπλασματικές Παθήσεις
- ◆ ΠΙΝΟΗ - Φίλοι Εντατικής Θεραπείας Παιδιού
- ◆ Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Βορείου Ελλάδος Παιδιών Πασχόντων από την Ινώδη Κυστική Νόσο
- ◆ Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Παιδιών και Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία
- ◆ Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Παιδιών με Νεοπλασματικές Παθήσεις
- ◆ Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων του Ιδρύματος Περιθάλψεως Ανιάτων Παίδων
- ◆ Σύλλογος Γονέων Παιδιών που πάσχουν από Κακοήθη Νοσήματα Β. Ε. - Η ΛΑΜΨΗ
- ◆ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ◆ Σώμα Εθελοντών Αιμοδοτών Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
- ◆ Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών

ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑΤΡΩΝ

- Καλύτερες συνθήκες εργασίας (διαμορφωμένοι χώροι, γραφεία, εξοπλισμοί ιατρείων, κ.α.)
- Αυξήσεις μισθών
- Λιγότερες και πιο ανθρώπινες εφημερίες
- Περισσότερη χρηματική απολαβή από τις εφημερίες
- Εξοπλισμός των νοσοκομείων με κατάλληλα διαγνωστικά μηχανήματα
- Πιο οργανωμένες μονάδες (π.χ. εντατική, μονάδες αυξημένης φροντίδας (ΜΕΘ). Περισσότερα κρεβάτια και προσωπικό.
- Προσλήψεις γιατρών και παραϊατρικού προσωπικού (νοσηλευτές)
- Περισσότερες δυνατότητες εκπαίδευσής τους, με εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια στους ήδη εργαζόμενους (δηλαδή δυνατότητα μετεκπαίδευσης, παρότρυνση από το κράτος με χρηματοδοτήσεις κ.α.), δυνατότητα ενημέρωσης και εκπαίδευση με κάθε καινούργιο και πρωτοποριακό που μπορεί να αναπτύσσεται σε άλλες χώρες (π.χ. άλλοι σύγχρονοι τρόποι διαφόρων επεμβάσεων και παροχή εκσυγχρονισμένων μηχανημάτων)
- Το ασφαλιστικό πρόβλημα. Αξιοπρεπής σύνταξη, εξασφάλιση από τα ταμεία «ασφαλούς» εξουσιοδότησης (π.χ. όριο ηλικίας, ποσό σύνταξης, βαρέα και ανθυγιεινά.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1. Προσωπική επικοινωνία με την πρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Νοσοκομείου Κοργιαλένιο- Μπενάκειο Ε.Ε.Σ. Ευαγγελία Γαλάνη (εκπρόσωπος Αριστερής Πρωτοβουλίας) στις 24/09/08 ώρα 12:00:

-Σπουδάστριες: Καλησπέρα, ονομαζόμαστε Εύη και Χριστίνα, είμαστε σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ Πάτρας και πραγματοποιούμε την πρακτική μας άσκηση στο νοσοκομείο σας.

- Πρόεδρος: Καλησπέρα.... Καθίστε.

- Σπουδάστριες: Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας η οποία έχει ως θέμα «Συμφέροντα, (ενδιαφέροντα) στον τομέα της υγείας», θα θέλαμε να μας πείτε ορισμένα πράγματα για εσάς και τον ρόλο σας στο σωματείο εργαζομένων. Να ξεκινήσουμε με το τι είναι σωματείο;

- Πρόεδρος: Σωματείο είναι η συλλογική οργάνωση των εργαζομένων που κύριος στόχος τους είναι η διασφάλιση των συμφερόντων των εργαζομένων, η διασφάλιση της υγείας των ασθενών, η προαγωγή της δημόσιας υγείας και καθετί που έχει να κάνει με την βελτίωση των συνθηκών εργασίας και παροχής υγείας. Σε πρακτικό επίπεδο πρόσληψη προσωπικού υγιεινής και ασφάλειας, αύξηση κονδυλίων κ.α.

- Σπουδάστριες: Σε πρακτικό επίπεδο εφαρμόζονται αυτά;

- Πρόεδρος: Ναι τα διεκδικούμε. Μερικά από αυτά τα πετυχαίνουμε, άλλα όχι, και μερικά αιτήματα εξαρτώνται από την τοπική διοίκηση όπου ενδεχομένως είναι πιο εύκολο να επιλυθούν. Υπάρχουν όμως γενικότερα θέματα που αφορούν την πολιτική της υγείας τα οποία περνούν από το υπουργείο όπου τα συλλογικά όργανα παρεμβαίνουν εφόσον εκεί παίζουν ρόλο οι εκάστοτε κυβερνήσεις. Αν η πολιτική τους είναι να προάγουν τη δημόσια υγεία ή να προβούν σε ιδιωτικοποίηση της υγείας.

- Σπουδάστριες: Από ποιους αποτελείται το σωματείο;

- Πρόεδρος: Το σωματείο αποτελείται από όλους τους εργαζόμενους που είναι εγγεγραμμένοι σ' αυτό.

- Σπουδάστριες: Πώς εκλέγονται τα μέλη του σωματείου;

- Πρόεδρος: Γίνονται εκλογές κάθε δύο χρόνια, στις οποίες ψηφίζουν όλα τα μέλη και συμμετέχουν είτε συνδυασμοί με πολιτική κατεύθυνση κάποιου κόμματος, είτε

ανεξάρτητοι υποψήφιοι, αλλά και με ομαδοποιήσεις, δηλαδή γίνεται μια συλλογή απόψεων, ένας συνδυασμός απόψεων και προσώπων. Οι συνδυασμοί που επικρατούν, ΠΑΣΚΕ, ΔΑΚΕ, Αριστερή πρωτοβουλία, Αγωνιστική συσπείρωση.

- Σπουδάστριες: Ποια επικρατεί;

- Πρόεδρος: Η ΠΑΣΚΕ επικρατούσε τα τελευταία χρόνια όμως στις τελευταίες εκλογές η Αριστερή πρωτοβουλία πήρε τους περισσότερους ψήφους.

- Σπουδάστριες: Ποιοι αποτελούν την εκτελεστική επιτροπή;

- Πρόεδρος: Η διοίκηση του σωματείου είναι επταμελής. Αποτελείται από τους: πρόεδρο, αντιπρόεδρο, γραμματέα, αναπληρωτή γραμματέα, ταμεία και δύο μέλη.

- Σπουδάστριες: Όταν λέτε ταμείο; Υπάρχουν κάποιες εισφορές;

- Πρόεδρος: Η εισφορά στο νοσοκομείο βγαίνει από την γενική συνέλευση των εργαζομένων η οποία είναι τρία ευρώ το μήνα. Αυτά είναι τα έσοδα του σωματείου. Η εισφορά των εργαζομένων είναι υποχρεωτική.

- Σπουδάστριες: Πώς λειτουργεί το ταμείο;

- Πρόεδρος: Το ταμείο το διαχειρίζεται το επταμελές συμβούλιο. Τα χρήματα διατίθενται για εισφορά στην ομοσπονδία που είναι υποχρεωτική αφού σαν σωματείο είμαστε μέλη της Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν. Χρήματα δίνονται για τις ενδεχόμενες ανάγκες των κινητοποιήσεων (πανό, αφίσα, φυλλάδια), στον παιδικό σταθμό που λειτουργεί το σωματείο στο νοσοκομείο, στην κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίττας, καθώς και στα παιδιά των εργαζομένων που περνούν στο πανεπιστήμιο (δώρα).

- Σπουδάστριες: Το σωματείο λειτουργεί σύμφωνα με κάποιο κανονισμό;

- Πρόεδρος: Υπάρχει καταστατικό που προβλέπει όλους τους στόχους και τις λειτουργίες του σωματείου. Όταν πρόκειται να ιδρυθεί το σωματείο υποβάλλεται στο πρωτοδικείο ένα καταστατικό με βάση κάποιους κανόνες οι οποίοι είναι βασισμένοι στην εργατική νομοθεσία.

- Σπουδάστριες: Πώς δρα το σωματείο; Με ποιον τρόπο διεκδικείται τα αιτήματά σας;

- Πρόεδρος: Τα πρωτοβάθμια σωματεία δεν έχουν καμία επικοινωνία με το υπουργείο. Η ΠΟΕΔΗΝ διεκδικεί από το υπουργείο, ζητά συνάντηση με υπουργό, υφυπουργό. Η ΠΟΕΔΗΝ υποβάλλει ένα πλαίσιο αιτημάτων και ενημερώνει και το σωματείο. Η ΑΔΕΔΥ από την άλλη προβάλλει τα αιτήματα όλων των δημοσίων υπαλλήλων.

- Σπουδάστριες: Το υπουργείο συζητά τα θέματα; Πώς γίνεται η συνεννόηση;

- Πρόεδρος: Οι κυβερνήσεις καθορίζουν την πολιτική τους. Για παράδειγμα λένε, τόσο ποσοστό του Α.Ε.Π. θα διατεθεί για την υγεία. Ο μόνος τρόπος για να διεκδικήσουν τα σωματεία είναι οι κινητοποιήσεις, οι απεργίες, οι διαδηλώσεις. Το υπουργείο δεν θα ενδιαφερθεί για τις αλλαγές που χρειάζονται. Δεν μας καλεί να συζητήσουμε για το τι πρέπει να αλλάξει. Εμείς αυτή τη στιγμή αυτά που διεκδικούμε είναι το θέμα με τα βαρέα και ανθυγιεινά, προσλήψεις, επιδόματα που δε δίνονται στους υπαλλήλους... αυτά τα αιτήματα δεν είναι τωρινά, είναι αρκετών ετών. Δεν έχουν υλοποιηθεί ακόμα. Υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Οι προσλήψεις κανονικά είναι 100.000 νοσηλευτές από το 90' που δεν έχουν πραγματοποιηθεί ποτέ.

- Σπουδάστριες: Απ' ότι γνωρίζουμε υπάρχει πρόβλημα και στην εντατική;

- Πρόεδρος: Πιέζουμε για προσλήψεις προσωπικού εκπαιδευμένου το οποίο θα μπορεί να παρέχει πλήρως υπηρεσίες. Έχουμε δέκα κλίνες στην εντατική, λειτουργούν και οι δέκα αλλά υπάρχει δυνατότητα για άλλα τέσσερα κρεβάτια και δεν υπάρχει προσωπικό. Αυτό όμως σημαίνει εντατικοποίηση του προσωπικού με αποτέλεσμα να μην παρέχει τις υπηρεσίες όπως πρέπει. Υπάρχει γενικά έλλειψη. Όπως ακούτε και για το νομοσχέδιο για τον ιδιωτικό τομέα, υπάρχει το ενδεχόμενο να ανέβει το όριο ηλικίας και στο δημόσιο τομέα και προκειμένου οι εργαζόμενοι να αποφύγουν τις τρέχουσες εξελίξεις παίρνουν σύνταξη. Φεύγουν άτομα χωρίς να αντικαθίστανται. Το νοσοκομείο στο ευρύ κοινό είναι γιατροί και νοσηλευτές, όμως στην πραγματικότητα για να λειτουργήσει το νοσοκομείο χρειάζεται υποστηρικτικές λειτουργίες όπως: πλυντήρια ιματισμού, τμήμα αποστείρωσης, διαιτολογικό τμήμα, τμήμα πληροφορικής (οργάνωση πληροφοριών), λογιστήριο (έσοδα - έξοδα), προμήθειες.

- Σπουδάστριες: Οι προμήθειες πώς γίνονται;

- Πρόεδρος: Αυτό είναι ένα θέμα το οποίο δεν έχει μπει σε τάξη. Υπάρχουν τόσες δαιδαλώδεις διαδικασίες για να έρθει ένα προϊόν στο νοσοκομείο που κανείς δεν ξέρει τις διαδικασίες πραγματικά.

- Σπουδάστριες: Πιστεύεται ότι στο χώρο της υγείας επικρατεί στασιμότητα;

- Πρόεδρος: Δυστυχώς δεν υπάρχει ουσιαστική επαφή με το υπουργείο. Εμείς μέσα από τις διαδηλώσεις προσπαθούμε να πετύχουμε κάποια πράγματα. Πρόσφατα έγιναν διαδηλώσεις γιατί κινδύνευε να κλείσει το τμήμα αιμοδοσίας που γίνονται μεταγγίσεις.

Εγώ έχω αυτές τις απόψεις και αυτές εκφράζω. Ενδεχομένως κάποιος να έχει άλλη άποψη. Δεν υπάρχει πολιτική βούληση. Διαθέτω προϋπολογισμό για προσλήψεις,

υγεία και παιδεία. Η ζωή είναι υγεία και παιδεία. Έτσι εκτιμώ ότι είναι τα πράγματα. Οι μεγάλες προσλήψεις γίνανε το 80' όταν στηνότανε το Ε.Σ.Υ. Επίσης άλλο ένα θέμα είναι ότι πολλά κομμάτια λειτουργίας του νοσοκομείου δίνονται σε εργολάβους. Εδώ λειτουργούν με εργολαβία τα συνεργεία καθαριότητας και φύλαξης. Έρχονται άνθρωποι χωρίς εκπαίδευση και για λίγο. Ο εργολάβος θα τους απολύσει για να μην τους ασφαλίσει. Οπότε έχουμε τη μαύρη εργασία μέσα στα νοσοκομεία. Σας παρουσίασα μια ζοφερή πραγματικότητα.

- Σπουδάστριες: Οπότε εσείς προσπαθείτε να ασκήσετε πίεση για όλα αυτά τα θέματα στο υπουργείο.

- Πρόεδρος: Εκτός από αυτό μας ενδιαφέρει η αφύπνιση των εργαζομένων. Υπάρχει αγανάκτηση και απογοήτευση γενικότερη. Πρέπει να γίνει κάτι εκρηκτικό για να ξεσπάσουν. Έχουν να μας πληρώσουν τις υπερωρίες έξι μήνες. Το υπουργείο υπόσχεται ότι θα κάνει κάτι εντός ημερών και μένει τις περισσότερες φορές στις υποσχέσεις.

Δεν έχουμε αποτελέσματα. Τα νοσοκομεία έχουν μπει στον αυτόματο πιλότο και γενικά η υγεία. Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι η ιδιωτικοποίηση. Όσο υπάρχει μη χρηματοδότηση και υποβάθμιση των δημοσίων νοσοκομείων, όποιος μπορεί να πληρώσει στρέφεται προς τον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με στοιχεία το 60% των δαπανών της υγείας είναι από τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης ένα από τα κομμάτια που διεκδικεί η Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν. είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που σημαίνει αποκέντρωση των υπηρεσιών και εύκολη πρόσβαση του ασθενούς στην υγεία. Όταν π.χ. έχεις έναν απλό πυρετό δεν μπορεί να έρχεσαι στο νοσοκομείο που είναι τριτοβάθμια φροντίδα. Αυτό σημαίνει ταλαιπωρία του ασθενή και επιβάρυνση του συστήματος υγείας.

Επίσης υπάρχουν και άλλα κομμάτια της υγείας που δεν είναι εύκολα. Αυτά είναι η ψυχική υγεία και τα εξαρτημένα άτομα. Εκεί τα πράγματα είναι ακόμα χειρότερα. Δεν υπάρχει καμία υποδομή. Ένα άλλο κομμάτι που θα πρέπει να γνωρίζετε είναι το θέμα της παραοικονομίας στις προμήθειες και στους γιατρούς. Είναι πάρα πολλά τα κομμάτια που δε λειτουργούν σωστά. Ο τομέας της οδοντιατρικής (δεν υπάρχει δημόσια περίθαλψη) της μαιευτικής (μη εμπιστοσύνη στα δημόσια μαιευτήρια), οφθαλμολογικής (τα ταμεία δεν καλύπτουν για γυαλιά).

Δυστυχώς πρέπει να αλλάξει όλη η δομή της κοινωνίας διότι η οργάνωσή της πολυπλέκεται. Πρέπει να υπάρχει πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα για να μπορέσουμε να αποφύγουμε όλα τα υπόλοιπα. Όλα αυτά τα χρόνια τα νοσοκομεία

είναι τα ίδια και τα πιο σύγχρονα νοσοκομεία δεν έχουν προσωπικό. Πρέπει να γίνει κάτι πολύ δραστικό για να αλλάξουν τα πράγματα. Ο κόσμος έχει χάσει και την εμπιστοσύνη του στα σωματεία. Το καταλαβαίνω γιατί κάποιοι στοχεύουν σε υψηλότερες βαθμίδες, ξεκινούν από το σωματείο μετά ΠΟΕΔΗΝ ύστερα ΑΔΕΔΥ για να καταλήξουν στη βουλή. Πρέπει ο καθένας να προσπαθεί να κάνει ότι μπορεί.

- Σπουδάστριες: Ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο που μας αφιερώσατε.

- Πρόεδρος: Κι εγώ ευχαριστώ. Καλή σταδιοδρομία.

2. Προσωπική επικοινωνία με τον αντιπρόεδρο του σωματείου εργαζόμενων του Π. Γ. Ν. Θ. "ΑΧΕΠΑ" Κορόξενο Μπάμπη (εκπρόσωπος ΠΑΣΚΕ) 29/09/08 ώρα 11:00.

-Σπουδάστρια: Καλημέρα, ονομάζομαι Πετρούση Μαρία, είμαι σπουδάστρια του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ Πάτρας και πραγματοποιώ την πρακτική μου άσκηση στο Νοσοκομείο σας.

Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας η οποία έχει ως θέμα "Συμφέροντα, (ενδιαφέροντα) στον τομέα της υγείας", θα ήθελα να μου πείτε ορισμένα πράγματα για εσάς και τον ρόλο σας στο σωματείο εργαζομένων.

-Αντιπρόεδρος : Καλημέρα, είμαι η πρόεδρος του σωματείου των εργαζομένων του Νοσοκομείου. Σαν πρόεδρος οι αρμοδιότητες μου είναι να εκπροσωπώ το Σωματείο στα δικαστήρια και σε όλες γενικά τις κρατικές αρχές. Διευθύνω και προεδρεύω στις συνεδριάσεις του Δ. Σ. και υπογράφω μαζί με την Γενική Γραμματέα όλα τα γενικά έγγραφα.

- Σπουδάστρια: Πώς μπορεί κάποιος να γίνει μέλος του Σωματείου Εργαζομένων;

- Αντιπρόεδρος: μέλος του Σωματείου μπορεί να γίνει κάθε εργαζόμενος του νοσοκομείου μας ανεξάρτητα ηλικίας και εθνικότητας. Εκλογές γίνονται κάθε δύο χρόνια και έχουν δικαίωμα ψήφου όλοι οι εργαζόμενοι. Το υποψήφιο μέλος εγγράφεται στο Σωματείο μετά από αίτηση που υποβάλλει στο Δ. Σ. το οποίο είναι υποχρεωμένο να αποφασίσει στην πρώτη μετά την υποβολή της αίτησης συνεδρίαση του. Τα μέλη του Σωματείου είναι ισότιμα μεταξύ τους και έχουν το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι.

- Σπουδάστρια: Πότε ιδρύθηκε το Σωματείο των εργαζομένων του νοσοκομείου και για ποιους σκοπούς;

- Αντιπρόεδρος: Το Σωματείο μας ιδρύθηκε στις 15/04/1983 από τους ίδιους τους εργαζομένους.

Σκοποί του Σωματείου είναι η διαφύλαξη και προαγωγή των εργασιακών, οικονομικών, ασφαλιστικών, κοινωνικών, και συνδικαλιστικών συμφερόντων των εργαζομένων. Η ανάπτυξη ταξικής συνείδησης και η υπεράσπιση και καταχώρηση όλων των δικαιωμάτων τους σαν εργαζόμενους. Επίσης σκοπός μας είναι η ανάπτυξη πνεύματος αλληλεγγύης και συναδελφικότητας μεταξύ τους και η συνεργασία τους με άλλα Σωματεία για την προάσπιση των κοινών σκοπών.

- Σπουδάστρια: Πώς επιτυγχάνεται η επίτευξη των στόχων του Σωματείου;

- Αντιπρόεδρος: Η επίτευξη των στόχων επιτυγχάνεται με την συσπείρωση, δραστηριοποίηση όλων των εργαζομένων του νοσοκομείου, με την ανάπτυξη ενότητας και αλληλεγγύης μεταξύ των μελών του Σωματείου καθώς και με τη συχνή ενημέρωσή τους και με τη συμμετοχή των μελών σε κάθε μορφή συνδικαλιστικής πάλης από τις απλές στάσεις εργασίας μέχρι την απεργία διαρκείας.

- Σπουδάστρια: Τι είδους αποφάσεις μπορεί να πάρει το Σωματείο εργαζομένων ενός νοσοκομείου και μέχρι που μπορεί να φθάσει η δραστηριότητά του;

- Αντιπρόεδρος: Το Σωματείο εργαζομένων ενός νοσοκομείου θεωρείται πρωτοβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο. Δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο είναι η ΠΟΕΔΗΝ το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα και υπάγονται σε αυτό όλα τα Σωματεία της χώρας. Αυτή αποφασίζει για τις γενικές συνελεύσεις και για τις κινητοποιήσεις των εργαζομένων. Αμέσως μετά είναι η ΑΔΕΔΥ που είναι το ανώτερο συνδικαλιστικό όργανο.

Άρα εμείς σαν Σωματείο εργαζομένων του συγκεκριμένου νοσοκομείου όταν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα ή αφορά δικαιώματα εργαζομένων του νοσοκομείου μας αρχικά ζητάμε συνάντηση με τον διοικητή του νοσοκομείου και αν δεν υπάρξει ανταπόκριση απευθυνόμαστε στην ΠΟΕΔΗΝ και από εκεί αποφασίζεται ο τρόπος διεκδίκησης του αιτήματος.

- Σπουδάστρια: Ποια μέθοδος ακολουθείται συχνότερα;

- Αντιπρόεδρος: Όπως διαφαίνεται τις περισσότερες φορές τα αιτήματα των εργαζομένων προσπαθούν να γίνουν γνωστά μέσω απεργιακών κινητοποιήσεων οι οποίες αποφασίζονται από την ΠΟΕΔΗΝ και δεν αφορούν εργαζόμενους μεμονωμένου νοσοκομείου αλλά εργαζόμενους όλων των νοσοκομείων.

- Σπουδάστρια: Οι απεργιακές κινητοποιήσεις λύνουν τελικά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας;

- Αντιπρόεδρος: Η συμμετοχή των εργαζομένων είναι καταλυτική σε αυτή την περίπτωση. Όσο μεγαλύτερη συμμετοχή υπάρχει τόσο περισσότερο η διοίκηση και το υπουργείο προβληματίζεται και αντιλαμβάνεται την σοβαρότητα της κατάστασης και του αιτήματός μας.

Το κακό είναι ότι η διοίκηση έχει εισβάλει στο Σωματείο και στον εργαζόμενο είτε με απειλές όπως αποσπάσεις, μεταθέσεις, είτε με υποσχέσεις που περιέχουν προσωπικές απολαβές όπως καλύτερη θέση και πιο εντατικό ωράριο. Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια οι κινητοποιήσεις και οι απεργίες έχουν μεγάλο ποσοστό αποτυχίας λόγω μη συμμετοχής.

- Σπουδάστρια: Με ποιον τρόπο μπορεί να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος ώστε να συμμετέχει;

- Αντιπρόεδρος: Η ιστορία έχει αποδείξει ότι ο κόσμος ευαισθητοποιείται μόνο από σημαντικά και σοβαρά θέματα που αφορούν όλους τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα, το συνταξιοδοτικό ζήτημα. Με τις αλλαγές που ανακοίνωσε η κυβέρνηση στο ασφαλιστικό ευαισθητοποιήθηκε όλος ο κόσμος. Διοργανώθηκε από την ΑΔΕΔΥ απεργιακή κινητοποίηση με μεγάλη συμμετοχή γιατί δεχτήκαμε από το κράτος ένα θέμα που αφορούσε υπαλλήλους όλης της χώρας. Σε άλλες περιπτώσεις ο κόσμος δεν ασχολείται ίσως γιατί έχει κουραστεί από τις υποσχέσεις, ίσως γιατί δεν θέλει να συγκρουστεί με τη διοίκηση.

- Σπουδάστρια: Μέσα στις διεκδικήσεις σας είναι και το κομμάτι που αφορά τα συμφέροντα του απλού πολίτη ο οποίος ζητά νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη;

- Αντιπρόεδρος: Ασφαλώς και μέσα στις απεργιακές κινητοποιήσεις και διεκδικήσεις περιλαμβάνεται ο πολίτης, ο νοσηλευόμενος και κάθε άνθρωπος που δικαιούται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για παράδειγμα το αίτημά μας για πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού δεν αφορά μόνο τις καλύτερες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό αλλά και για καλύτερη εξυπηρέτηση του περιθαλπόμενου.

Επίσης τα αιτήματά μας για υλικοτεχνική υποδομή των νοσοκομείων και εγκατάσταση μηχανημάτων ώστε ο πολίτης να μη χρειάζεται να αναζητά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα.

- Σπουδάστρια: Ευχαριστώ πολύ για την συνέντευξη και το χρόνο που διαθέσατε.

- Αντιπρόεδρος: Κι εγώ ευχαριστώ. Καλό πτυχίο.

3. Προσωπική επικοινωνία με τον γενικό σύμβουλο της ΠΟΕΔΗΝ Αναστασίου Λεωνίδα (εκπρόσωπος της ΠΑΣΚΕ) 29/10/08 ώρα 12:00

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Καλημέρα. Ονομάζομαι Βρατσίστα Χριστίνα και είμαι σπουδάστρια του τμήματος κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας.

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Χάρηκα. Εγώ είμαι γενικός σύμβουλος της ομοσπονδίας. Τι θα ήθελες να μάθεις;

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Θα ήθελα να πάρω κάποιες πληροφορίες για τον ρόλο σας σαν ομοσπονδία και πως εσείς επικοινωνείτε με το υπουργείο.

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Καταρχήν η ομοσπονδία είναι ένα δευτεροβάθμιο συλλογικό όργανο το οποίο προασπίζει τα συμφέροντα των εργαζομένων.

Αυτή τη στιγμή προσπαθούμε και παλεύουμε για την δημόσια υγεία, έτσι ώστε ο πολίτης να μπορεί να εξυπηρετείται και να έχει ισότιμη πρόσβαση. Υπάρχει σοβαρό πρόβλημα υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης στον τομέα της υγείας οπότε η συμβολή της ομοσπονδίας είναι σημαντικότερη από κάθε άλλη φορά.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Η επικοινωνία με το υπουργείο με ποιο τρόπο γίνεται;

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Έχουμε την δυνατότητα της άμεσης παρέμβασης, δηλαδή η εκτελεστική επιτροπή κάνει παραστάσεις με το υπουργείο και συζητήσεις. Άλλες διαδικασίες είναι τα έγγραφα και τα υπομνήματα και όταν δεν περνάει τίποτα από αυτά ή δεν είναι εύκολο να επιλυθεί το πρόβλημα, προχωράμε στις αγωνιστικές κινητοποιήσεις. Ο συνδικαλισμός έχει συγκεκριμένα όπλα.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Σε ποιο θεωρητικό πλαίσιο πώς σας αντιμετωπίζει το υπουργείο;

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Το πρόβλημα δεν έγκειται μόνο στην συμπεριφορά του υπουργείου. Υπάρχει μια γραμμή που χαράσσει η εκάστοτε κυβέρνηση και πάνω σ' αυτή τη γραμμή πατάει και ο υπουργός. Αυτή τη στιγμή η πολιτική που χαράσσει η κυβέρνηση είναι στην κατεύθυνση της αποσάθρωσης της υγείας. Υπάρχει ενίσχυση των ιδιωτικών επενδύσεων. Επίσης εντονότατο πρόβλημα αυτή τη περίοδο αντιμετωπίζουν οι γιατροί με τις εφημερίες. Αν δεν λυθεί αυτό το πρόβλημα θα έχουμε έλλειψη γιατρών στα νοσοκομεία διότι οι γιατροί αρνούνται να ενεργήσουν αντίθετα από αυτά που προβλέπει η ευρωπαϊκή ένωση για αυτούς.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Θεωρείται ότι το υπουργείο έχει κάποιο συμφέρον να οδηγεί την υγεία στην ιδιωτικοποίηση;

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Υπάρχει συμφέρον. Αυτά δεν γίνονται τυχαία. Η κάθε παράταξη εξυπηρετεί κάποια συμφέροντα. Αυτό που φαίνεται ξεκάθαρα είναι ότι η κυβέρνηση προσπαθεί να στρέψει τα πράγματα προς το ιδιωτικό κεφάλαιο. Το ξέρετε ότι οι δαπάνες για την δημόσια υγεία υστερούν σε σχέση με τις ιδιωτικές; Πώς γίνεται στην τεχνολογία καινούργια μηχανήματα να περνάνε πρώτα από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας και τελευταία από τον δημόσιο τομέα; Έχουμε την δυνατότητα να προσφέρουμε χρήματα στον ιδιωτικό τομέα; Η αύξηση του ιδιωτικού τομέα δεν αντιστοιχεί στο βιοτικό επίπεδο του Έλληνα. Η υγεία είναι το υπέρτατο αγαθό και έχει γίνει εμπορευματοποιήσιμο προϊόν. Για όλα αυτά τα ζητήματα παλεύουμε σαν ομοσπονδία. Πρέπει να παρέχεται στον πολίτη ποιοτική υγεία στον δημόσιο τομέα. Φαντάζομαι συμφωνούμε όλοι ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό.

- ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Ευχαριστώ πολύ για την συνέντευξη και το χρόνο που διαθέσατε.

- ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ: Κι εγώ ευχαριστώ. Καλό πτυχίο.