

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Χαράλαμπος Οικονόμου,
Χριστόφορος Σκαμνάκης, Μαρίνα Αγγελάκη
- επιμέλεια -



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Copyright © Θ. Σακελλαρόπουλος, Χαρ. Οικονόμου, Χρ. Σκαμνάκης, Μ. Αγγελάκη (επιμ.), Κοινωνική Πολιτική, Αθήνα, 2018

Copyright © Εκδόσεις Διώνικος, Αθήνα, 2018

DTP - Σχεδιασμός εξωφύλλου | Μαρία Καραμολέγκου

ISBN | 978-960-6619-83-0

Απαγορεύονται η αναδημοσίευση ή η αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή η εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου με βάση τον Ν. 100/1975. Επίσης απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



Μαρία Τσακουριδου και ΣΙΑ Ο.Ε.

Γραβιάς 9-13, Αθήνα, 106 78

Τηλ. και Fax: 210 38 01 777, e-mail: info@dionicos.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΕ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ <i>Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος</i>	21
--	----

ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

<i>Βαρβάρα Λαλιώτη</i>	59
------------------------------	----

ΔΥΟ ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

<i>Διονύσης Γράβαρης</i>	79
--------------------------------	----

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ: ΔΙΑΔΡΟΜΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΤΩ

<i>Ιορδάνης Ψημμένος</i>	91
--------------------------------	----

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ

<i>Ανδρέας Φερόνας</i>	115
------------------------------	-----

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

<i>Άγγελος Στεργίου</i>	131
-------------------------------	-----

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ: ΤΑ ΠΕΔΙΑ

Ο ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΚΟΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΦΟΡΝΤΙΚΟ

ΚΑΠΙΤΑΛΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

<i>Μάνος Σπυριδάκης</i>	149
-------------------------------	-----

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

<i>Γιάννης Κουζής</i>	173
-----------------------------	-----

ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	
<i>Απόστολος Δεδουσόπουλος</i>	187
ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	
<i>Νίκος Ναγόπουλος και Κώστας Ρόντος</i>	205
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
<i>Χαράλαμπος Οικονόμου</i>	225
ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ	
<i>Μαρίνα Αγγελάκη</i>	241
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
<i>Γιώργος Συμεωνίδης</i>	257
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	
<i>Μαρία Δούκα</i>	273
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	
<i>Δέσποινα Παπαδοπούλου</i>	287
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	
<i>Βαρβάρα Λαλιώτη</i>	305
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ	
<i>Αγγελική Αθανασοπούλου και Κατερίνα Βασιλικού</i>	321
Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	
<i>Γιώργος Σταμέλος</i>	337
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ	
<i>Άγγελος Καβασακάλης</i>	357
Η ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	
<i>Νίκος Κουραχάνης</i>	373

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ. ΕΝΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ <i>Απόστολος Καψάλης</i>	385
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ <i>Νίκος Ευπολυτάς</i>	405

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΟΡΙΖΟΝΤΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ <i>Μαρία Στρατηγάκη</i>	421
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ <i>Χριστόφορος Σκαμνάκης</i>	439
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ <i>Κωνσταντίνος Δ. Γεώργιας και Αντώνιος Κώστας</i>	461
ΥΠΕΡΕΘΝΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ <i>Μαρίνα Αγγελάκη</i>	481
ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΟΗΕ <i>Νίκος Τράντας</i>	495

Δ' ΜΕΡΟΣ

ΠΥΛΩΝΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Η ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ: ΑΝΑΔΙΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ <i>Μαρία-Ελένη Συρμαλή</i>	515
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕ- ΣΙΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ <i>Γεώργιος Φιλιππίδης και Αντώνιος Κώστας</i>	533
ΤΑ ΣΥΝΔΙΚΑΤΑ: ΔΙΕΚΛΙΚΗΣΗ, ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ, ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ <i>Γιώργος Μπιθυμήτρης</i>	547

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	
<i>Αλέξανδρος Αφουξενίδης</i>	567
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΜΑΘΗΣΗ	
<i>Παναγιώτα Βάθη</i>	581
ΟΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ	
<i>Τριαντάφυλλος Παπαφλωράτος</i>	595
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	
<i>Κώστας Δημουλάς</i>	611
ΜΕΤΡΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΤΩΧΕΙΑ	
<i>Χρίστος Παπαθεοδώρου</i>	625
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	651

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χαράλαμπος Οικονόμου, *Πάντειο Πανεπιστήμιο*

1. Ο ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ, Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ αντιμετωπίζεται ως ανεπιθύμητη κατάσταση, η οποία προκαλεί όχι μόνο πόνο και δυσφορία σε προσωπικό επίπεδο, αλλά έχει επίσης αρνητικές επιπτώσεις στην ευημερία της κοινωνίας συνολικότερα. Η κακή υγεία μειώνει την προσφορά εργασίας και την παραγωγικότητα και περιορίζει τις δυνατότητες συμμετοχής των ατόμων στο σύστημα εκπαίδευσης, κατάρτισης και απόκτησης δεξιοτήτων. Η αύξηση της νοσηρότητας διογκώνει το κόστος αντιμετώπισης των ασθενειών και απορροφά πόρους που θα μπορούσαν να διοχετευθούν προς άλλους παραγωγικούς κλάδους. Η έλευση μιας ασθένειας, πέρα από την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και τους περιορισμούς που θέτει στο άτομο ως προς την άσκηση των καθημερινών του δραστηριοτήτων και την επιτέλεση των κοινωνικών του ρόλων, είναι δυνατό να επιφέρει σημαντική μείωση του οικογενειακού εισοδήματος που οφείλεται στην απώλεια εσόδων λόγω αδυναμίας εργασίας. Επιπροσθέτως, η κακή υγεία συχνά συνδέεται με υψηλή επιβάρυνση του νοικοκυριού για δαπάνες περίθαλψης.

Από τη στιγμή που οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας αφορούν τόσο το προσωπικό όσο και το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, οι περισσότερες κοινωνίες αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα ανάληψης κάποιου βαθμού συλλογικής ευθύνης για τη φροντίδα όσων ασθενούν και θεσμοθετούν συγκεκριμένες διαδικασίες και πολιτικές αντιμετώπισης της ασθένειας και προστασίας της υγείας. Προκειμένου όμως να καταστεί δυνατή η ανάλυση της πολιτικής υγείας, των διαστάσεων που περιλαμβάνει και των μορφών που παίρνει, θα πρέπει πρώτα να προσδιοριστούν οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Θα πρέπει επίσης να εντοπιστούν οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επιδρούν και διαμορφώνουν

το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, δεδομένου ότι ο έλεγχος και η ρύθμιση αυτών βρίσκεται στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας.

Η υγεία και η ασθένεια συνιστούν δύο έννοιες οι οποίες δεν υφίστανται στο κενό. Ο τρόπος που τις προσδιορίζουμε και το νόημα που τους δίνουμε εξαρτάται από το ιδιαίτερο γνωσιολογικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και πολιτικό πλαίσιο κάθε χώρας και εποχής. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της υγείας. Θα μπορούσε ωστόσο να υποστηριχθεί ότι από το πλήθος των προσεγγίσεων που έχουν διατυπωθεί, δύο είναι αυτές που οριοθετούν τις βασικές κατευθύνσεις προβληματισμού: η βιοϊατρική προσέγγιση και η κοινωνική προσέγγιση.

Ο όρος βιοϊατρικό μοντέλο χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κυρίαρχη οπτική που διέπει την προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας στη Δυτική ιατρική. Η οπτική αυτή βασίζεται στην ιδέα της διασύνδεσης συγκεκριμένων ασθενειών με συγκεκριμένες αιτίες.

Η βασική της σύλληψη σχετίζεται με τη διαμόρφωση μιας αντίληψης περί κανονικότητας, δηλαδή ενός προτύπου λειτουργίας και οργανικής δομής του ανθρώπινου σώματος και τη διασύνδεση των επιμέρους ασθενειών με συγκεκριμένα όργανα. Συνδέεται με την καρτεσιανή πρόληψη του σώματος ως μηχανής που απαρτίζεται από διάφορα εξαρτήματα και επιδέχεται επιδιόρθωση. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία προσδιορίζεται αρνητικά, ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Οι άνθρωποι είναι υγιείς στον βαθμό που δεν εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία παθολογίας και σωματικής ανωμαλίας και δεν παρεκκλίνουν από έναν καθολικά αποδεκτό κανόνα του φυσιολογικού. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τον κανόνα αυτό που πηγάζει από τη δυσλειτουργία κάποιου μέρους του σώματος, θεωρείται ως «νόσημα» το οποίο μπορεί να διαγνωστεί και να θεραπευτεί από τον γιατρό. Η έννοια αυτή της υγείας βασίζεται στη θετικιστική υπόθεση ότι η υγεία και η νόσος είναι αντικειμενικά, παρατηρήσιμα και μετρήσιμα φαινόμενα. Από την παραπάνω προσέγγιση προκύπτουν δύο βασικές συνέπειες: Πρώτον, στο όλο εγχείρημα, κεντρική θέση καταλαμβάνει ο ειδικός, ο επαγγελματίας με την κατάλληλη εκπαίδευση που είναι σε θέση να διαχειριστεί τη νόσο και να τη θεραπεύσει σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, δηλαδή ο γιατρός και το νοσοκομείο. Από εδώ πηγάζει ο κυρίαρχος ρόλος του ιατρικού σώματος σε συστήματα υγείας τα οποία είναι προσανατολισμένα στη θεραπευτική, εκ των υστέρων παρέμβαση, και όχι την πρόληψη. Δεύτερον, το γεγονός ότι το νόσημα προσβάλλει το σώμα του ατόμου σημαίνει ότι η ιατρική παρέμβαση επικεντρώνεται στο

άτομο το οποίο απομονώνεται από το ευρύτερο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον και με αυτήν την έννοια δίνεται επίφαση στην ατομοκεντρική προσέγγιση της εμπειρίας.

Το παραπάνω μοντέλο δέχτηκε κριτικές, η βασικότερη των οποίων είναι ότι δίνει υπερβολική έμφαση στο σώμα, τις βιολογικές αιτίες των ασθενειών και την ιατροβιοτεχνολογική αντιμετώπιση αυτών και παραβλέπει τη σημασία του ευρύτερου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού πλαισίου που συντελεί στην εμφάνισή τους. Για παράδειγμα, επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι για τα περισσότερα μεταδοτικά νοσήματα η θνησιμότητα είχε μειωθεί σημαντικά, πριν το βιοϊατρικό μοντέλο ανακαλύψει και εφαρμόσει θεραπευτικές μεθόδους παρέμβασης όπως η λήψη αντιβιοτικών. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού ήταν αποτέλεσμα της λήψης μέτρων δημόσιας υγείας και της καλυτέρευσης των συνθηκών διαβίωσης και των υποδομών ύδρευσης και αποχέτευσης. Το πρόβλημα με το μηχανιστικό βιοϊατρικό μοντέλο είναι το γεγονός ότι παραβλέπει τη σημασία των ευρύτερων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και δεν τοποθετεί το ανθρώπινο σώμα στο γενικότερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Τις αδυναμίες του βιοϊατρικού μοντέλου επιχειρεί να αντιμετωπίσει το κοινωνικό μοντέλο. Οι διαφορετικές θεωρητικές απαρχές μεταξύ της βιοϊατρικής και της κοινωνιολογικής θεώρησης αντανακλώνται στον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων νόσος, αρρώστια και ασθένεια. Η έννοια της νόσου, όπως είδαμε, εντάσσεται στο εύρος αναφοράς του βιοϊατρικού μοντέλου, υπονοώντας την οργανική δυσλειτουργία την οποία ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει και να θεραπεύσει. Αντίθετα, η αρρώστια αναφέρεται στην ατομική εμπειρία της νόσου και στον τρόπο που κάποιος βιώνει και ερμηνεύει την εμφάνιση παθολογικών συμπτωμάτων. Τέλος, η ασθένεια προσδιορίζεται ως η κοινωνική κατάσταση η οποία αποδίδεται στα άτομα που θεωρούνται από τους υπόλοιπους ότι είναι άρρωστα ή νοσούν και με αυτήν την έννοια αναφέρεται σε έναν συγκεκριμένο ρόλο ή θέση στην κοινωνία. Υπό το πρίσμα αυτό, η ιατρική γνώση για το σώμα και την παθολογία του, η έννοια της υγείας καθώς και ο τρόπος οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας γίνονται αντιληπτά ως κοινωνικοπολιτισμικά προϊόντα τα οποία προκύπτουν από την ανθρώπινη δράση και ενσωματώνουν κοινωνικά και ιστορικά προσδιορισμένες αναπαραστάσεις και συμβολικά νοήματα. Με αυτήν την έννοια, η ασθένεια και η αρρώστια δεν ανιχνεύονται μόνο μέσω κλινικών εξετάσεων και βιοχημικών δεικτών, αλλά συνδέονται επίσης με υποκειμενικά αισθήμα-

τα και αντιλήψεις. Η οπτική αυτή εκφράζεται με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Η υιοθέτηση του ολιστικού αυτού ορισμού έχει δύο συνέπειες: Πρώτον, υπερβαίνει την παραδοσιακή αρνητική ιατρική οπτική και προσλαμβάνει την υγεία ως μια θετική κατάσταση ευεξίας, όπου εκτός από τη σωματική διάσταση λαμβάνονται υπόψη και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές παράμετροι οι οποίες διαμορφώνουν την υποκειμενική αντίληψη και το βίωμα της υγείας. Δεύτερον, τονίζει τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας και συνεπώς στρέφει το ενδιαφέρον στη διερεύνηση του κοινωνικοπολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος που επιδρά στο επίπεδο υγείας και προσδιορίζει τη διάχυσή της στο κοινωνικό σύνολο. Αναδεικνύεται έτσι η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, όπως του εισοδήματος, της εκπαίδευσης, του επαγγέλματος, του βαθμού κοινωνικής αλληλεγγύης σε μια κοινωνία, του πολιτικού περιβάλλοντος, των επιπτώσεων των μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών απασχόλησης, παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν τις ευκαιρίες που έχουν οι επιμέρους κοινωνικές ομάδες να εξασφαλίσουν καλύτερο επίπεδο υγείας.

2. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι περισσότερες κοινωνίες αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα ανάληψης κάποιου βαθμού συλλογικής ευθύνης για την προστασία της καλής υγείας του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι η πρωταρχική αρμοδιότητα για τη διασφάλιση συνθηκών υψηλού επιπέδου υγείας ανήκει στα όργανα και τους φορείς που εκπροσωπούν το συλλογικό συμφέρον μιας κοινωνίας, έτσι όπως εκφράζεται μέσα από τους δημοκρατικούς θεσμούς, με κυρίαρχο τον ρόλο των δημόσιων αρχών και της δημόσιας διοίκησης. Συνεπώς, όταν μιλάμε για την πολιτική υγείας αναφερόμαστε σε μια δημόσια πολιτική που διαμορφώνει κυρίως η κυβέρνηση σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, δεδομένου ότι μόνο αυτή έχει τη νομιμοποιημένη εξουσία να λαμβάνει αποφάσεις και να αναλαμβάνει σκόπιμες δράσεις υλοποίησης αυτών, δεσμευτικές για όλους και εφαρμοζόμενες στο όνομα του συλλογικού συμφέροντος.

Εάν κάποιος υιοθετήσει το κοινωνικό μοντέλο της υγείας το οποίο τονίζει τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα προσδιορισμού της, τότε θα πρέπει να αναγνωρίσει το πολυδιάστατο της πολιτικής υγείας. Κάτω από αυτήν

την οπτική θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η πολιτική υγείας περιλαμβάνει αποφάσεις, σχέδια και δράσεις σε δύο βασικούς άξονες. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται σε παρεμβάσεις που αποσκοπούν στο να ασκήσουν επίδραση στους πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς προσδιοριστές της υγείας. Δηλαδή σε πρωταρχικές δομές της κοινωνικής οργάνωσης. Για παράδειγμα, οι πολιτικές πλήρους απασχόλησης και διασφάλισης της ποιότητας στην εργασία έχουν θετικές επιδράσεις. Η κατάσταση απασχόλησης και η επαγγελματική θέση σχετίζονται με την υγεία επειδή, πρώτον, τοποθετούν το άτομο μέσα στην κοινωνική δομή, η οποία καθορίζει την πρόσβαση στους πόρους, τον βαθμό ασφάλειας που βιώνει και τους περιορισμούς που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, δεύτερον, συνδέονται με ένα ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον και συνθήκες απασχόλησης, υγιεινής και ασφάλειας και, τρίτον, επιδρούν στον τρόπο ζωής και την υιοθέτηση συμπεριφορών όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ. Παρόμοια, η διασφάλιση της πρόσβασης στην εκπαίδευση συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς η εκπαίδευση αυξάνει τις κοινωνικές δεξιότητες και τις ευκαιρίες του ατόμου για επαγγελματική και κοινωνική ανέλιξη και το βοηθά να προωθήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Επιπροσθέτως, μελέτες δείχνουν ότι οι εισοδηματικές ανισότητες συνδέονται με ανισότητες στη θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Όσο λιγότερο ισότιμη είναι η διανομή του εισοδήματος σε μια χώρα τόσο λιγότερο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα υγείας, με τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια να εμφανίζουν καλύτερους δείκτες σε σχέση με τα χαμηλότερα.

Ο δεύτερος άξονας παρεμβάσεων αποσκοπεί στην αλλαγή των ανθυγιεινών συμπεριφορών του ατόμου και του τρόπου που επιλέγει να ζει. Εδώ το επίκεντρο μεταφέρεται από την ανάλυση των δημόσιων θεσμών στη διερεύνηση της ατομικής ευθύνης για τη διατήρηση της υγείας. Περιλαμβάνονται πολιτικές και προγράμματα προαγωγής της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, αύξησης της σωματικής άσκησης, υιοθέτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών, περιορισμού της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών κ.λπ. Πολλές φορές, οι διαμορφωτές της πολιτικής υγείας και ιδιαίτερα όσοι συμμετέχουν σε συντηρητικές και φιλελεύθερες κυβερνήσεις, επιλέγουν να προβάλλουν περισσότερο αυτούς τους συμπεριφορικούς προσδιοριστές της υγείας, έναντι των δομικών κοινωνικών προσδιοριστών, για δύο κύριους λόγους. Πρώτον, τους θεωρούν πιο εύκολα διαχειρίσιμους και επιτευξιμους. Δεύ-

τερον και πιο σημαντικό, η συμπεριφορική προσέγγιση μεταβιβάζει το βάρος της ευθύνης για την επίτευξη καλύτερης υγείας στο ίδιο το άτομο και όχι στον τρόπο οργάνωσης της κοινωνίας. Συνεπώς, αποκρύπτει τις βαθύτερες αιτίες και δεν θέτει το αίτημα της κοινωνικής αλλαγής.

Επισημάναμε παραπάνω ότι αντικείμενο της πολιτικής υγείας είναι η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού, διασφαλίζοντας ένα ευνοϊκό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και αναφερθήκαμε στους δομικούς και συμπεριφορικούς προσδιοριστές της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, οι εξελίξεις που σημειώθηκαν τα τελευταία 35 χρόνια επέδρασαν θετικά, συμβάλλοντας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Για παράδειγμα, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης τη στιγμή της γέννησης στις 53 χώρες της Ευρώπης το 1980 ήταν κατά μέσο όρο 71,1 έτη, στα μέσα της δεκαετίας του 2010 ανήλθε σε 77,5 έτη, δηλαδή αύξηση κατά 6,4 έτη. Δεν θα πρέπει όμως να παραβλέψουμε το γεγονός ότι ο μέσος αυτός όρος υποκρύπτει σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ των επιμέρους χωρών όσο και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων στο εσωτερικό κάθε χώρας, οι οποίες οφείλονται στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα και στο εύρος των υφιστάμενων ανισοτήτων. Ενδεικτικά, αυτό φαίνεται στο πώς διαφοροποιείται το προσδόκιμο επιβίωσης εάν αντί του συνόλου των χωρών της Ευρώπης λάβουμε υπόψη μας, λόγω χάρη, το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην περίπτωση αυτή το προσδόκιμο από 73,3 έτη το 1980, ανήλθε σε 80,7 έτη στα μέσα της δεκαετίας του 2010.

Μια δεύτερη, περισσότερο συστατική προσέγγιση της πολιτικής υγείας είναι αυτή που περιορίζει το ενδιαφέρον στον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε όσους νοσούν, προκειμένου να επιτευχθεί η θεραπεία τους. Εδώ η έμφαση δίνεται στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση γίνεται λόγος για την πολιτική φροντίδας της υγείας. Είναι προφανές ότι η προσέγγιση αυτή είναι εγγύτερη στο κυρίαρχο στις δυτικές κοινωνίες βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας. Έτσι μπορεί εν μέρει να ερμηνευτεί το γεγονός ότι στον πολιτικό λόγο τις περισσότερες φορές όταν γίνεται αναφορά στην πολιτική υγείας η συζήτηση περιορίζεται κυρίως στη διαμάχη για τις επιδόσεις του συστήματος υγείας. Μια δεύτερη πιθανή ερμηνεία είναι ότι τα συστήματα υγείας αποτελούν έναν πολύ σημαντικό τομέα παραγωγικής δραστηριότητας, τόσο έντασης εργασίας όσο και έντασης κεφαλαίου, όπου απασχολείται μεγάλο μέρος του ανθρώπινου δυναμικού και ο οποίος απορροφά σημαντικούς οικονομικούς και υλικούς πόρους.

Ενδεικτικά, ενώ το 1995 οι δημόσιες δαπάνες υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούσαν κατά μέσο όρο το 11,7% του συνόλου των κρατικών δαπανών και το 5,8% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, το 2014 τα ποσοστά ήταν 15,3% και 7,3% αντίστοιχα.

Το σύστημα υγείας είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Ο ρόλος του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση της υγείας των πολιτών, αλλά αποσκοπεί και στην προστασία αυτών από το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Περιλαμβάνει επίσης την αντιμετώπιση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας με αξιοπρέπεια, καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών από τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Για να πετύχει ένα σύστημα υγείας τους παραπάνω βασικούς του στόχους, θα πρέπει να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των πόρων του. Δηλαδή θα πρέπει να ικανοποιούνται τα κριτήρια της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος, της αποτελεσματικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, της ισότητας στη φροντίδα υγείας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στον συσχετισμό των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν από μια υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα υγείας και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν από ανθρώπινους, οικονομικούς και υλικούς, πόρους. Η αποτελεσματικότητα εκφράζει τη συσχέτιση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας με τους επιθυμητούς στόχους που είχαν τεθεί. Η ισότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους. Τέλος, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει δύο διαστάσεις. Πρώτον, την επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Δεύτερον, το περιβάλλον των μονάδων υγείας και τη συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες.

Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη διαχείριση, τη χρηματοδότηση, τη δημιουργία πόρων και την παροχή υπηρεσιών. Η διαχείριση ως μια βασική λειτουργία του συστήματος υγείας περιλαμβάνει τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας του συστήματος υγείας, την οριοθέτηση των σχέσε-

ων μεταξύ των φορέων, των υπηρεσιών και των κοινωνικών ομάδων που δραστηριοποιούνται στο σύστημα υγείας και τον προσδιορισμό των στρατηγικών κατευθύνσεων του συστήματος υγείας ως όλου.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι η διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο για την κοινή διαχείριση των κινδύνων υγείας και αγοράζονται υπηρεσίες από τους προμηθευτές. Στο πλαίσιο αυτό, οι βασικές μέθοδοι εισπραξης των χρηματικών πόρων για τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι η άμεση και έμμεση φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Εκτός των παραπάνω κύριων πηγών, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει και μέσα από δωρεές και επιχορηγήσεις (π.χ. δημιουργία μιας πτέρυγας ενός δημόσιου νοσοκομείου με δωρεά από κάποιο μη κερδοσκοπικό ίδρυμα ή ιδιώτη) ή διεθνείς πόρους (π.χ. Ευρωπαϊκή Ένωση). Η πρόκληση που τίθεται είναι η διαμόρφωση ενός στρατηγικού μείγματος των παραπάνω πηγών που να επιτρέπει την εξασφάλιση επαρκών πόρων για την υγεία και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Για παράδειγμα, όταν ένα σύστημα υγείας βασίζεται στη χρηματοδότηση από άμεση φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, είναι περισσότερο προοδευτικό και αναδιανεμητικό και συνεπώς πιο ισότιμο από το να βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές. Η συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο σημαίνει ότι πλέον δεν συνδέονται με το κάθε συγκεκριμένο άτομο που τους κατέβαλε, αλλά όλοι από κοινού μοιράζονται τον οποιονδήποτε κίνδυνο προκύψει για κάθε συμμετόχο. Από τη στιγμή που θα συγκεντρωθούν οι πόροι υγείας σε κάποιο ταμείο, τίθενται τρία ερωτήματα. Πρώτον, τι υπηρεσίες υγείας θα αγοραστούν προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασφαλισμένων. Δεδομένης της στενότητας των πόρων και ανάλογα με τους στόχους που επιδιώκει κάθε σύστημα υγείας, το ζήτημα εδώ είναι να προσδιοριστεί το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και η δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, από ποιους προμηθευτές θα αγοραστούν οι υπηρεσίες. Από δημόσιους ή ιδιωτικούς; Από κέντρα υγείας ή νοσοκομεία; Τρίτον, με ποιο τρόπο θα πληρωθούν οι προμηθευτές των υπηρεσιών. Το τρίτο αυτό ερώτημα είναι πολύ σημαντικό γιατί η μέθοδος αμοιβής των γιατρών και των νοσοκομείων επηρεάζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους και έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών και τις δαπάνες υγείας.

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά περιλαμβά-

νει και δραστηριότητες που σχετίζονται με την παραγωγή των αναγκαίων πόρων που θα στηρίζουν τις υπηρεσίες αυτές. Αναφερόμαστε κυρίως στους ανθρώπινους πόρους, δηλαδή την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού, στους υλικούς πόρους, δηλαδή τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς επίσης και στην παραγωγή της γνώσης. Εδώ αναδεικνύεται η σημασία των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των ερευνητικών κέντρων και των μονάδων που παράγουν τεχνολογικά προϊόντα όπως ιατρικά μηχανήματα, εξοπλισμό και φαρμακευτικά σκευάσματα.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις προσωπικές και τις μη προσωπικές υπηρεσίες. Οι προσωπικές υπηρεσίες είναι αυτές που λαμβάνει άμεσα ένα άτομο από κάποιον προμηθευτή όπως έναν γιατρό, έναν οδοντίατρο, κάποιο νοσοκομείο, κάποιο κέντρο υγείας κ.λπ. και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα. Η *πρωτοβάθμια φροντίδα* είναι το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Βασικός σκοπός της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι να φέρει τις βασικές υπηρεσίες υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στο μέρος όπου οι πολίτες εργάζονται και διαβιούν. Μπορεί να παρασχεθεί μέσα από διάφορα οργανωτικά σχήματα όπως πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, δημοτικά ιατρεία, γενικούς οικογενειακούς γιατρούς κ.λπ. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτει κυμαίνεται μεταξύ 500 και 50.000 ατόμων. Η *δευτεροβάθμια φροντίδα* αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε τοπικά και νομαρχιακά νοσοκομεία αντιμετώπισης και θεραπείας οξέων περιστατικών. Σε πολλά συστήματα υγείας, η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δυνατή μόνο μετά από παραπομπή του γενικού γιατρού. Ο πληθυσμός αναφοράς κυμαίνεται μεταξύ 50.000 και 500.000 κατοίκων. Η *τριτοβάθμια φροντίδα* λαμβάνει τη μορφή παροχής από περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία υψηλά εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του πανεπιστημιακού νοσοκομείου το οποίο καλύπτει 500.000 με 1.500.000 πολίτες. Πέρα όμως από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το επίσημο σύστημα υγείας, ένα τέταρτο επίπεδο είναι η *αυτοφροντίδα*, δηλαδή η φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος. Έχει διαπιστωθεί από έρευνες ότι περίπου το 75% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται σε αυτό το επίπεδο, ενώ το 20% αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μόνο το 5% από τη

νοσοκομειακή φροντίδα. Εκτός των παραδοσιακών μορφών περίθαλψης όπως τα κέντρα υγείας ή τα νοσοκομεία, έχουν εμφανιστεί νέες μορφές, ως συνέπεια της επιδίωξης για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και ανταπόκριση στις νέες ανάγκες των πολιτών που πηγάζουν από τις σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις. Στο πλαίσιο αυτό, εμφανίστηκαν μορφές περίθαλψης όπως το νοσοκομείο ημέρας και η νοσηλεία στο σπίτι. Το νοσοκομείο ημέρας επιτρέπει τον εκ των προτέρων προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση εξετάσεων, θεραπειών και μικρών χειρουργικών επεμβάσεων μέσα σε μία ημέρα, τη στιγμή που σε ένα παραδοσιακό νοσοκομείο αντίστοιχες διαδικασίες θα απαιτούσαν την εισαγωγή και τη νοσηλεία του ατόμου. Η νοσηλεία στο σπίτι αφορά στην κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης σε περιπτώσεις που το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς να είναι αναγκαία η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Οι μη προσωπικές υπηρεσίες αναφέρονται σε γενικότερες διαδικασίες προαγωγής και πρόληψης όπως τα προγράμματα δημόσιας υγείας, τα οποία στοχεύουν στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας που αφορούν στο σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, στην προστασία του περιβάλλοντος, στα μέτρα πρόληψης επιδημιών κ.λπ.

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

Στο μοντέλο *της ελεύθερης αγοράς*, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και το κράτος δεν παρεμβαίνει παρά μόνο για την εξασφάλιση των απολύτως αναγκαίων υπηρεσιών προς τους απόρους και τους ηλικιωμένους. Η χρηματοδότηση προέρχεται πρωτίστως από την ιδιωτική ασφάλιση και δευτερευόντως από τις άμεσες πληρωμές. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες ιατρούς, κερδοσκοπικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών και εθελοντικά φιλανθρωπικά ιδρύματα. Οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση. Κλασικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου αποτελεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, όπου η κρατική παρέμβαση περιορίζεται σε δύο μόνο κρατικά προγράμματα, το Medicaid

για τους άπορους και το Medicare για τους ηλικιωμένους. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν στις ΗΠΑ περίπου 50 εκατομμύρια άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας. Θεωρητικά, το ιδιωτικό σύστημα υγείας εξασφαλίζει στο άτομο που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής της μονάδας υγείας που θα επισκεφθεί και στον γιατρό το δικαίωμα της επιλογής της περιοχής εγκατάστασής του και του ύψους της αμοιβής του. Επιπροσθέτως, ο ανταγωνισμός μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες. Ωστόσο, εμφανίζονται ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις. Πρώτον, το σύστημα δεν ευνοεί την ανάπτυξη κινήτρων περιορισμού της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών, με συνέπεια τη διόγκωση των δαπανών υγείας. Δεύτερον, δεν ευνοεί την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας, δεδομένου ότι ο προσανατολισμός του είναι στην εκ των υστέρων θεραπευτική παρέμβαση που είναι και η πιο κερδοφόρα. Τρίτον, δημιουργεί κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, δεδομένου ότι η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες βασίζεται στην εισοδηματική τους ικανότητα.

Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) θεμελιώθηκε στη Γερμανία τη δεκαετία του 1880. Οι εργαζόμενοι, ανάλογα με τον κλάδο απασχόλησης και το επάγγελμά τους, εντάσσονται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο, στο οποίο πληρώνουν εισφορές τόσο αυτοί όσο και οι εργοδότες τους. Τα ταμεία έχουν μια σχετική αυτονομία ως προς το κράτος και οι παροχές τους διαφοροποιούνται ως προς το εύρος και το είδος της κάλυψης. Ο ρόλος του κράτους έγκειται στο να θέτει και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων που ρυθμίζουν τις συμβάσεις μεταξύ των ασφαλισμένων, των ταμείων και των προμηθευτών των υπηρεσιών. Διακρίνονται δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας: α) Τα «συμβολαϊκά συστήματα», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία). β) Τα «συστήματα αποζημίωσης», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιων ασφαλιστικών φορέων, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους ασθενείς, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό τους ταμείο (π.χ. Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο).

Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό του *εθνικού συστήματος υγείας* (Beveridge). Κύριος εκπρόσωπός του είναι το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η Εθνική Υπη-

ρεια Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1948, καθώς και οι Σκανδιναβικές Χώρες. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας. Το κράτος είναι επίσης υπεύθυνο για την παροχή δωρεάν τη στιγμή της χρήσης υπηρεσιών υγείας, μέσω δημόσιων μονάδων υγείας. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η ύπαρξη των γενικών γιατρών που έχουν ρυθμιστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η επίσκεψη στους γιατρούς ειδικοτήτων προϋποθέτει υποχρεωτικά την παραπομπή από γενικό γιατρό. Πρωταρχική αξία στην οποία βασίζεται η λειτουργία των συστημάτων αυτών είναι η ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Εκτός της ισότιμης και καθολικής κάλυψης, ένα άλλο πλεονέκτημα των συστημάτων αυτών είναι η καλύτερη περιφερειακή κατανομή των πόρων λόγω του κεντρικού σχεδιασμού. Επιπροσθέτως, λόγω της κεντρικής χρηματοδότησης επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος των δαπανών και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και τα προγράμματα δημόσιας υγείας. Ωστόσο, εμφανίζονται και ορισμένες δυσλειτουργίες που αφορούν στην ανάπτυξη γραφειοκρατικών δομών, την ύπαρξη λίστας αναμονής στα νοσοκομεία, τη μειωμένη παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση γιατρού και ασθενή και τη χαμηλή σε ορισμένες περιπτώσεις ποιότητα των υπηρεσιών.

Κλείνοντας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι σήμερα, μετά τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις της δεκαετίας του 1980 στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, της δεκαετίας του 1990 στα πρώην ανατολικά κομμουνιστικά κράτη, καθώς και τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που ξέσπασε το 2008, τα συστήματα υγείας τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης, όπου δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν, σε μια προσπάθεια συγκερασμού των πλεονεκτημάτων και αποφυγής των μειονεκτημάτων κάθε μοντέλου. Ωστόσο, το μείγμα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα καθώς και ο βαθμός επιτυχίας του συγκερασμού επιμέρους στοιχείων από διαφορετικά μοντέλα ως προς την επίτευξη των βασικών στόχων που πρέπει να επιδιώκει ένα σύστημα υγείας (οι οποίοι παρουσιάστηκαν παραπάνω), ποικίλει από χώρα σε χώρα. Αυτό σχετίζεται με τις αξιακές επιλογές, την κοινωνική κατάσταση και τις ανάγκες κάθε χώρας, καθώς και με τις δεσμεύσεις που θέτει το οικονομικό περιβάλλον. Οι εν λόγω παράγοντες προσδιορίζουν τις τρεις βασικές λειτουργίες κάθε δημόσιας πολιτικής και συνεπώς και της πολιτικής υγείας: τη διανεμητική λειτουργία, δηλαδή την κατανομή των υπηρεσιών υγείας και των ωφελιών τους στις επιμέρους κοινωνικές ομάδες με βάση συγκεκριμένα κριτήρια διασφάλισης δικαιώ-

ματος, την αναδιανεμητική λειτουργία η οποία περιλαμβάνει τη σκόπιμη ανακατανομή των υγειονομικών πόρων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και τη ρυθμιστική λειτουργία που θέτει κανόνες στη συμπεριφορά ομάδων και ατόμων που δραστηριοποιούνται στο σύστημα υγείας.

3. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ: Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2008 αποτέλεσε κομβικό σημείο για τον επαναπροσδιορισμό της πολιτικής υγείας και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας διεθνώς. Οι οικονομικές κρίσεις, πρωτίστως όμως τα μέτρα που λαμβάνουν οι κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση αυτών, επιδρούν αποφασιστικά τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η μείωση του ΑΕΠ, των επενδύσεων και της απασχόλησης, καθώς και η αύξηση του χρέους, του ελλείμματος και της ανεργίας που συνιστούν τις κύριες εκφάνσεις της κρίσης, επιδρούν στον τομέα της υγείας μιας χώρας μέσω δύο οδών: επιφέροντας μείωση, πρώτον, του εισοδήματος και του πλούτου των νοικοκυριών και, δεύτερον, των διαθέσιμων κρατικών πόρων. Η μείωση των πόρων των νοικοκυριών έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας, όπως για παράδειγμα αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, όπου η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος οδηγεί σε κατανάλωση προϊόντων φθηνότερων και χαμηλής διατροφικής αξίας. Επιπροσθέτως, μειώνεται η αγοραστική δυνατότητα για χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, πρωτίστως όμως λόγω της υψηλής ανεργίας εξαντλούνται τα δικαιώματα κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Από την άλλη μεριά, η μείωση των κρατικών πόρων οδηγεί σε θεσμικές παρεμβάσεις για τον περιορισμό της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της κάλυψης ως προς την έκταση των υπηρεσιών, το ύψος της δαπάνης και το εύρος του πληθυσμού που έχει δικαίωμα πρόσβασης. Συνέπεια αυτών είναι η μείωση του επιπέδου φροντίδας της υγείας και η χειροτέρευση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Προς επαλήθευση των παραπάνω, θα μπορούσε κανείς να παραπέμψει σε τέσσερα ιστορικά παραδείγματα και πιο συγκεκριμένα, στη Μεγάλη Κρίση του 1929, στην κρίση που σημειώθηκε κατά τα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, στη μετάβαση των πρώην κομμουνιστικών χωρών σε ένα σύστημα ελεύθερης οικονομίας στις αρχές της δεκαετίας του '90 και στην κρίση χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Λατινικής Αμερικής

που ξέσπασε στο δεύτερο μισό της δεκαετίας το '90. Κοινός τόπος και στα τέσσερα παραδείγματα είναι ότι κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης σημειώθηκε χειροτέρευση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, ιδιαίτερα των φτωχότερων στρωμάτων του πληθυσμού και περιορισμός των υγειονομικών υλικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Ένα δεύτερο κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι σε όσες χώρες εφαρμόστηκαν τα Προγράμματα Διαρθρωτικής Προσαρμογής ακραίου φιλελευθερισμού του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, επιδεινώθηκαν ακόμα περισσότερο οι αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στο επίπεδο υγείας και τις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων συνδέεται με τη λήψη μέτρων για μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και περιορισμό των ασφαλιστικών παροχών, των δικαιούχων κάλυψης και του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού. Επιπροσθέτως, τα μέτρα ακραίας λιτότητας με την αύξηση της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, τη μείωση του εργασιακού κόστους, την πλήρη απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και την περικοπή του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων, είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας.

Ποια είναι όμως η κατάσταση που διαμορφώνεται σήμερα στην Ευρώπη και με ποιο τρόπο τα συστήματα υγείας ανταποκρίθηκαν στις προκλήσεις της παρούσας οικονομικής κρίσης; Οι ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών στρατηγικών και εργαλείων πολιτικής, ορισμένα από τα οποία προάγουν τους στόχους ενός συστήματος υγείας με κοινωνικό προσανατολισμό, ενώ κάποια άλλα τους υποσκάπτουν. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέτρα όπως η ενίσχυση συνολοποίησης των κινδύνων με την ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα, η αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η σύναψη συμβάσεων μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας στη βάση ενδυνάμωσης της λογοδοσίας με τη χρησιμοποίηση δεικτών, ο προσδιορισμός προτεραιότητων με διαφάνεια, ο έλεγχος των επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία, η μείωση τιμών και ο έλεγχος συνταγογράφησης των φαρμάκων και των ακριβών κλινικών εξετάσεων, η υποκατάσταση δαπανηρών υπηρεσιών με άλλες χαμηλότερου κόστους αλλά αντίστοιχης αποτελεσματικότητας όπως για παράδειγμα η ανάπτυξη των νοσοκομείων ημέρας αντί της νοσηλείας, ο συντονισμός, η συνέχεια και η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η ανάπτυξη πολιτικών δημόσιας υγείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας, η μείωση του διοικητικού κόστους με τον περι-

ορισμό της γραφειοκρατίας και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των πιο αδυνάτων. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ο περιορισμός των καλυπτόμενων κινδύνων, η μείωση του καλυπτόμενου πληθυσμού, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η αύξηση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος παροχής των υπηρεσιών, η μείωση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού καθώς και των αμοιβών αυτού. Το μείγμα των μέτρων που εφάρμοσε κάθε χώρα ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο των περιορισμών που έθεσαν οι οικονομικές συνθήκες αλλά κυρίως πολιτικών επιλογών και αποφάσεων.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blank R., Burau V. (2007), *Comparative health policy*, New York: Palgrave Macmillan.
- Bodenheimer T., Grumbach K. (2010), *Κατανοώντας την πολιτική υγείας. Μια κλινική προσέγγιση*, Αθήνα: Παρισιάνος.
- Buse K., Mays N., Walt G. (2005), *Making health policy*, Maidenhead: Open University Press.
- Carrin G., Buse K., Heggenhougen H.K., Quah S., (eds) (2009), *Health systems policy, finance, and organization*, Oxford: Elsevier.
- Figueras J., MacKee M., (eds) (2012), *Health systems, health, wealth and societal well-being. Accessing the case for investing in health systems*, Maidenhead: Open University Press.
- Navarro V. (2007), "What is a national health policy?", *International Journal of Health Services*, vol. 37 no. 1, pp. 1-14.
- Thomson S., Figueras J., Evetovits T., et al., (eds) (2015), *Economic crisis, health systems and health in Europe. Impact and implications for policy*, Maidenhead: Open University Press.
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva: WHO.
- Δημουλάς Κ., Οικονόμου Χ. (2012), *Βασικές αντιλήψεις, μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Οικονόμου Χ. (επιμ.) (2013), *Υγεία, κοινωνία και οικονομία. Ανισότητες σχέσεις - χάσματα ευζωίας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Οικονόμου Χ. (2005), *Κοινωνιολογία της υγείας*, Τόμος Α': *Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Διόνικος