



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΤΙΤΛΟΣ

**Από το παρεμβατικό στο ρυθμιστικό κράτος: Ο ρόλος του
εθελοντισμού και της κοινωνίας πολιτών στον χώρο της υγείας**

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπων:

Τάσσης Χρύσανθος

Σπουδάστρια:

Σβυρινάκη Δέσποινα

Αθήνα - 2017

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

Από το παρεμβατικό στο ρυθμιστικό κράτος: Ο ρόλος του εθελοντισμού και της κοινωνίας πολιτών στον χώρο της υγείας

Επιβλέπων:

Τάσσης Χρύσανθος

Σπουδάστρια:

Σβυρινάκη Δέσποινα

Αθήνα - 2017

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει την διαδικασία μετάβασης από το παρεμβατικό κράτος πρόνοιας στο ρυθμιστικό κράτος, καθώς και τον ρόλο του εθελοντισμού και της κοινωνίας πολιτών στον χώρο της υγείας. Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στην τυπολογία των κρατών πρόνοιας και αναλύει το πλαίσιο των εξελίξεων που οδήγησαν από το παρεμβατικό στο ρυθμιστικό κράτος στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Παρουσιάζεται η χρυσή εποχή της κοινωνικής προστασίας, η κρίση του παρεμβατικού κράτους πρόνοιας και η πορεία προς τον Τρίτο Δρόμο. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στη μετάβαση από την παραδοσιακή Κυβέρνηση στη σύγχρονη Διακυβέρνηση, καθώς και στο ρόλο της κοινωνίας πολιτών, του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων στα νέα αυτά πλαίσια. Τέλος, το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει το σύστημα υγείας στη χώρα μας, το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την λειτουργία των μη κυβερνητικών οργανώσεων κοινωνικής φροντίδας, δράσεις των εθελοντών στον χώρο υγείας και τους προβληματισμούς που γεννούν οι δράσεις αυτές ως προς την πορεία των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχθηκε στη συλλογή δεδομένων μέσα από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, την εθνική μας νομοθεσία, άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά και δημοσιεύσεις Διεθνών Οργανισμών.

Λέξεις-κλειδιά: Κράτος Πρόνοιας, Εθελοντισμός, Κοινωνία Πολιτών, Μη Κυβερνητική Οργάνωση, Διακυβέρνηση, Υγεία

Abstract

The purpose of this paper is to survey the transition process from the interventionist welfare state to the regulatory state and to highlight the role of volunteerism and civil society in the health sector. The first chapter of this paper refers to the classification of welfare states and analyzes the framework that led to the transition from the interventionist to the regulatory state in both Europe and Greece. The golden age of social protection, the interventionist welfare state crisis and the course to the Third Way are presented. The second chapter focuses on the transition from traditional Government to modern Governance and the role that civil society, volunteerism and non-governmental organizations play in this new scene. Finally, the third chapter presents the health system in our country, the legal framework for the operation of non-

governmental organizations in the field of social care, the volunteers actions in the health sector and the questions about the future of health services in Greece raised by these acts. The methodology of this paper was based on data collection through Greek and international bibliography, our national legislation, articles in scientific journals and publications of International Organizations.

Keywords: Welfare State, Volunteerism, Civil Society, Non-governmental Organizations, Governance, Health

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της τελικής μου εργασίας, κύριο Χρύσανθο Τάσση, ο οποίος είναι διδάκτορας του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης του Πανεπιστημίου Αθηνών και διδάσκει Πολιτική Κοινωνιολογία στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης. Η βοήθειά του ήταν πολύτιμη και συνεχής και μου προσέφερε αφειδώς την επιστημονική του υποστήριξη από την πρώτη μέχρι και την τελευταία στιγμή.

Ευχαριστώ, επίσης, θερμά την οικογένειά μου και τους φίλους μου που πάντα είναι κοντά μου, με εμπυχώνουν και με στηρίζουν σε κάθε βήμα.

Copyright © 2017 Δέσποινα Σβυρινάκη
Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δηλώνω ρητά ότι η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής».

Αθήνα, 29/10/2017

Υπογραφή

Σβυρινάκη Δέσποινα

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	1
Abstract	1
Ευχαριστίες	3
Ευρετήριο διαγραμμάτων και πινάκων	7
Πίνακας Συντμήσεων και Συντομογραφιών	8
Ελληνόγλωσσες Συντομογραφίες	8
Ξενόγλωσσες Συντομογραφίες	9
1. Εισαγωγή.....	10
2. Ο μετασχηματισμός του Κράτους Πρόνοιας σε Ευρώπη και Ελλάδα	11
2.1 Τυπολογία κρατών πρόνοιας.....	11
2.2 Τα αίτια δημιουργίας του κράτους πρόνοιας και η κοινωνική προστασία στα νεότερα χρόνια	13
2.3 Η χρυσή περίοδος της κοινωνικής προστασίας και του παρεμβατικού κράτους.....	16
2.4 Η κρίση του παρεμβατικού κράτους πρόνοιας	18
2.5 Τρίτος Δρόμος και ρυθμιστικό κράτος ως αναπτυξιακό εργαλείο.....	21
2.6 Κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα	22
3. Ο κρίσιμος ρόλος της κοινωνίας πολιτών και του εθελοντισμού στα πλαίσια της σύγχρονης Διακυβέρνησης	27
3.1 Από την παραδοσιακή Κυβέρνηση στη σύγχρονη Διακυβέρνηση	27
3.2 Κοινωνία πολιτών και τρίτος τομέας.....	28
3.3 Ο θεσμός του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων	31
4. Κοινωνία πολιτών και εθελοντισμός στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα	35
4.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	35
4.2 Χαρτογράφηση των φορέων της κοινωνίας πολιτών και του εθελοντισμού στην Ελλάδα	41
4.3 Το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Κ.Ο. κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα	44
4.4 Οι δύο διαστάσεις της δράσης των Μ.Κ.Ο. στον χώρο της υγείας	46
4.5 Η διεθνής εμπειρία του εθελοντισμού στον χώρο της υγείας.....	49
4.6 Δράσεις και πρωτοβουλίες της κοινωνίας πολιτών και των εθελοντών στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα	51
4.7 Ζητήματα χρηματοδότησης και διαφάνειας των Μ.Κ.Ο.	54
4.8 Η αξιολόγηση των Μ.Κ.Ο. ως εργαλείο διαφάνειας	57
5. Επίλογος.....	59

Βιβλιογραφία	60
Ελληνόγλωσση	60
Ξενόγλωσση	63
Άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά.....	64
Δημοσιεύσεις Διεθνών Οργανισμών	65

Ευρετήριο διαγραμμάτων και πινάκων

Διάγραμμα 1. Δαπάνες για κοινωνική προστασία (ως % του Α.Ε.Π.) και φτώχεια, Ελλάδα, 1995-2008	Σελ. 23
Διάγραμμα 2. Δείκτης σχετικής αποτελεσματικότητας των δαπανών για κοινωνική προστασία ως προς την φτώχεια. Ε.Ε.-15, μέσος όρος 1994-2008	Σελ. 24
Διάγραμμα 3. Δημόσιες κοινωνικές δαπάνες (ως % του Α.Ε.Π.), 1960, 1990 και 2016	Σελ. 25
Διάγραμμα 4. Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2013	Σελ. 34
Διάγραμμα 5. Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ Η.Π.Α., σταθερές τιμές 2005)	Σελ. 35
Διάγραμμα 6. Δαπάνες υγείας (ως % του Α.Ε.Π.), 2015	Σελ. 36
Διάγραμμα 7. Δαπάνες υγείας (ως % του Α.Ε.Π.), 2009-2015	Σελ. 36
Διάγραμμα 8. Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ Η.Π.Α., σταθερές τιμές 2005)	Σελ. 37
Πίνακας 1. Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, 2007 και 2013	Σελ. 37

Πίνακας Συντμήσεων και Συντομογραφιών

Ελληνόγλωσσες Συντομογραφίες

Α.Ε.	Ανώνυμη Εταιρεία
Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Α΄ Π.Π.	Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος
Β΄ Π.Π.	Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος
Γ.Γ.Ν.Γ.	Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Κ.Κ.Α.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.ΔΙ.Κ.Α.	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Κοιν.Σ.Επ.	Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση
Μ.Κ.Ο.	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
Ν.	Νόμος
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Τ.Α.	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟ.Μ.Υ.	Τοπικές Μονάδες Υγείας
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Ξενόγλωσσες Συντομογραφίες

ECHI
W.H.O.

Euro Health Consumer Index
World Health Organization

1. Εισαγωγή

Οι οικονομικές και κοινωνικές μεταβολές που συντελούνται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο επηρεάζουν καθοριστικά το κοινωνικό κράτος που μετασχηματίζεται και ιδίως το πεδίο της κοινωνικής φροντίδας. Το κλασικό μοντέλο του κράτους πρόνοιας αποδεικνύεται ασύμβατο με τις νέες κοινωνικές ανάγκες και τις σύγχρονες αντιλήψεις περί ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των αποδεκτών των υπηρεσιών υγείας. Το νέο αίτημα στο πεδίο παροχής υπηρεσιών υγείας συνοψίζεται σε ποιοτικά αρτιότερες υπηρεσίες, με σεβασμό στη διαφορετικότητα και προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε πολίτη. Αυτός ο νέος προσανατολισμός μεταθέτει την κοινωνική ευθύνη απέναντι στους πολίτες που χρήζουν υποστήριξης σε ολόκληρη την κοινωνία και όχι αποκλειστικά στο κράτος. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του κράτους είναι ρυθμιστικός και έχει την ευθύνη να αξιοποιεί όλες τις δυνάμεις της κοινωνίας, να τις στηρίζει ώστε να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας καλύτερης ποιότητας, και όχι να τις υποκαθιστά.

Στη βάση του σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού, το κράτος πρέπει να αξιοποιεί τις δυνάμεις όλων των φορέων της κοινωνίας που μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην παροχή κοινωνικής φροντίδας ανάλογα με τα συγκριτικά τους πλεονεκτήματα και τις ιδιαίτερες δυνατότητές τους. Στόχος του σύγχρονου συστήματος κοινωνικής φροντίδας φαίνεται να είναι η σύνθεση όλων αυτών των δυνάμεων σε ένα αποτελεσματικό μίγμα που θα ανταποκρίνεται με επιτυχία σε όλο το φάσμα των κοινωνικών αναγκών που εντοπίζονται σε μια κοινωνία, αλλά και ο εξορθολογισμός των παρεμβάσεων με γνώμονα την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, καθώς και την ικανοποιητική προσαρμογή στις ανάγκες των αποδεκτών των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

2. Ο μετασχηματισμός του Κράτους Πρόνοιας σε Ευρώπη και Ελλάδα

2.1 Τυπολογία κρατών πρόνοιας

Ο όρος «κράτος-πρόνοιας» εισάγεται στο πολιτικό λεξιλόγιο για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ως μοντέλο παρέμβασης του κράτους και σχέσης κράτους-κοινωνίας, ενώ επικρατεί στη Δυτική Ευρώπη στις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Σύμφωνα με τη Στασινοπούλου (1990), ο ως άνω όρος υποδηλώνει τη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες και ανταποκρίνεται σε μια συγκεκριμένη, ιστορικά προσδιορισμένη μορφή οργάνωσης της σχέσης κράτους, κοινωνίας και αγοράς. Το κράτος αναπτύσσει μηχανισμούς για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ή για τη ρύθμιση της παροχής τους από τον ιδιωτικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα. Σύμφωνα με τον Gough (2008), το κράτος πρόνοιας είναι σύνολο θεσμών που κατοχυρώνουν τη χρησιμοποίηση της κρατικής εξουσίας για το μετασχηματισμό της αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης και τη συντήρηση του μη εργαζόμενου πληθυσμού σε μια κοινωνία που στηρίζεται στον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής. Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια και τα ανεπίσημα πλέγματα μπορούν να επωμισθούν αποτελεσματικά το βάρος της συντήρησης του μη ενεργού πληθυσμού καθορίζεται από την ισχύουσα κοινωνική οργάνωση και επηρεάζει την έκταση της κρατικής παρέμβασης.

Η μελέτη άσκησης κοινωνικής πολιτικής σε διαφορετικές χώρες οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μπορούμε να αναφερόμαστε σε διαφορετικά προνοιακά συστήματα και όχι σε ένα μοντέλο κράτους, το οποίο θα είναι κατάλληλο να παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη των κοινωνικών αναγκών.

Ο Esping-Andersen (2006) διακρίνει τρία «καθεστώτα κράτους πρόνοιας»: το «φιλελεύθερο», το «συντηρητικό-κορπορατιστικό» και το «σοσιαλδημοκρατικό» ανάλογα με τις σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στο κράτος, την αγορά και την οικογένεια ως προς την παροχή κοινωνικής προστασίας.

Το φιλελεύθερο πρότυπο αναπτύσσεται στις Η.Π.Α., την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και σε μικρότερο βαθμό στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στηρίζεται στην περιορισμένη κρατική παρέμβαση και στην ενθάρρυνση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Το κράτος παρέχει στήριξη μόνο σε μια

περιορισμένη ομάδα του πληθυσμού με πολύ χαμηλά εισοδήματα, δηλαδή λειτουργεί ως δίχτυ ασφαλείας. Ωστόσο, οι κανόνες επιλεξιμότητας είναι αυστηροί και δημιουργούν στιγματισμό. Οι φτωχοί εξαρτώνται από το κράτος, ενώ τα μεσαία κοινωνικά στρώματα επιδιώκουν την κοινωνική ασφάλιση στο πλαίσιο της αγοράς. Ο βαθμός αναδιανομής μέσω του κράτους πρόνοιας είναι εξαιρετικά περιορισμένος.

Το «συντηρητικό-κορπορατιστικό» καθεστώς συναντάται στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, κυρίως στη Γερμανία και τη Γαλλία. Η δραστηριοποίηση του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών είναι επαρκής. Ωστόσο, το κράτος δεν αποτελεί τον μοναδικό προμηθευτή κοινωνικών παροχών. Η οικογένεια, οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και η Εκκλησία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική προστασία. Η διατήρηση της κοινωνικής ιεραρχίας αποτελεί κεντρική αρχή. Έτσι, τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας χαρακτηρίζονται από έντονο κατακερματισμό και η έκταση των κοινωνικών επιδομάτων και υπηρεσιών ποικίλλει μεταξύ των διάφορων κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων.

Το «σοσιαλδημοκρατικό» καθεστώς χαρακτηρίζει τις Σκανδιναβικές χώρες. Το κράτος αποτελεί τον κυρίαρχο πάροχο κοινωνικής προστασίας, ενώ ο ρόλος της αγοράς είναι ασήμαντος. Το σύστημα αυτό αναπτύσσει καθολικού χαρακτήρα κοινωνικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου ποιότητας. Η αναδιανεμητική επίδραση της κοινωνικής πολιτικής είναι ευρεία, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των εισοδηματικών ανισοτήτων της αγοράς.

Ωστόσο, η τυπολογία των κρατών-πρόνοιας δε συμπεριελάμβανε καθόλου τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και γι' αυτό άρχισε να καλλιεργείται η άποψη περί ενός τέταρτου μοντέλου κράτους πρόνοιας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Ferrera (1996), το «νότιο» μοντέλο -το οποίο αναπτύχθηκε και στην Ελλάδα- παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με το «συντηρητικό - κορπορατιστικό» μοντέλο, καθώς και τα δύο ακολουθούν το βισμαρκιανό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Επίσης, η κοινωνική πρόνοια οριοθετείται από την αρχή της επικουρικότητας, δηλαδή το κράτος δεν αποτελεί αποκλειστικό πάροχο κοινωνικής προστασίας, αλλά ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η οικογένεια και τα άτυπα δίκτυα. Από την άλλη πλευρά, το «νοτιοευρωπαϊκό» μοντέλο αποκλίνει ουσιαδώς από το «συντηρητικό - κορπορατιστικό» ως προς την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής προστασίας. Ο Ferrera διακρίνει, επίσης, ως γνωρίσματα του μοντέλου αυτού, μια

αντίληψη καθολικότητας ως προς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, την ισχυρή διαπλοκή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στα πεδία της υγείας και της πρόνοιας, την απροκάλυπτη πελατειακή συμπεριφορά της κοινωνικής διοίκησης και την ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις επιμέρους επαγγελματικές ομάδες.

2.2 Τα αίτια δημιουργίας του κράτους πρόνοιας και η κοινωνική προστασία στα νεότερα χρόνια

Η συλλογική οργάνωση κοινωνικής φροντίδας προϋπήρχε του αστικού κράτους και της διεύρυνσης της κοινωνικής λειτουργίας του (Στασινοπούλου, 1990). Είχε, όμως, αποσπασματικό χαρακτήρα και αναπτύχθηκε στα πλαίσια της τοπικής κοινότητας ή μέσα από διάφορες μορφές οργάνωσης, όπως οι συντεχνίες. Σημαντικό ρόλο στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής διαδραμάτισε η Εκκλησία, καθώς προχώρησε στη σύσταση ιδρυμάτων για την αντιμετώπιση της φτώχειας, με τη στήριξη της εθελοντικής προσφοράς των ανώτερων τάξεων. Κύριο πλαίσιο κάλυψης αναγκών στις προκαπιταλιστικές κοινωνίες είναι, πέραν της τοπικής κοινότητας, η οικογένεια.¹

Ωστόσο, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι όταν γίνεται λόγος για κοινωνική πολιτική και κοινωνικό κράτος, αναφερόμαστε σε μια διαδικασία ρύθμισης των σχέσεων κοινωνίας και αγοράς στο πλαίσιο του καπιταλιστικού συστήματος τον 20^ο αιώνα, και ιδίως μετά τον Β΄ Π.Π., οπότε και τίθεται ο στόχος της οικοδόμησης της συναινετικής κοινωνίας.² Έτσι, η εργατική τάξη αποδέχεται τη λειτουργία των θεσμών της ελεύθερης αγοράς και του οικονομικού ανταγωνισμού, που επιφέρει το καπιταλιστικό σύστημα, και η αστική τάξη αποδέχεται βασικά κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα των εργατών. Με αυτόν τον τρόπο οικοδομείται η «συναινετική κοινωνία».

Το οικονομικό και κοινωνικό σύστημα του καπιταλισμού αναδύεται μέσα από τη Βιομηχανική Επανάσταση, η οποία επιφέρει ραγδαίες αλλαγές στη διαδικασία παραγωγής στην Αγγλία το τέλος του 18^{ου} αιώνα και στον υπόλοιπο δυτικό κόσμο από

¹ Μορφές πρόνοιας, αλληλεγγύης και φιλανθρωπίας εμφανίζονται ήδη από την Αρχαιότητα. Ο Κώδικας του βασιλέα των Βαβυλωνίων Χαμουραπί, που αποτελεί και τον πρώτο νομοθετικό κώδικα της ιστορίας, χρονολογημένο στον 17^ο αιώνα π.Χ., περιλαμβάνει διατάξεις για τη φροντίδα του βασιλιά υπέρ των φτωχών. Ενώ, στην εποχή της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, τα πιο γνωστά μέτρα κοινωνικής πρόνοιας είναι η διανομή τροφίμων και ιματισμού στους απόρους και τους ανέργους (Δικαίος, 2011).

² Οι πολιτικές, οργανωτικές και ιδεολογικές τάσεις, που εμφανίζουν τα κομματικά συστήματα της συγκεκριμένης περιόδου είναι ενδεικτικές αυτής της εξέλιξης. Τα πολυσυλλεκτικά κόμματα δεν εκφράζουν μόνο πολιτικά και ιδεολογικά την ευρύτατη κοινωνική συναίνεση της εποχής, αλλά και τις κοινωνικές συγκλίσεις που εξασφάλισε η κοινωνική ευημερία και οι ρυθμοί ανάπτυξης της μεταπολεμικής περιόδου (Σπουρδαλάκης, 2003).

τα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Η Βιομηχανική Επανάσταση δεν παραπέμπει απλώς στην εισαγωγή μηχανών στην παραγωγή, αλλά στην πλήρη μεταστροφή της φυσιγνωμίας της οικονομίας από αγροτική σε βιομηχανική, προσανατολισμένη στην αγορά. Ο καπιταλισμός διαμορφώνει δύο τάξεις. Η εργατική τάξη ζει αποκλειστικά από το εισόδημά της από μισθωτή εργασία και η τάξη των ιδιοκτητών των μέσων παραγωγής συσσωρεύει κεφάλαιο με αποκλειστικό στόχο τη μεγιστοποίηση κέρδους. Παρατηρείται, λοιπόν, μια βαθιά διαιρετική τομή, καθώς κυριαρχεί σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο ο ανταγωνισμός μεταξύ ιδιοκτητών μέσων παραγωγής και προλεταριάτου-εργατών. Το εργατικό δυναμικό, με στόχο την εξασφάλιση εργασίας, επιδίδεται σε πρωτοφανή κινητικότητα και εγκαθίσταται γύρω από τις βιομηχανίες. Έτσι, δημιουργούνται νέες πόλεις που χαρακτηρίζονται από υπερβολική συγκέντρωση πληθυσμού και αξιοσημείωτη υποβάθμιση του επιπέδου υγιεινής.³ Η εκβιομηχάνιση, οι σκληρές συνθήκες ζωής, το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, η παιδική εργασία, πυροδοτούν ερωτήματα γύρω από τη φύση του νέου συστήματος, τα οποία επιχειρούν να απαντήσουν οι πρώτες σοσιαλιστικές θεωρίες του 19^{ου} αιώνα που τονίζουν την προτεραιότητα του κοινωνικού συμφέροντος έναντι του ατομικού.⁴

Οι νέες σοσιαλιστικές ιδέες της εποχής ωθούν την εργατική τάξη να δημιουργήσει τα πρώτα εργατικά συνδικάτα για να ικανοποιηθούν ανάγκες σχετικά με την υγεία, την κατοικία, την εκπαίδευση, τον ελεύθερο χρόνο. Οι εργατικές ενώσεις πολιτικά εκφράζονται μέσα από τη δημιουργία εργατικών, σοσιαλιστικών και σοσιαλδημοκρατικών κομμάτων. Την εποχή αυτή (19^{ος} αιώνας), το κράτος χαρακτηρίζεται ακόμα ως «κράτος-νυχτοφύλακας». Ο θεσμικός του μηχανισμός περιορίζεται στο αστυνομικό σώμα, στο δικαστικό σύστημα και στο στρατό. Μάλιστα, δίνεται έμφαση στην καταστολή των απεργιών και των διεκδικήσεων της ολοένα και αυξανόμενης εργατικής τάξης. Τα εργατικά συνδικάτα θεωρούνται «παράνομα», όπως και τα κόμματα και οι απαιτήσεις τους. Στο πλαίσιο αυτό, τα εργατικά, σοσιαλιστικά και σοσιαλδημοκρατικά κόμματα, υπό την επιρροή του Μαρξ, θέτουν δύο σειρές αιτημάτων. Τα βραχυχρόνια αιτήματα που αναφέρονται σε βελτίωση των όρων και των συνθηκών εργασίας και εστιάζουν σε θέματα υγείας, παιδείας, στέγασης, κοινωνικής

³ Χαρακτηριστικά ο Ένγκελς αναφέρει για τις εργατικές κατοικίες του Μάντσεστερ τον 19^{ου} αιώνα ότι απαγόρευαν κάθε είδους καθαριότητα, ευκολία και συνεπώς, άνετη οικογενειακή ζωή. Ίδιες αναφορές για την πόλη του Μάντσεστερ γίνονται και από τους Κνοκ και Pinch (2009).

⁴ Το 1848 οι Γερμανοί Καρλ Μαρξ και Φρίντριχ Ένγκελς δημοσιεύουν το Κομμουνιστικό Μανιφέστο και αργότερα ο Μαρξ δημοσιεύει το Κεφάλαιο, στο οποίο υποστηρίζει ότι η εργατική τάξη θα πρέπει να οργανωθεί για να ανατρέψει τον καπιταλισμό και να πάρει στα χέρια της τα μέσα παραγωγής.

ασφάλισης, μισθού και ωραρίου και τα μακροχρόνια που αναφέρονται στην εκ βάθρων αλλαγή του οικονομικού και κοινωνικού συστήματος από καπιταλισμό σε σοσιαλισμό. Ο μετασχηματισμός αυτός δεν αναφέρεται μόνο σε αλλαγή της ιδιοκτησίας των επιχειρήσεων από ατομική σε κοινωνική, αλλά και στην αλλαγή του ρόλου του κράτους. Έντονο, λοιπόν, ήταν το αίτημα για μετάβαση από το φιλελεύθερο-κράτος νυχτοφύλακα στο σοσιαλιστικό κράτος που θα ενεργεί προς όφελος της εργατικής τάξης (Σασούν, 2001).

Η ικανότητα οργάνωσης της εργατικής τάξης μέσα από συνδικάτα και κόμματα είναι αναγνωρισμένης αξίας για την εξήγηση της εισαγωγής μέτρων πρόνοιας (Gough, 2008). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας που κατοχυρώνεται υπό τον Bismarck το 1889 με στόχο να μειώσει την απήχηση του σοσιαλιστικού κινήματος, την εξάπλωση των συνδικαλιστικών οργανώσεων και να ανακόψει την άνοδο του σοσιαλδημοκρατικού κόμματος. Στο σύστημα αυτό η κοινωνική ασφάλιση διαφοροποιείται και κατατέμενεται σε ξεχωριστά προγράμματα βάσει του επαγγέλματος και της κοινωνικής θέσης. Το ύψος, επομένως, των παροχών καθορίζεται από τη σχέση που έχουν οι εργαζόμενοι με το κράτος. Δημιουργούνται διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία με διαφορετικές παροχές προς τους ασφαλισμένους που εκφράζουν και τη διαφορετική τους σχέση με το κράτος (Esping-Andersen, 2006 και Gough, 2008).

Μετά τη λήξη του Α΄ Π.Π. σταδιακά παρατηρείται εγκαθίδρυση αυταρχικών και δικτατορικών καθεστώτων στην κεντρική, ανατολική και τη νότια Ευρώπη. Η αδυναμία επιτυχούς αντιμετώπισης των σοβαρών οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων του Μεσοπολέμου από το πολιτικό σύστημα (1919-1939), η αδυναμία ειρηνικής, κοινοβουλευτικής αντιπαράθεσης με ένα ολοένα πιο διεκδικητικό εργατικό κίνημα, ο φόβος του μπολσεβικισμού και της κομμουνιστικής αριστεράς⁵ αποτέλεσαν ευνοϊκό πεδίο για την επικράτηση αυταρχικών αντικοινοβουλευτικών καθεστώτων που καταργούν τις συνδικαλιστικές ελευθερίες και πρεσβεύουν την εργασιακή πειθαρχία.

⁵ Έχει προηγηθεί η Οκτωβριανή Επανάσταση στη Ρωσία το 1917 που οδήγησε στην πτώση της τσαρικής κυβέρνησης και στην ανάληψη της εξουσίας από τους μπολσεβίκους που μετέπειτα συγκρότησαν το Κομμουνιστικό Κόμμα της Σοβιετικής Ένωσης.

2.3 Η χρυσή περίοδος της κοινωνικής προστασίας και του παρεμβατικού κράτους

Με το πέρας του Β΄ Π.Π. καταβάλλεται συστηματική προσπάθεια για την οικονομική και κοινωνική ανοικοδόμηση της Ευρώπης. Οι λαοί και οι κυβερνήσεις των Δυτικών χωρών επιζητούν ειρήνη, ευημερία και κοινωνική δικαιοσύνη. Ο κύριος στόχος που τίθεται είναι αυτός της άμβλυνσης των κοινωνικών προβλημάτων που άφησε ο πόλεμος, καθώς και η δημιουργία των προϋποθέσεων για μεγαλύτερη ισότητα των κοινωνικών τάξεων. Η σταθεροποίηση του καπιταλισμού στη δυτική Ευρώπη μεταπολεμικά συνοδεύεται από την καθιέρωση σειράς κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων στις εργατικές και λαϊκές τάξεις, που άλλοτε αποτέλεσαν κατακτήσεις για τους εργαζόμενους και άλλοτε παραχωρήσεις εκ μέρους των κεφαλαιοκρατικών τάξεων.

Το στάδιο από το Β΄ Π.Π. μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1960 χαρακτηρίζεται ως η χρυσή εποχή του κράτους πρόνοιας ή η περίοδος του κλασικού κράτους πρόνοιας. Κατά την περίοδο αυτή οι σχέσεις του κράτους με την κοινωνία και την αγορά μεταβάλλονται. Πλέον, το κράτος γίνεται παρεμβατικό και πέρα από το πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, ρυθμίζει τις επιχειρήσεις και το εμπόριο, παρεμβαίνει στην αγορά εργασίας, παρέχει υπηρεσίες υποδομών και αναλαμβάνει την ευθύνη για τη συνολική οικονομική διαχείριση (Gough, 2008). Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας αποτέλεσε ένα «κοινωνικό συμβόλαιο» μεταξύ των κοινωνικών τάξεων με διαμεσολαβητή και εγγυητή το κράτος. Όπως αναφέρει η Στασινοπούλου (1990), η οικοδόμησή του στηρίζεται στο συνδυασμό του κεϋνσιανού μοντέλου οικονομικής ανάπτυξης και του μοντέλου κοινωνικής πολιτικής του Beveridge, μέσα στο μεταπολεμικό κλίμα πολιτικής συναίνεσης στις καπιταλιστικές χώρες ανάμεσα στο κράτος, το κεφάλαιο και το οργανωμένο εργατικό κίνημα.

Η Έκθεση Beveridge το 1942 θέτει τις βάσεις του διευρυμένου κράτους πρόνοιας καθολικής κάλυψης στην Αγγλία. Στόχος του συστήματος, που έγινε γνωστό ως πρότυπο Beveridge, είναι η εξασφάλιση ελάχιστου εισοδήματος για όλους και η πλήρης και ολική μετάβαση του πληθυσμού στις κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να ηττηθούν οι «πέντε γίγαντες» που καταπιέζουν το σύγχρονο άνθρωπο, δηλαδή η ανάγκη, η οκνηρία, η άγνοια, η ασθένεια και η εξαθλίωση. Το μοντέλο αυτό, σε αντιδιαστολή με το υπόδειγμα Bismarck, χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα των παροχών προς όλους και όχι μόνο ως προς τους εργαζόμενους. Μεταξύ των μεταρρυθμίσεων που εισάγονται

είναι η ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών οργανισμών σε έναν δημόσιο, η προώθηση ενός συστήματος οικογενειακών επιδομάτων ως απαραίτητο συμπλήρωμα στα επιδόματα ανεργίας, η ίδρυση εθνικού συστήματος υγείας, καθώς και μια οικονομική πολιτική με στόχο την εξασφάλιση της πλήρους απασχόλησης. Οι πόροι του συστήματος κατανέμονται βάσει των κοινωνικών αναγκών, ενώ η χρηματοδότησή του προέρχεται από τα φορολογικά έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού (Esping-Andersen, 2006 και Gough, 2008). Η επικράτηση για πρώτη φορά του Εργατικού Κόμματος (Labour Party) έναντι του Συντηρητικού Κόμματος το 1945 οδηγεί τελικά στην υιοθέτηση της έκθεσης Beveridge και στη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1948, καθώς και σε ένα εκτεταμένο πρόγραμμα εργατικών κατοικιών.

Το παράδειγμα της Αγγλίας θα ακολουθήσουν οι Σκανδιναβικές χώρες, το Βέλγιο και η Ολλανδία, ενώ και στη Γαλλία μετά το 1945 αναπτύσσεται το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης με χρηματοδότηση από το κράτος, τους εργαζόμενους και τους εργοδότες.

Σταδιακά και υπό το βάρος των κοινωνικών και ταξικών διεκδικήσεων ή και των κοινωνικών συγκρούσεων, το κοινωνικό κράτος διευρύνθηκε σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης, της πρόνοιας, της υγείας, της εκπαίδευσης, της στέγασης, των δημόσιων υποδομών. Οι λόγοι για την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας μετά τον Β΄ Π.Π. συνοψίζονται στην ανάγκη διατήρησης της συνεργασίας των εργατικών συνδικάτων που είχε επιτευχθεί κατά τη διάρκεια του πολέμου με την υπόσχεση ότι θα συνεχιστεί η συνδιαμόρφωση αποφάσεων και μετά τον πόλεμο και δε θα υπάρξει επιστροφή στο μοντέλο του ατομικιστικού καπιταλισμού, στην ύπαρξη του παραδείγματος της σοβιετικής οικονομίας που υποσχόταν μια δίκαιη κοινωνία και στον προβληματισμό γύρω από την επιρροή της στη δυτική εργατική τάξη και στην ευρεία ριζοσπαστικοποίηση που εκδηλώθηκε με την εκλογική επιτυχία και την επιρροή των κομμάτων της εργατικής τάξης σε Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία, Σκανδιναβικές χώρες (Gough, 2008). Η επιρροή των κομμάτων αυτών οδήγησε στην υιοθέτηση παρόμοιας πολιτικής ατζέντας από τα κόμματα της Ευρωπαϊκής Χριστιανοδημοκρατίας (π.χ. Δυτική Γερμανία, Ιταλία), από τον De Gaulle στην Γαλλία, καθώς και από το Συντηρητικό Κόμμα του Ην. Βασιλείου, το οποίο και επέκτεινε το στεγαστικό πρόγραμμα του Εργατικού Κόμματος. Τέλος, σημαντικός παράγοντας που αύξησε την κοινωνική συναίνεση για το κράτος πρόνοιας και τον κρατικό παρεμβατισμό είναι και το ότι τα μεγάλα προβλήματα της δεκαετίας του 1930, η αυξημένη και παρατεταμένη ανεργία, θεωρήθηκε ότι οδήγησαν στην αύξηση του πολιτικού εξτρεμισμού. Ο

φασισμός θεωρήθηκε άμεση συνέπεια της οικονομικής αποδιάρθρωσης και έτσι, οι πολιτικές πλήρους απασχόλησης και η βελτιστοποίηση των κοινωνικών παροχών αναδείχθηκαν ως πρόσφορο ανάχωμα στην ενδεχόμενη επανεμφάνιση φασιστικών καθεστώτων, τα οποία οδήγησαν στον Β΄ Π.Π.

2.4 Η κρίση του παρεμβατικού κράτους πρόνοιας

Μετά τη θεαματική ανάπτυξη που παρουσίασε η οικονομία μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1960 και τα υψηλά ποσοστά απασχόλησης, εμφανίζεται μία επίμονη στασιμότητα. Οι υψηλοί ρυθμοί πληθωρισμού, η χαμηλή παραγωγικότητα και η έλλειψη επενδυτικής δραστηριότητας είναι γεγονός. Το 1973 και το 1979 σημειώνονται πετρελαϊκές κρίσεις, οι οποίες προκαλούν ραγδαία αύξηση στην τιμή του πετρελαίου και στο κόστος παραγωγής των επιχειρήσεων. Ιδιαίτερα, πλήττονται οι χώρες που δεν διαθέτουν άλλες πηγές ενέργειας και έτσι, καθίστανται ενεργειακά εξαρτημένες από εισαγωγές πετρελαίου. Βασικό χαρακτηριστικό της κρίσης αποτελεί η πρωτόγνωρη εμφάνιση του φαινομένου του στασιμοπληθωρισμού, δηλαδή συνύπαρξη υψηλών ποσοστών ανεργίας και πληθωρισμού. Το πετρελαϊκό πλήγμα και η επιβράδυνση της παραγωγικότητας των βιομηχανικών χωρών θα σημάνουν την αρχή μιας περιόδου φτωχών μακροοικονομικών επιδόσεων. Η κεϋνσιανή θεωρία, που πρεσβεύει ότι η οικονομία ισορροπεί σε επίπεδο πλήρους απασχόλησης όταν το κράτος παρεμβαίνει στην αγορά αυξάνοντας τις δημόσιες δαπάνες, φαίνεται να μην λειτουργεί πια.

Ο συμβιβασμός που συνέδεε το κεφάλαιο με την εργατική τάξη μέσω του κράτους και που στηριζόταν στην αποδοχή από την εργατική τάξη των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής με αντάλλαγμα την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους, τη σταθερή απασχόληση και την αύξηση των μισθών σε αντιστοιχία με την αύξηση της παραγωγικότητας, αναιρείται από την επιβράδυνση της ανάπτυξης. Η οικονομική κρίση γίνεται κοινωνική και πολιτική και θέτει σε αμφισβήτηση τη σχέση ανάμεσα στο κράτος, την αγορά και την κοινωνία, σχέση πάνω στην οποία οργανώθηκε το κράτος πρόνοιας μετά το 1945. Ο «συμβιβασμός» κεφαλαίου και εργασίας, που οδήγησε και στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου των εργαζόμενων, δε μπορεί να διατηρηθεί πια.

Τη δεκαετία του 1970, λοιπόν, ξεκινούν έντονοι προβληματισμοί σχετικά με την αναγκαιότητα ενός διευρυμένου ρόλου του κράτους στην οικονομική σφαίρα και την αποτελεσματικότητα των αναδιανεμητικών του μηχανισμών (Χριστοδουλάκης, 2015).

Το κράτος πρόνοιας δέχεται κριτικές τόσο από δεξιά όσο και από αριστερά. Η αριστερή κενϋνιανή προσέγγιση θεωρεί ότι το κράτος πρόνοιας απέτυχε να εκπληρώσει τους κύριους στόχους του, δηλαδή την καταπολέμηση της φτώχειας και την εγκαθίδρυση μιας πιο δίκαιης κοινωνίας. Κατά τη μαρξιστική κριτική, τα προβλήματα πηγάζουν από τις αντιφάσεις στο εσωτερικό του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής. Ο καπιταλισμός αξιωματικά απορρίπτει το κράτος πρόνοιας, καθώς μέρος του πλούτου αναδιανέμεται για την κοινωνική ασφάλεια και όχι για να επενδυθεί αλλού, ωστόσο, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει χωρίς αυτό, καθώς το κράτος πρόνοιας νομιμοποιεί και υποστηρίζει ουσιαστικά τη συσσώρευση κεφαλαίου μέσα από την εξασφάλιση της αναπαραγωγής της εργατικής τάξης (Gough, 2008). Επίσης, σύμφωνα με τη μαρξιστική θεώρηση, το κράτος πρόνοιας απέτυχε να επιφέρει θεμελιώδεις αλλαγές στην οικονομική και κοινωνική δομή και στην αναδιανομή του πλούτου και της εξουσίας. Ουσιαστικά, ενδιαφερόταν για τον κοινωνικό έλεγχο και όχι για την κοινωνική αλλαγή.

Η εκ δεξιών αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας τη δεκαετία του 1970 προήλθε από τη νεοφιλελεύθερη σχολή ή Νέα Δεξιά (New Right). Κύριο επιχείρημα υπήρξε η αναποτελεσματικότητα του κοινωνικού κράτους. Το παρεμβατικό κράτος απέτυχε στην προσπάθεια να εξαλείψει τις κοινωνικές ανισότητες και τη φτώχεια. Οι κοινωνικές δαπάνες χαρακτηρίζονται ως αντιπαραγωγικές, ενώ ταυτόχρονα αφαιρείται ένα σημαντικό μέρος από τον εθνικό πλούτο, που αν αξιοποιηθεί από τον ιδιωτικό τομέα, θα οδηγήσει στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου και στην ευημερία των πολιτών πολύ περισσότερο από τον καταπιεστικό γραφειοκρατικό μηχανισμό. Η υψηλή φορολογία για τη χρηματοδότηση των παροχών άμβλυνε τα κίνητρα για επενδύσεις, εργασία και οικονομική ανάπτυξη. Η έλλειψη ανταγωνισμού και κινήτρων οδήγησε με τη σειρά της σε υψηλά κόστη των κοινωνικών υπηρεσιών και σε σπατάλη πόρων δημιουργώντας, έτσι, ένα φαύλο κύκλο (Σακελλαρόπουλος, 1999). Πρόσθετο σημείο της νεοφιλελεύθερης κριτικής είναι και η άποψη ότι το παρεμβατικό κράτος πρόνοιας αντιτίθεται στην ελευθερία του ατόμου, καθώς περιορίζει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής και δημιουργεί άτομα παθητικά που αποτελούν βάρος για το κοινωνικό σύνολο.

Η επικράτηση του νεοφιλελεύθερου δόγματος υπαγορεύτηκε από δύο ταυτόχρονες κρίσεις που χτύπησαν τον καπιταλισμό την δεκαετία του 1970: την οικονομική ύφεση

και την κοινωνική εξέγερση⁶. Η Νέα Δεξιά προωθεί το ελάχιστο παρεμβατικό κράτος, την κοινωνία της ελεύθερης αγοράς και τον περιορισμό των εργατικών σωματείων και των συλλογικά οργανωμένων εργαζομένων. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς της, το δίκτυο κοινωνικής ασφάλειας θεωρείται ως η μόνη αποδεκτή ελάχιστη μορφή του κράτους πρόνοιας. Ο Hayek υποστηρίζει ότι η συνεχής κίνηση προς τον κρατικό οικονομικό παρεμβατισμό θα αποδεικνυόταν ένας «δρόμος προς τη δουλεία» (2013). Για τον Friedman, ο μοναδικός ρόλος που θα έπρεπε να αναλάβει το κράτος είναι αυτός της διαφύλαξης και εδραίωσης της ελεύθερης και απρόσκοπτης λειτουργίας των αγορών (2012).

Στην αρχή της οικονομικής κρίσης (1973-1979) τα μέτρα που λαμβάνονται από τα καπιταλιστικά κράτη είναι «ήπιας διαχείρισης» της κρίσης (Carter στις Η.Π.Α., Callaghan στην Αγγλία, σοσιαλδημοκράτες στη Γερμανία και τις Σκανδιναβικές χώρες). Στο τέλος της δεκαετίας του 1970, όμως, όλες οι οικονομικές πολιτικές των κυρίαρχων καπιταλιστικών χωρών συγκλίνουν προς το φιλελεύθερο μονεταρισμό. Ξεκινώντας από τη «σκληρή» πολιτική των κυβερνήσεων Thatcher στην Αγγλία και Reagan στις Η.Π.Α. και καταλήγοντας στον Schmidt στη Γερμανία και στον Barre στη Γαλλία, η οικονομική πολιτική απομακρύνεται από τις κενσιανές συνταγές ρύθμισης της οικονομίας και η επιλογή της λιτότητας γίνεται υποχρεωτική. Οι βασικές πολιτικές επιλογές των κυβερνήσεων είναι η καθιέρωση του ελάχιστου κράτους και η ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Τα άτομα και τα νοικοκυριά πρέπει, πλέον, να αγοράζουν τις υπηρεσίες αυτές από την αγορά, ακριβώς όπως και τα υπόλοιπα προϊόντα (Σακελλαρόπουλος, 1999). Ο νεοφιλελευθερισμός διακηρύσσει ότι η κοινωνική βοήθεια δε μπορεί να αποτελεί υποχρέωση κανενός. Για την αντιμετώπιση της ανεργίας, αναζητούνται σύγχρονες ελαστικές λύσεις, όπως η προώθηση της μερικής απασχόλησης και το ευέλικτο ωράριο εργασίας. Τέλος, οι αλλαγές στα συστήματα συνταξιοδότησης και η παρακολούθηση σεμιναρίων επαγγελματικής κατάρτισης για νέους άνεργους προκειμένου να διεκδικήσουν το επίδομα ανεργίας αποτελούν παραδείγματα της Δυτικής Ευρώπης και των Η.Π.Α.

⁶ Τον Μάιο του 1968 σημειώνεται στη Γαλλία εξέγερση των φοιτητών, απεργίες και καταλήψεις εργοστασίων από τις εργατικές μάζες ως διαμαρτυρία για τις σκληρές συνθήκες εργασίας στα εργοστάσια και το αυταρχικό πολιτικό καθεστώς του De Gaulle. Η κοινωνική έκρηξη που σημειώθηκε στη Γαλλία εξαπλώνεται την ίδια χρονιά στο Μεξικό, τις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Βρετανία, την Ιταλία κλπ και θέτει το ζήτημα της ανατροπής του καπιταλισμού.

2.5 Τρίτος Δρόμος και ρυθμιστικό κράτος ως αναπτυξιακό εργαλείο

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 αρχίζουν να πυκνώνουν οι φωνές που επιζητούν διαφορετικές λύσεις προς μια πλουραλιστική κατεύθυνση και το ζητούμενο αποτελεί ένα πετυχημένο μίγμα κράτους, αγοράς και του πρωτοαναγνωριζόμενου στην Ευρώπη «κοινωνικού τομέα», ήτοι του τρίτου τομέα που θα οδηγήσει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών υπηρεσιών με λιγότερο κόστος (Lewis, 1995).

Από την δεκαετία του 1980 και πιο έντονα την δεκαετία του 1990 σημειώνεται μία προσπάθεια συμβιβασμού μεταξύ του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου της ζήτησης που επικράτησε μετά τον Β΄ Π.Π. και του νεοφιλελεύθερου μοντέλου της προσφοράς που κυριάρχησε στον δυτικό κόσμο στο τέλος της δεκαετίας του 1970. Ο εμπλουτισμός της σοσιαλδημοκρατίας με φιλελεύθερες ιδέες υπαγορεύτηκε από τις ραγδαίες αλλαγές στη δομή της εργατικής τάξης με την αύξηση των ελεύθερων επαγγελματιών και των υπαλλήλων γραφείου, την παγκοσμιοποίηση και την αλληλεξάρτηση των εθνικών οικονομιών, την κατάρρευση των χωρών του «υπαρκτού σοσιαλισμού», που συμβόλιζε την ιδεολογική και θεωρητική ήττα της ευρωπαϊκής αριστεράς. Η σύγκλιση αυτή της σοσιαλδημοκρατίας και του νεοφιλελευθερισμού εκφράστηκε μέσα από τον Τρίτο Δρόμο, ο οποίος επηρέασε αποφασιστικά τα κόμματα της σοσιαλιστικής οικογένειας (Blair, Schröder, Σημίτης). Ο Τρίτος Δρόμος (Giddens, 2001) υποστηρίζει την ανάγκη μεταρρύθμισης του κράτους και της διακυβέρνησής του, με την παράλληλη ενίσχυση των θεσμών συμμετοχής και τη συνεργασία με την κοινωνία πολιτών, όπως οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί, ώστε να επιτευχθεί η εμβάθυνση της δημοκρατίας. Ο Giddens αποκαλεί αυτήν την οικονομική και κοινωνική συμμαχία κράτους και μη κυβερνητικών οργανώσεων νέα «μικτή» οικονομία. Σε αντίθεση, με την άνευρη οριοθέτηση και την αποστασιοποίηση του κράτους στο νεοφιλελευθερισμό, πλέον αναδεικνύεται ο ζωτικός οικονομικός και κοινωνικός ρόλος της κυβέρνησης. Στόχος του κράτους είναι η προαγωγή της διεθνούς ανταγωνιστικότητας μέσα από την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της δια βίου κατάρτισης του απασχολούμενου, καθώς και η ανάπτυξη της κοινότητας και της κοινωνίας πολιτών ενάντια στην πίεση της οικονομίας της αγοράς. Στην αντίληψη του Τρίτου Δρόμου, εντάσσεται και το ρεύμα του προνοιακού πλουραλισμού, που αμφισβητεί την κεντρική παρέμβαση του κράτους στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο του τρίτου τομέα, υπό τη μορφή εθελοντικών κοινωνικών πρωτοβουλιών. Στόχος του

πλουραλισμού δεν είναι η συρρίκνωση, αλλά η αναδιάρθρωση του κράτους προς την κατεύθυνση της ενεργοποίησης του ιδιωτικού τομέα σε εταιρικές σχέσεις με το δημόσιο τομέα, πρωτοβουλίες, ενεργοποίηση και κοινωνική ένταξη ατόμων.

Υπό την επίδραση των νέων αυτών ρευμάτων πολιτικής σκέψης, επιχειρείται η διαμόρφωση μιας νέας διευθέτησης μεταξύ κράτους, κοινωνίας και αγοράς. Στο πλαίσιο αυτό, το κράτος ρυθμίζει τα γενικά πλαίσια και αφήνει εντός αυτών την ρύθμιση των λεπτομερειών στις επί μέρους συλλογικότητες, δηλαδή την τοπική κοινωνία, την ιδιωτική πρωτοβουλία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το επιτελικό κράτος δεν απεμπολεί το σύνολο των ζωτικών λειτουργιών του. Αντίθετα, μέσω της μεταβίβασης αρμοδιοτήτων, ενισχύει το ρυθμιστικό του ρόλο, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματική παραγωγή δημόσιων αγαθών. Ενθαρρύνει και υποστηρίζει συμμετοχικά δίκτυα, διαβουλεύεται εκτεταμένα και ασκεί δημόσιες πολιτικές όχι μονομερώς, αλλά μέσα από την ενεργό δράση όλων των ενδιαφερόμενων μερών στα πλαίσια μιας πιο συμμετοχικής δημοκρατίας. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύσσονται οι δομές της «διακυβέρνησης» που υποκαθιστούν τις μέχρι πρόσφατα δεδομένες συντεταγμένες αρχές λειτουργίας της κυβέρνησης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται αλλαγή στην ισορροπία σε διεθνές επίπεδο. Οι ανάγκες του κεφαλαίου έχουν υπερισχύσει έναντι της εργατικής τάξης. Η κατάρρευση του κομμουνιστικού μπλοκ, η μαζική αποβιομηχάνιση, η αύξηση της ανεργίας, η προγραμματική μετατόπιση των σοσιαλδημοκρατικών κομμάτων προς το κέντρο οδηγούν στη μείωση της επιρροής της εργατικής τάξης στη διαμόρφωση της πολιτικής, άρα και του ρόλου του κοινωνικού κράτους. Η έμφαση πλέον δίνεται, κυρίως, στην προώθηση των αιτημάτων των ιδιωτικών επιχειρήσεων και των πολυεθνικών. (Gough, 2008).

2.6 Κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα

Το κράτος πρόνοιας στη χώρα μας συγκροτείται με μεγάλη χρονική υστέρηση σε σχέση με τα λοιπά ευρωπαϊκά κράτη. Σειρά παραγόντων, όπως το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της παραγωγικής διαδικασίας, η περιορισμένη συγκέντρωση κεφαλαίου, το χαμηλό ποσοστό μισθωτής εργασίας, η διευρυμένη οικογένεια όχι μόνο καθυστερούν την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, αλλά και σε συνδυασμό με τη διεθνή κατάσταση εμποδίζουν την πλήρη ανάπτυξή του (Μαλούτας και Οικονόμου, 1988). Σύμφωνα με τους Βενιέρη και Παπαθεοδώρου (2003, σελ. 95) «στην περίπτωση των δυνάμεων του κεφαλαίου, δεν ασκήθηκαν πιέσεις προς το κράτος για την αναπαραγωγή

του εργατικού δυναμικού μέσω της ανάπτυξης κοινωνικής πολιτικής, λόγω της περιορισμένης συγκέντρωσης του κεφαλαίου, της τεχνολογικής καθυστέρησης και της περιορισμένης αναλογίας του βιομηχανικού ως προς το σύνολο κεφαλαίου, καθώς και της συγκυριακής υπερεπάρκειας φθηνού εργατικού δυναμικού». Παράλληλα, το βάρος της μισθωτής εργασίας είναι σχετικά μικρό, η δε αναπαραγωγή της είναι δυνατή μέσω υποκατάστατων του κράτους πρόνοιας, όπως η διευρυμένη οικογένεια και τα τοπικά δίκτυα αλληλοβοήθειας, γεγονός που συντελεί στο να μην ασκηθούν πιέσεις ούτε από τις δυνάμεις της εργασίας. Επομένως, η περιορισμένη κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα συνδέεται με την απουσία ισχυρού εργατικού κινήματος, καθώς η χώρα μας βασίζεται κυρίως στη ναυτιλία και όχι στην βιομηχανία.

Επίσης, ο Εμφύλιος Πόλεμος και η γενικευμένη πολιτική αστάθεια που ακολούθησε, δεν επέτρεπαν την οικοδόμηση μιας συναινετικής κοινωνίας κατά το πρότυπο του κοινωνικού κράτους. Μετά την πτώση του δικτατορικού καθεστώτος, αρχίζει μια προσπάθεια οικοδόμησης ενός κράτους πρόνοιας που κορυφώνεται την δεκαετία του 1980. Η δεκαετία αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως η εποχή που το ελληνικό κοινωνικό μοντέλο προσέγγισε την υπόλοιπη Ευρώπη σε επίπεδο κοινωνικών παροχών. Αυτήν την περίοδο στην Ελλάδα λαμβάνει χώρα σειρά σημαντικών μεταρρυθμίσεων, όπως η επέκταση του συστήματος συνταξιοδοτικής κάλυψης των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα, ο εκσυγχρονισμός του Οικογενειακού Δικαίου, η προώθηση της ισότητας των φύλων, η σημαντική αύξηση των συντάξεων και μισθών, η στήριξη των ηλικιωμένων, της μητρότητας, της ανατροφής και της εκπαίδευσης των παιδιών και η σημαντική θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. Την δεκαετία αυτή παρατηρείται μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και βελτίωση στην αναδιανομή του εισοδήματος υπέρ των μεσαίων και κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Ως αποτέλεσμα αυτών των παρεμβάσεων, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας αυξάνονται δραστικά. Ωστόσο, συνεχίζουν να μένουν πίσω από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (Σακελλαρόπουλος, 1999).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Ελλάδα διαθέτει, πλέον, ένα σχετικά σύγχρονο σύστημα κοινωνικής προστασίας, ωστόσο, με αρκετά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιομορφίες. Όπως, ήδη αναφέρθηκε ανωτέρω, ο τύπος του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα προσεγγίζει αυτόν των άλλων νοτιοευρωπαϊκών χωρών και έτσι, εντάσσεται στο νοτιοευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο (Ferrera, 1996). Βάση του συστήματος αποτελούν η εργασία και οι εισφορές που πληρώνουν οι εργαζόμενοι. Η οικογένεια λειτουργεί δίπλα στο κράτος και στην αγορά ως βασικός μηχανισμός προστασίας,

φροντίδας και αναδιανομής του εισοδήματος. Οι συντάξεις αποτελούν το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος στο σύστημα μεταβιβάσεων, ενώ τα επιδόματα ανεργίας και τα οικογενειακά επιδόματα δεν παίζουν σημαντικό ρόλο. Απουσιάζουν μηχανισμοί ελάχιστων εγγυημένων πόρων, καταπολέμησης της φτώχειας και του μακροχρόνιου κοινωνικού αποκλεισμού. Η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθολική και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τέλος, παρά την ύπαρξη ενός ενιαίου και συγκεντρωτικού συνδικαλιστικού κινήματος, δεν έχουν ακόμη συγκροτηθεί ικανοποιητικοί θεσμοί κοινωνικού διαλόγου μεταξύ των κοινωνικών εταίρων.

Μέχρι το 1993 οι κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. βαίνουν μειούμενες στη χώρα μας, ενώ στην Ε.Ε. αυξάνονται. Από το 1995, όμως, και έως την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης το 2008, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία αυξάνονται σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα, το Διάγραμμα 1 δείχνει ότι την περίοδο 1995-2008 οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. μεταπήδησαν από το 19,9% στο 26%, και έτσι πλησίασαν ουσιαστικά τον μέσο όρο της Ε.Ε., που είναι 27,1% (Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, 2011). Ωστόσο, την ίδια περίοδο το ποσοστό φτώχειας στην Ελλάδα παραμένει σχεδόν αμετάβλητο, καθώς κυμαίνεται περίπου από 20% έως 21%. Το ποσοστό αυτό της φτώχειας είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Ενώ, ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι αυτό διαπιστώνεται σε μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από ραγδαία μεγέθυνση της ελληνικής οικονομίας και βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού.

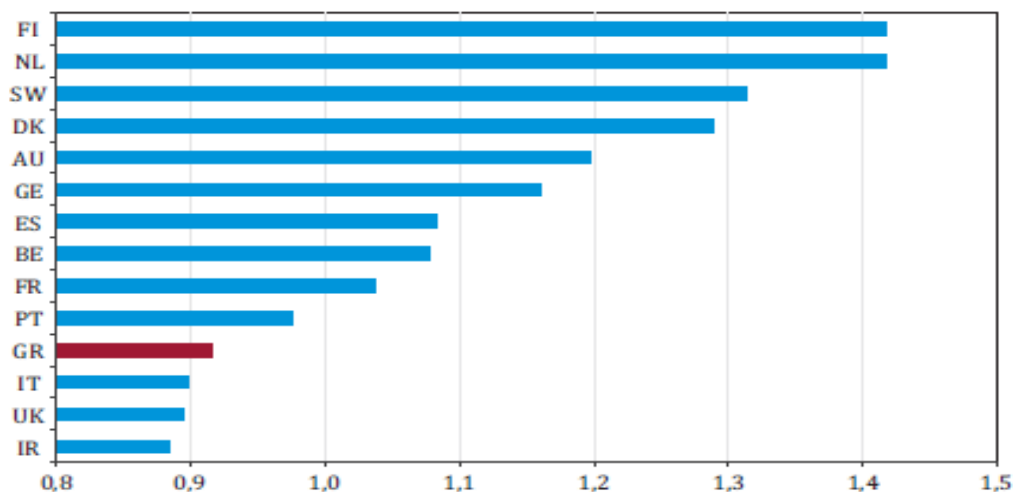
Διάγραμμα 1. Δαπάνες για κοινωνική προστασία (ως % του Α.Ε.Π.) και φτώχεια, Ελλάδα, 1995-2008



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2009

Η αναντιστοιχία αυτή μεταξύ αυξημένων δαπανών κοινωνικής προστασίας και πολύ υψηλού ποσοστού φτώχειας επιβεβαιώνει την κατάταξη της Ελλάδας στο νοτιοευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας το οποίο χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από χαμηλή αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι, η χώρα μας εμφανίζεται ως μία από τις περισσότερο αναποτελεσματικές χώρες στην Ε.Ε.-15 στη χρήση δαπανών για κοινωνική προστασία. Οι μόνες χώρες που εμφανίζουν μικρότερη αποτελεσματικότητα από την Ελλάδα είναι η Ιταλία, η Μ. Βρετανία και η Ιρλανδία, όπως αποτυπώνεται στο ακόλουθο Διάγραμμα 2.

Διάγραμμα 2. Δείκτης σχετικής αποτελεσματικότητας των δαπανών για κοινωνική προστασία ως προς την φτώχεια, Ε.Ε.-15, μέσος όρος 1994-2008



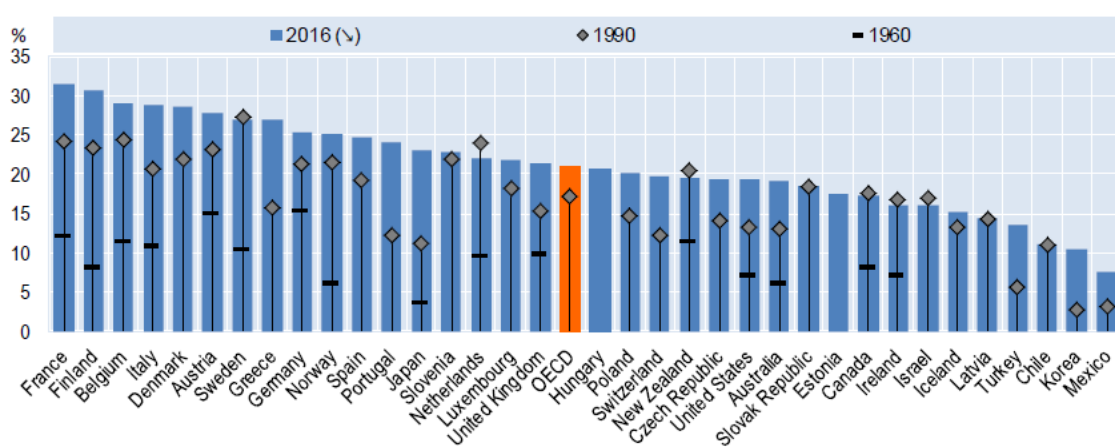
Πηγή: EUROSTAT, 2009

Το 2011, το 80% των δαπανών για κοινωνικές μεταβιβάσεις σε χρήμα αφορούσε συντάξεις (επιδόματα γήρατος και χηρείας). Σε σύγκριση με τον μέσο όρο στην Ε.Ε.-15, η Ελλάδα φαίνεται να υστερεί στις μεταβιβάσεις σε χρήμα στις κατηγορίες της υγείας, της αναπηρίας, της οικογένειας/παιδιών και της ανεργίας. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, ότι η Ελλάδα μαζί με τη Δανία είναι οι μόνες χώρες της Ε.Ε.-15 στις οποίες το χρονικό διάστημα μετά την εκδήλωση της κρίσης, η απασχόληση στις δραστηριότητες υγείας και κοινωνικής μέριμνας μειώθηκε (Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, 2013).

Το 2016, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα κατατάσσεται στην όγδοη θέση σε σύνολο 61 κρατών σε σχέση με το ύψος των δημόσιων κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό του Α.Ε.Π. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικές δαπάνες στη χώρα μας ανέρχονται στο 27% του Α.Ε.Π., όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 3. Το ποσοστό

αυτό είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που ανέρχεται σε 21%. Ωστόσο, παρά τις υψηλές κοινωνικές δαπάνες, οι κοινωνικές παροχές εξακολουθούν στη χώρα μας να μη φθάνουν αποτελεσματικά σε όσους πραγματικά τις έχουν ανάγκη. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού έχει αυξηθεί από 28,1% το 2008 σε 35,7% το 2015 στην Ελλάδα και έτσι, η χώρα μας αποτελεί την τρίτη ευρωπαϊκή χώρα με τους υψηλότερους δείκτες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού μετά τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία.

Διάγραμμα 3. Δημόσιες κοινωνικές δαπάνες (ως % του Α.Ε.Π.), 1960,1990 και 2016



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2017

3. Ο κρίσιμος ρόλος της κοινωνίας πολιτών και του εθελοντισμού στα πλαίσια της σύγχρονης Διακυβέρνησης

3.1 Από την παραδοσιακή Κυβέρνηση στη σύγχρονη Διακυβέρνηση

Σύμφωνα με τους Αρανίτου, Παπαβλασόπουλο και Σπουρδαλάκη (2011, σελ. 40), «Οι μετασχηματισμοί, που έχουν μεταμορφώσει ουσιαστικά τη δομή και τη λειτουργία του κράτους και έχουν διαμορφώσει τη νέα σχέση του με την κοινωνία, μπορεί να περιγραφούν ως μετάβαση «από την Κυβέρνηση στη Διακυβέρνηση». Η απορρύθμιση του κεντρικού κράτους πρόνοιας κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ευρώπη, η παγκοσμιοποίηση, η επιρροή του μονεταρισμού, καθώς και οι πολιτικές εκσυγχρονισμού του Τρίτου Δρόμου συνδυάστηκαν με την αξίωση για ένα πιο ευέλικτο κράτος και αποκέντρωση. Η Διακυβέρνηση αναφέρεται στην ανάδυση νέων δρώντων και στην ισότιμη και όχι κατώτερη ιεραρχικά εμπλοκή τους στην παραγωγή πολιτικών και κανόνων ρύθμισης της κοινωνίας και της οικονομίας (Painter and Goodwin, 1995). Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η Διακυβέρνηση υπόσχεται ένα άλλο μοντέλο διαχείρισης των συλλογικών υποθέσεων. Πρόκειται, δηλαδή, για «οριζόντια αυτό-οργάνωση αμοιβαία εξαρτώμενων δρώντων» (Jessop, 2001). Σύμφωνα, με τον Rhodes (1996), οι βασικές παράμετροι της διακυβέρνησης είναι το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (New Public Management), η χρηστή διακυβέρνηση (good governance), που βασίζεται στην αποδοτικότητα, διαφάνεια, αξιοκρατία και ισοτιμία, η διεθνής και διατμηματική αλληλεξάρτηση, η αύξηση της σημασίας των μη κυβερνητικών μορφών διακυβέρνησης, η νέα πολιτική οικονομία που ωθεί το κράτος στο να ρυθμίζει απλώς και όχι να παρέχει υπηρεσίες και η ύπαρξη δικτύων πολιτικής.

Μέσα στο νέο διεθνές οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον που διαμορφώνεται, οι θεσμοί που στο παρελθόν προσέφεραν λύσεις, σήμερα εμφανίζονται ως ανεπαρκείς να ανταποκριθούν στις νέες προκλήσεις. Το γνωστό γραμμικό μοντέλο λήψης αποφάσεων «από την κορυφή προς τη βάση» δε δουλεύει πλέον αποτελεσματικά. Αντίθετα, το μοντέλο που κερδίζει έδαφος είναι οι μορφές συνεργασίας, συναπόφασης και συνδυασμένης δράσης. Οι κυβερνήσεις δεν αποτελούν πια τους μοναδικούς κατόχους εξουσίας, καθώς καταργούνται οι διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στο δημόσιο, τον ιδιωτικό και τον κοινωνικό τομέα. Οι διαδικασίες λήψης και εκτέλεσης αποφάσεων στηρίζονται στη διάδραση πολιτικών και μη φορέων, όπου το κράτος θεωρείται μόνο ένας από αυτούς (Flinders, 2011). Σε αντίθεση με την παραδοσιακή έννοια της

κυβέρνησης σε μια αντιπροσωπευτική δημοκρατία, που αναπαρίσταται γραφικά με μια πυραμίδα που στη βάση της βρίσκεται το εκλογικό σώμα/λαός και στην κορυφή η εκλεγμένη κυβέρνηση που εκπροσωπεί αποκλειστικά την νόμιμη έκφραση της οργανωμένης κοινωνίας, στην οπτική της Διακυβέρνησης, χωρίς να αμφισβητείται η πρωτοκαθεδρία της νόμιμα εκλεγμένης κυβέρνησης, προστίθενται στην αλυσίδα των διαδικασιών της δημόσιας απόφασης φορείς της κοινωνίας πολιτών. Όπως αναφέρουν οι Αρανίτου, Παπαβλασόπουλος και Σπουρδαλάκης (2011, σελ. 6):

«Η πολιτική μετασχηματίζεται από πεδίο διευθέτησης κοινωνικών διαφορών σε δίκτυο ανταλλαγών και σχέσεων ανάμεσα σε δημόσιους, ιδιωτικούς και εθελοντικούς οργανισμούς... Το νέο μοντέλο οδηγεί σε διάχυση της εξουσίας προς τρεις κατευθύνσεις: προς τα πάνω, δηλαδή προς τους υπερεθνικούς οργανισμούς, προς τα κάτω, δηλαδή στις περιφερειακές κοινότητες της επικράτειας του κάθε κράτους-έθνους και προς τα έξω, δηλαδή στις πρωτοβουλίες και τους θεσμούς της κοινωνίας των πολιτών και της αγοράς».

Το κράτος πρόνοιας, στο πλαίσιο της Διακυβέρνησης, δεν διαλύεται, αλλά αλλάζει μορφή. Φαίνεται πως αποτελεί μια διαρκή διαδικασία διαπραγμάτευσης συμφερόντων μέσα από την αναζήτηση των κατάλληλων σχέσεων (Στασινοπούλου, 2002). Η συνολική πρόνοια σε μια κοινωνία φαίνεται να αποτελεί την συνισταμένη του κράτους, της αγοράς, των εθελοντικών και φιλανθρωπικών οργανώσεων, κοινοτικών υπηρεσιών και συγγενικών δικτύων. Η επιρροή αυτής της οπτικής οδηγεί σε μια νέου είδους θεσμική ρύθμιση. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, το κράτος αποσύρεται σταδιακά παρέχοντας κίνητρα στους υπόλοιπους τομείς να δραστηριοποιηθούν. Ο ιδανικός στόχος της νέας αυτής ρύθμισης είναι η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων κάθε συντελεστή με τις λιγότερο δυνατές αρνητικές συνέπειες από τη λειτουργία του σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

3.2 Κοινωνία πολιτών και τρίτος τομέας

Μέχρι σήμερα δεν έχει διαμορφωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός που να αποδίδει το εννοιολογικό περιεχόμενο του όρου «κοινωνία πολιτών». Όπως, συμβαίνει με όλες τις βασικές έννοιες των κοινωνικών επιστημών, και ο ως άνω όρος μεταβάλλεται ανάλογα με το θεωρητικό και το ιστορικο-κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται. Ο

Jensen (2006) διαπιστώνει ότι οι χρήσεις του όρου αυτού μπορούν να καταστούν εύληπτες μόνο μέσα από τα θεωρητικά, πρακτικά και ιστορικά πλαίσια στα οποία εντάσσονται.

Ο Alexis de Tocqueville αντιλαμβάνεται την κοινωνία πολιτών ως έναν ενδιάμεσο θεσμό ανάμεσα στο κράτος και τους πολίτες, μέσω του οποίου οι τελευταίοι μπορούν να προωθήσουν την κοινωνική ισότητα και να εξασφαλίσουν μια πιο αποτελεσματική διακυβέρνηση μέσω της οποίας θα μειώσουν ή και θα εξαλείψουν τον δεσποτισμό και την αυθαιρεσία των κυβερνώντων. Όσο η κυβέρνηση υποκαθιστά τις ελεύθερες ενώσεις των πολιτών, τότε τα άτομα θα αποθαρρύνονται να δημιουργούν τέτοιες ενώσεις και θα χρειάζονται την κυβέρνηση να προστρέχει σε βοήθειά τους, έτσι η κοινωνία ολοένα και θα αποδυναμώνεται. Επομένως, η πιο δημοκρατική χώρα είναι εκείνη μέσα στην οποία οι άνθρωποι αναπτύσσουν στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την συλλογική επιδίωξη κοινών επιθυμιών και κοινωφελών στόχων. (Alexis de Tocqueville, 1996).

Ο Gramsci προβαίνει σε έναν καθαρό διαχωρισμό ανάμεσα στην πολιτική κοινωνία και την κοινωνία πολιτών. Η πολιτική κοινωνία συντίθεται από τη Βουλή, την κυβέρνηση, την δημόσια διοίκηση, τα δικαστήρια και τους μηχανισμούς ιδεολογικής τους επιβολής, ενώ οι θεσμοί της κοινωνίας πολιτών είναι ο συνδικαλισμός, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, η τοπική αυτοδιοίκηση και τα διάφορα κοινωνικά κινήματα. Η πολιτική κοινωνία, κατεξοχήν όργανο επιβολής της εξουσίας, παύει να συγκεντρώνει το μονοπώλιο της διαμόρφωσης της επίσημης πολιτικής βούλησης, καθώς αναδύονται οι θεσμοί της κοινωνίας. Η κοινωνία πολιτών αποτελεί το τελευταίο προπύργιο του συνασπισμού των ηγέτιδων κοινωνικών τάξεων και την τελευταία γραμμή παραχωρήσεων στους εργαζόμενους, τους μη προνομιούχους και τους καταπιεζόμενους της κοινωνίας. Η κοινωνία πολιτών, σύμφωνα με τον Gramsci, προσφέρει δυνατότητες πάλης για την αναδιανομή της εξουσίας και ενδεχομένως και παραγωγής των προϋποθέσεων ανατροπής του οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού status quo με όρους πιο ειρηνικούς και δημοκρατικούς (Gramsci, 2005).

Ο Gellner (1996, σελ. 19) κάνει λόγο για «ένα σύνολο ποικίλων μη κυβερνητικών θεσμών αρκετά ισχυρών, ώστε να αντισταθμίζουν το κράτος και που ενώ, δεν το εμποδίζουν να εκπληρώσει το ρόλο του ως εγγυητή της ειρήνης και διαιτητή μεταξύ μεγάλων συμφερόντων, μπορούν ωστόσο να το εμποδίσουν να κυριαρχήσει και να εκμηδενίσει το υπόλοιπο της κοινωνίας». Ο Μακρυδημήτρης (2006) ορίζει την κοινωνία πολιτών ως

έναν ενδιάμεσο χώρο μεταξύ κράτους και πολίτη, ένα πλέγμα διαδράσεων ανάμεσα σε εθελοντικές οργανώσεις. Τέλος, ο Giddens (2010) αναφέρεται σε έναν ενδιάμεσο χώρο μεταξύ κράτους και αγοράς, έναν αυτοκυβερνώμενο κοινωνικό χώρο αποτελούμενο από οργανώσεις, ομάδες και θεσμούς που λειτουργούν κατά του άκρατου ατομικισμού της αγοράς και του κρατικού αυταρχισμού.

Ιστορικά η σχέση μεταξύ του κράτους και των φορέων της κοινωνίας πολιτών χαρακτηρίζεται από μεταβαλλόμενα χαρακτηριστικά. Οι πολύμορφες διευθετήσεις μεταξύ της κοινωνίας πολιτών και του κράτους ποικίλουν από μία σχέση μηδενικού αθροίσματος –μεγαλύτερη ισχύς του κράτους οδηγεί αυτόματα στον περιορισμό της ισχύος των φορέων της κοινωνίας πολιτών και αντίστροφα- έως μία σχέση αμοιβαίας ενδυνάμωσης ή αποδυνάμωσης. Σύμφωνα με τον Keane (1988), η ενίσχυση της ικανότητας των κρατικών θεσμών δύναται να συνοδεύεται από την ενδυνάμωση των φορέων της κοινωνίας πολιτών ή αντίθετα, η στασιμότητα στην ικανότητα του κράτους να πλαισιώνεται από αντίστοιχη στασιμότητα στη σφαίρα της κοινωνίας των πολιτών. Συνεπώς, η μορφή που θα λάβει η κοινωνία πολιτών συναρτάται άμεσα με τη συγκρότηση των κρατικών δομών και τον προσανατολισμό των κρατικών πολιτικών. Πιο συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α., η περιορισμένη παροχή κοινωνικής φροντίδας από το κράτος οδήγησε στη δημιουργία ενός εκτεταμένου εθελοντικού τομέα που ειδικεύεται στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και παρουσιάζει συνεχώς αυξητικές τάσεις. Βέβαια, η απουσία συνολικής κοινωνικής πολιτικής στις Η.Π.Α. έχει οδηγήσει σε αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Αντίθετα, στη Σουηδία, όπου έχει αναπτυχθεί το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο κράτους πρόνοιας και συνεπώς το κράτος αποτελεί τον κυρίαρχο πάροχο κοινωνικής προστασίας, το μέγεθος του εθελοντικού τομέα που ειδικεύεται στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, είναι αισθητά μικρότερο (Rathgeb Smith, 2011). Ενώ, στη Γαλλία η πολιτική παράδοση ενός συγκεντρωτικού κράτους υπονόμει την ανάπτυξη διαμεσολαβητικών φορέων μεταξύ κράτους και πολιτών (DiMaggio and Anheier, 1990). Ωστόσο, τα επίπεδα κοινωνικής προστασίας στην Ηπειρωτική Ευρώπη, η οποία έχει αναπτύξει σε μικρότερο βαθμό τον εθελοντικό τομέα, παρουσιάζονται μεγαλύτερα απ' ό τι στις Η.Π.Α.

Η κοινωνία πολιτών περιλαμβάνει ομάδες και οργανισμούς που λειτουργούν εκτός των επίσημων θεσμών και δομών της πολιτείας. Στην έννοια αυτή εντάσσονται οι κοινωνικοί εταίροι, δηλαδή τα οργανωμένα σύνολα των εργαζομένων και των εργοδοτών, οι μη κυβερνητικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) που

ενώνουν τους ανθρώπους γύρω από έναν κοινό σκοπό, όπως οι οργανώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι οργανώσεις που βασίζονται στις τοπικές κοινωνίες, οι οργανώσεις στον τομέα της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, οι σύνδεσμοι καταναλωτών, οι κοινωνικές επιχειρήσεις, οι οργανισμοί νεολαίας, οι συνεταιρισμοί και οι κοινωνίες αλληλοβοήθειας που δραστηριοποιούνται υπό την ομπρέλα του τρίτου τομέα.

Μεταξύ του κράτους και της αγοράς εξελίσσεται, πλέον, ένας τρίτος τομέας ως νέος πυλώνας άσκησης κοινωνικής πολιτικής, σύμφωνα με τα νέα πρότυπα της σύγχρονης Διακυβέρνησης. Ο τρίτος τομέας (third sector) συνδέεται άμεσα με το κράτος πρόνοιας και την κοινωνική πολιτική, ιδιαίτερα, τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Ο τομέας αυτός συνυπάρχει και συμπληρώνει το κράτος πρόνοιας προκειμένου να παράγονται δημόσια αγαθά σε βιώσιμο κόστος και αποδεκτή ποιότητα. Δεν επιδιώκει ατομικό ή ιδιωτικό χρηματοοικονομικό συμφέρον, αλλά δραστηριοποιείται με στόχο το κοινό καλό (Νικολόπουλος και Καπογιάννης, 2012). Βασικό χαρακτηριστικό του είναι ότι συντίθεται από ενώσεις προσώπων και όχι κεφαλαίων με σκοπό την ικανοποίηση αναγκών που δεν καλύπτονται ή καλύπτονται ανεπαρκώς από την κρατική και την ιδιωτική οικονομία (Αδάμ και Παπαθεοδώρου, 2010). Ο τρίτος τομέας περιλαμβάνει συλλογικές οντότητες που προέρχονται «από τα κάτω» με στόχους κοινωνικούς, προνοιακούς, πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς. Η δράση του τομέα αυτού σχετίζεται με την αρχή της δημοκρατικής οργάνωσης, στηρίζεται σε μια ευρεία κοινωνική βάση, αναπτύσσει μια ιδιαίτερη σχέση αλληλεγγύης με το περιβάλλον του και προωθεί την κοινωνική συνοχή και την ανοικτή, ελεύθερη, δημοκρατική κοινωνία.

3.3 Ο θεσμός του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων

Η οργανωμένη εθελοντική δράση αποτελεί σημαντική διάσταση της κοινωνίας πολιτών και της οικονομίας, καθώς παρέχει αγαθά και υπηρεσίες σε τομείς που το κράτος και η αγορά αποτυγχάνουν ή αδυνατούν να προσφέρουν. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία ενίσχυση του ρόλου των εθελοντικών οργανώσεων σε πλήθος τομέων, μεταξύ των οποίων δεσπόζει και το πεδίο της κοινωνικής προστασίας.

Σύμφωνα με την ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2011 (σελ. 2) σχετικά με τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τον εθελοντισμό, ο τελευταίος ορίζεται ως:

«κάθε μορφή εθελοντικής δραστηριότητας, είτε επίσημη είτε ανεπίσημη. Οι εθελοντές ενεργούν αυτοβούλως, σύμφωνα με τις δικές τους επιλογές και τα δικά τους κίνητρα, χωρίς να επιδιώκουν οικονομικό όφελος. Ο εθελοντισμός είναι ένα ταξίδι αλληλεγγύης και ένας τρόπος για τους μεμονωμένους πολίτες και τις οργανώσεις να εντοπίσουν και να ικανοποιήσουν τις ανθρώπινες κοινωνικές ή περιβαλλοντικές ανάγκες και ανησυχίες. Ο εθελοντισμός συχνά στηρίζει την πρωτοβουλία ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού ή μιας κοινότητας».

Ενώ, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Φόρουμ Νεολαίας, που εξέδωσε το 2012 την Ευρωπαϊκή Χάρτα για τα δικαιώματα και τις ευθύνες των εθελοντών (σελ. 6), *«οι εθελοντικές δραστηριότητες εκτελούνται από τους εθελοντές. Η δραστηριότητα πραγματοποιείται για έναν μη κερδοσκοπικό σκοπό και δεν αντικαθιστά την αμειβόμενη εργασία. Η δραστηριότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα στα πλαίσια ενός παρόχου εθελοντισμού ή μέσα από την πρωτοβουλία ενός μεμονωμένου εθελοντή».*

Ο εθελοντισμός μπορεί να είναι τυπικός, δηλαδή να είναι οργανωμένος και να ασκείται μέσω μη κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) είτε ως σωματεία, είτε ως ιδρύματα, είτε ως αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες είτε ως επιτροπές εράνων, που αποτελούν τους τυπικούς φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης. Μπορεί, όμως, να είναι και άτυπος και να εκδηλώνεται μέσα από δράσεις και πρωτοβουλίες ομάδων για αυτοβοήθεια ή για στήριξη ευάλωτων ατόμων (Μπουρίκος και Σωτηρόπουλος, 2014).

Οι πηγές χρηματοδότησης και άντλησης πόρων των εθελοντικών οργανώσεων είναι ποικίλες. Πιο συγκεκριμένα, οι τυπικές εθελοντικές οργανώσεις στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του κράτους. Άλλες πηγές χρηματοδότησης του εθελοντισμού αποτελούν η συμβολή της Εκκλησίας, οι χορηγίες ιδιωτών ή και επιχειρήσεων στα πλαίσια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, οι συνεισφορές των μελών του, τα ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης, τα έσοδα από εκδηλώσεις, όπως συνέδρια ή παζάρια, η στήριξη από ιδρύματα, η παραχώρηση κτιριακών υποδομών από τους Δήμους και τέλος, τα έσοδα από εμπορικές δραστηριότητες.

Η σχέση κράτους και εθελοντικών οργανώσεων παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με την εξεταζόμενη περίοδο αναφοράς. Έως τις αρχές της δεκαετίας του 1970 οι εθελοντικές οργανώσεις στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες στηρίζονται στην

οικονομική στήριξη του κράτους. Ωστόσο, η κρίση του κράτους πρόνοιας και η δυσκολία χρηματοδότησης του συστήματος θα επιφέρει σημαντικές ανακατατάξεις. Έτσι, κατά τη δεκαετία του 1980 μεταβαίνουμε στη «μικτή οικονομία της πρόνοιας» (mixed economy of welfare). Στην Αγγλία, η τοπική αυτοδιοίκηση, καθώς διαθέτει πλέον, περιορισμένους πόρους, μετατοπίζει το κέντρο βάρους και τη φιλοσοφία της παρέμβασής της από την παροχή υπηρεσιών στους πολίτες στην ανάθεσή τους σε εθελοντικούς φορείς στη βάση συμβολαίων με κριτήριο την οικονομική ανταποδοτικότητα (contract culture). Μέσα σε αυτό το νέο πλαίσιο διαμορφώνεται έντονος ανταγωνισμός μεταξύ εθελοντικών οργανώσεων, ενισχύεται ο στρατηγικός επιτελικός ρόλος του τοπικού κράτους, ενώ μειώνεται ο ρόλος του στην παροχή υπηρεσιών (Alcock, Erskine and May, 2003). Η ίδια στρατηγική εφαρμόζεται και στις Η.Π.Α. Έτσι, το κράτος, με δημόσια χρηματοδότηση αναθέτει κυρίως σε Μ.Κ.Ο. την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με έμφαση στα πεδία της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Το κράτος παρέχει πόρους και ορίζει τις κατευθύνσεις, αλλά άλλοι θεσμοί παρέχουν τις υπηρεσίες. Μέσω αυτού του μηχανισμού αποφεύγεται η διόγκωση του κράτους και το κράτος επεκτείνεται χωρίς να επεκτείνει την κρατική γραφειοκρατία. Τα επόμενα χρόνια παρατηρείται η αντικατάσταση της συμβολαιακής κουλτούρας από την σύναψη εταιρικών σχέσεων (partnerships), στο πλαίσιο των οποίων καθορίζονται βασικές αρχές με στόχο τη δημιουργία μακροπρόθεσμων σχέσεων συνεργασίας μεταξύ κράτους και Μ.Κ.Ο. (Salamon and Anheier, 1997).

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ο τυπικός εθελοντισμός λαμβάνει χώρα μέσω των Μ.Κ.Ο. Ο αντίστοιχος αγγλικός όρος 'non-governmental organizations' έχει τις καταβολές του στο διεθνές δίκαιο. Πρωτοεμφανίζεται στο άρθρο 71 του Καταστατικού Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών (1945), το οποίο και προβλέπει την αναγνώριση συμβουλευτικού καθεστώτος σε διεθνείς και εθνικές μη κυβερνητικές οργανώσεις. Μέχρι σήμερα, ωστόσο, δεν έχει προβλεφθεί κάποιος σαφής νομικός ορισμός για τις οργανώσεις αυτές. Σύμφωνα με την Stromquist (1998), οι οργανώσεις αυτές είναι μη κρατικές, εθελοντικές οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών που δραστηριοποιούνται στους τομείς της παροχής υπηρεσιών σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ή άτομα, της διαμεσολάβησης για την βιώσιμη ανάπτυξη σε συνεργασία με το κράτος ή άλλους φορείς και της ανάπτυξης προγραμμάτων για την ενίσχυση των τοπικών κοινοτήτων. Ενώ, ο Hirsch (2005, σελ. 76) περιγράφει τη Μ.Κ.Ο ως:

«οποιαδήποτε τυπικά ιδιωτική οργάνωση που δραστηριοποιείται στην πολιτική, σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο, και εμφανίζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: Έχει μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα (καταγράφεται ως αγαθοεργό -charitable- ίδρυμα. Ασχολείται με την προώθηση ή την υπεράσπιση στόχων και όχι με τα ίδια υλικά συμφέροντά της. Είναι οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητη από το κράτος και τις επιχειρήσεις. Έχει επαγγελματική επάρκεια και διάρκεια ως οργανισμός».

Η αδυναμία διατύπωσης ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού για τις Μ.Κ.Ο. οφείλεται στην ιδιαίτερη ποικιλομορφία και ετερογένεια των οργανώσεων αυτών και των σκοπών τους. Ωστόσο, παρουσιάζουν κάποια κοινά γενικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στον εντοπισμό τους. Ήτοι, είναι κρατικά ανεξάρτητες, δηλαδή το κράτος δεν επεμβαίνει κατά την σύσταση ή λειτουργία τους, δεν αποσκοπούν στο κέρδος για ίδιον όφελος, έχουν εθελοντικό χαρακτήρα, εξασφαλίζουν και προωθούν τις δημοκρατικές αξίες, την αυτονομία στη λειτουργία τους και το δημόσιο συμφέρον.

4. Κοινωνία πολιτών και εθελοντισμός στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα

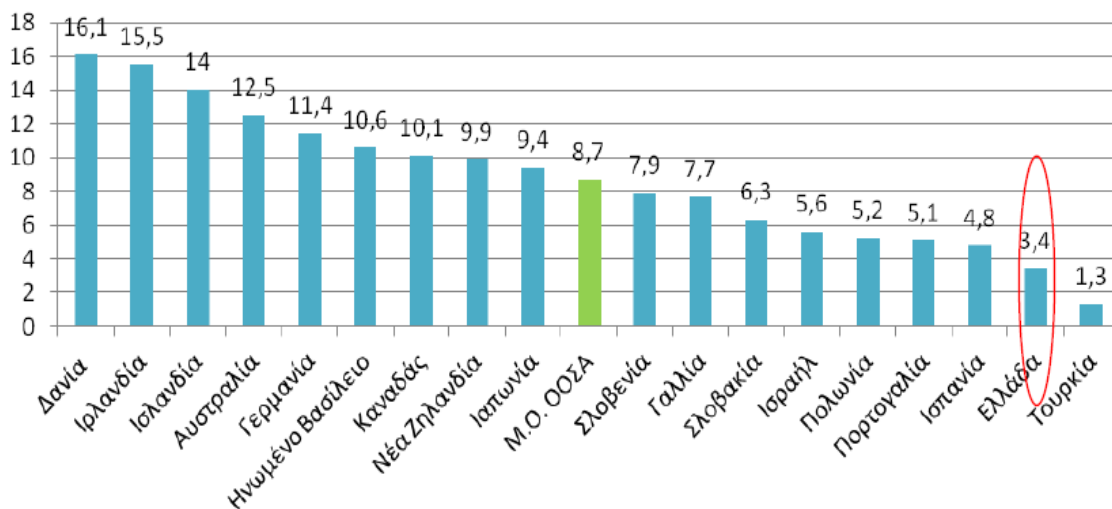
4.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Στη βιβλιογραφία συναντώνται δύο προσεγγίσεις σχετικά με τον προσδιορισμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Σύμφωνα με την πρώτη προσέγγιση, το ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθεί είτε το μοντέλο Beveridge λόγω της ύπαρξης του Ε.Σ.Υ. είτε το μοντέλο Bismarck λόγω της ύπαρξης των Ταμείων Υγείας. Σύμφωνα με την δεύτερη και πιο συχνή στην ελληνική βιβλιογραφία προσέγγιση, το σύστημά μας αναφέρεται ως μικτό λόγω της συνύπαρξης των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών των μοντέλων Beveridge και Bismarck.

Ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ (Ν. 1397/1983) σηματοδοτεί μια προσπάθεια δημιουργίας ενός δημόσιου συστήματος υγείας στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge με στόχο την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών και αιχμή του ήταν η αναβάθμιση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την μεταρρύθμιση αυτή, τα Κέντρα Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων θα προσέφεραν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τα δημόσια νοσοκομεία θα παρείχαν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Ωστόσο, σημαντικές μεταρρυθμίσεις που εμπεριέχονταν στο νόμο δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν σε περιορισμένη έκταση. Έτσι, σύντομα άρχισαν να παρατηρούνται αδυναμίες τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και από την πλευρά ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά της προσφοράς, εντοπίζεται υποεπένδυση στις δημόσιες υποδομές (Siskou et al., 2008), ανορθολογική κατανομή ανθρώπινων πόρων στα δημόσια νοσοκομεία με συστηματική υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η Ελλάδα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, καθώς αριθμεί 3.4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους έναντι 8.7 του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2013 (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4. Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Με την πάροδο του χρόνου η πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι υπηρεσίες πρόληψης περιορίστηκαν έως και εγκαταλείφθηκαν στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ., το οποίο εστίασε πλήρως στο θεσμό του νοσοκομείου και έγινε «νοσοκομειοκεντρικό». Σε αυτό συνέβαλαν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενή να απευθύνεται σε οποιοδήποτε τύπο υπηρεσίας, καθώς η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, με αποτέλεσμα να γίνεται δυσδιάκριτη η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας.

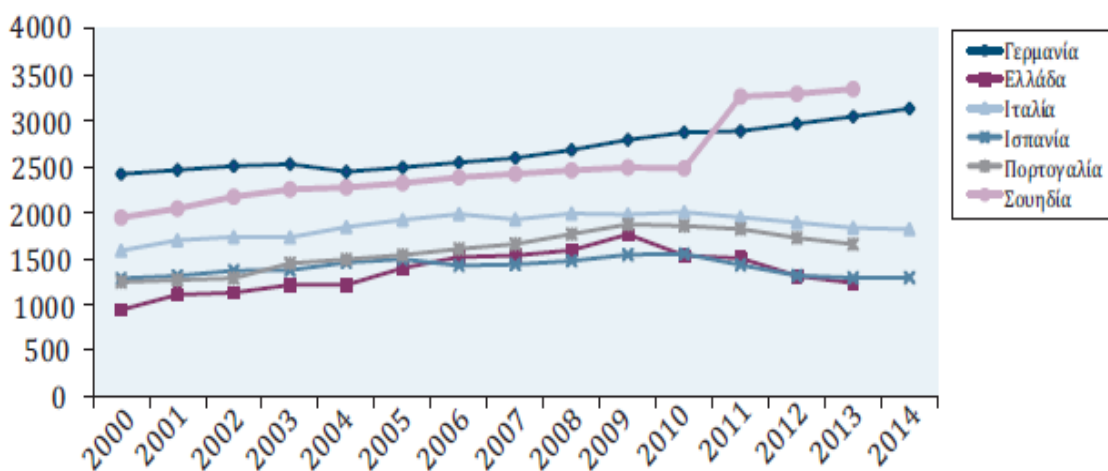
Από την πλευρά της ζήτησης, η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων με ποικίλες προβλέψεις κάλυψης δημιούργησε έντονες ανισότητες πρόσβασης στην υγεία ανάλογα με την επαγγελματική κατηγορία του ασφαλισμένου (Mossialos et al., 2005). Κατακερματισμός εντοπίζεται και στον τομέα της πρωτοβάθμιας παροχής υγείας με την ασυντόνιστη εμπλοκή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής και την έλλειψη ενιαίου συστήματος καταγραφής, παραπομπών και παρακολούθησης του πληθυσμού (Economou, 2010).

Η φαρμακευτική δαπάνη, επίσης, παρέμεινε ιστορικά υψηλά στην Ελλάδα σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι αιτίες του φαινομένου αυτού εντοπίζονται στην υψηλότερη κατά κεφαλήν ζήτηση φαρμάκων στην Ελλάδα στο

σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, στα μεγάλα περιθώρια διακριτικής ευχέρειας των γιατρών να συνταγογραφούν ακριβότερα φάρμακα, στην ασυντόνιστη εμπλοκή διαφορετικών υπουργείων στην πολιτική φαρμάκου, καθώς και στο μεγάλο ποσοστό των εισαγωγών σε σχέση με την εγχώρια παραγωγή φαρμάκων (Δημουλάς, 2011).

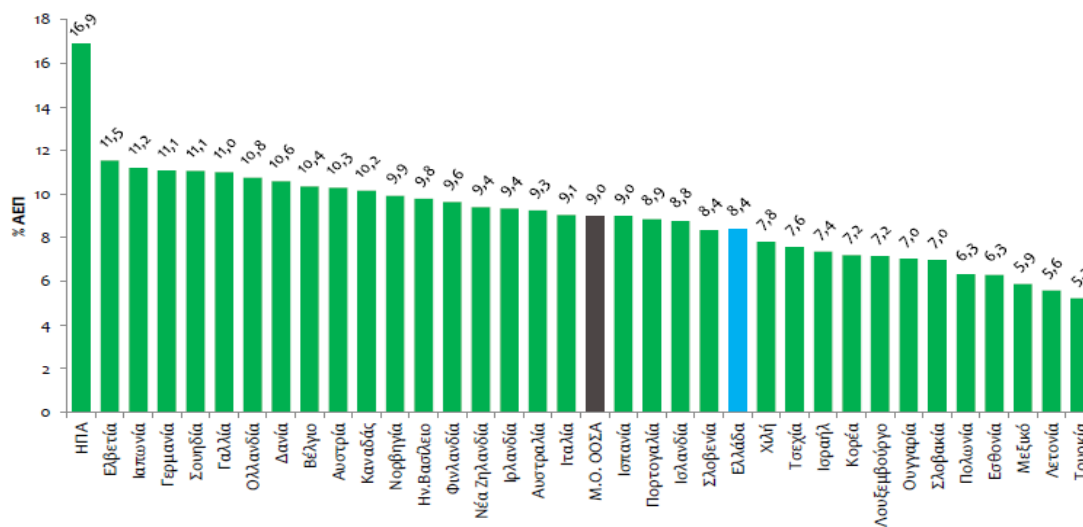
Τα Διαγράμματα που ακολουθούν, παρουσιάζουν την εξέλιξη της δημόσιας και ιδιωτικής κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία. Η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική ανοδική πορεία μέχρι την έναρξη της κρίσης. Ωστόσο, συγκριτικά με άλλες χώρες, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5, η δημόσια δαπάνη παραμένει χαμηλή στη χώρα μας. Το 2015 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,4% του Α.Ε.Π., ποσοστό χαμηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) (Διάγραμμα 6) και από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,9%) (Διάγραμμα 7). Αντίθετα, αναφορικά με την κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη, η Ελλάδα ξεχωρίζει για τη σταθερά υψηλή δαπάνη της μέχρι σήμερα αν και από την έναρξη της κρίσης το 2009 παρατηρείται κάποια μείωση που οφείλεται στη μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 5. Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ Η.Π.Α., σταθερές τιμές 2005)



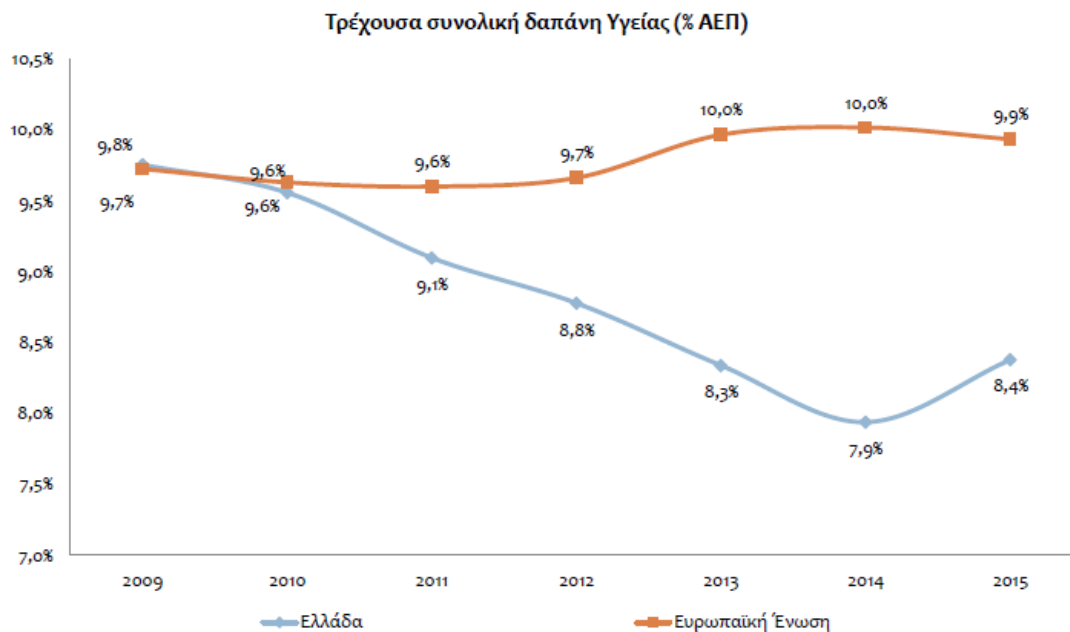
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Διάγραμμα 6. Δαπάνες υγείας (ως % του Α.Ε.Π.), 2015



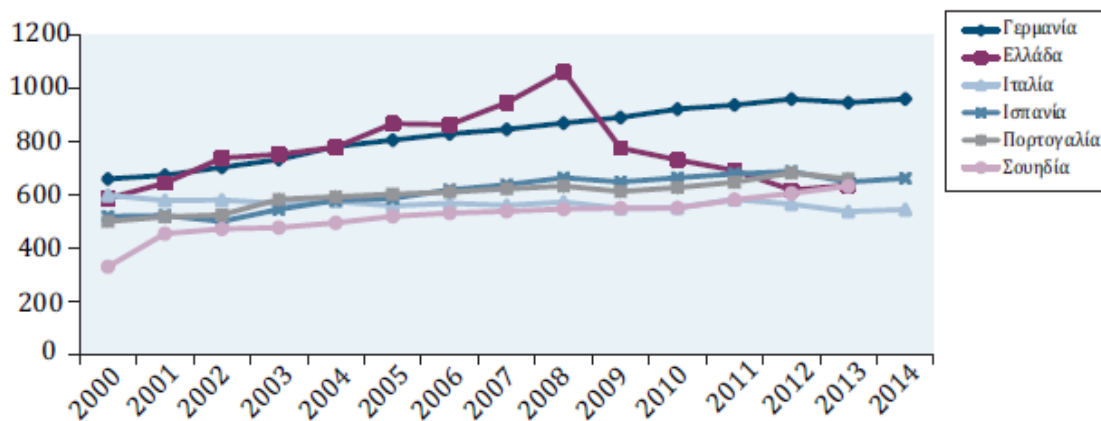
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Διάγραμμα 7. Δαπάνες υγείας (ως % του Α.Ε.Π.), 2009-2015



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2016

Διάγραμμα 8. Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (\$ Η.Π.Α., σταθερές τιμές 2005)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Η αρνητική εκτίμηση των πολιτών για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προβάλλει το σημαντικό πρόβλημα ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας στη χώρα μας. Η έρευνα του «Ευρωβαρόμετρου» που πραγματοποιήθηκε το 2007 και ξανά στα τέλη του 2013 καταγράφει τις αρνητικές εκτιμήσεις των πολιτών για την συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης. Ωστόσο, η Ελλάδα ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες με ένα εξαιρετικά υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας, το οποίο αγγίζει το 74% των ερωτηθέντων το 2013, όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, 2007 και 2013

	Νοσοκομειακή περίθαλψη			Ειδικότητες ιατρικού προσωπικού			Πρωτοβάθμια φροντίδα			Εκτίμηση της ποιότητας του συνόλου των υπηρεσιών (κακή/καλή) 2013
	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην προσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην προσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	Ποιότητα (κακή & αρκετά κακή)	Δυσκολία στην προσβαση	Δυσκολία αντιμετώπισης του οικονομικού κόστους	
Ισπανία	18%	16%	10%	19%	28%	22%	11%	6%	7%	22%/77%
Ιταλία	37%	31%	33%	25%	39%	49%	23%	17%	16%	42%/56%
Πορτογαλία	42%	34%	40%	41%	53%	78%	38%	33%	37%	44%/55%
Ελλάδα	52%	30%	45%	30%	34%	71%	27%	22%	43%	74%/26%
ΕΕ-27	29%	24%	21%	26%	38%	35%	16%	12%	11%	27%/71%*

Πηγή: Petmesidou et al. (2014: 334) (Με βάση τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου 2007 και 2013)

Σημαντική έλλειψη του ελληνικού συστήματος υγείας θεωρείται και η απουσία Υγειονομικού Χάρτη. Ως εκ τούτου, η Ελλάδα υστερεί σε δεδομένα υγείας, τα οποία θα της επέτρεπαν έναν στρατηγικό, στοχευμένο και μακρόπνοο σχεδιασμό στο πεδίο της υγειονομικής φροντίδας. Ο Χάρτης αυτός αποτελεί έναν μηχανισμό διαρκούς συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων αναφορικά με το επίπεδο υγείας, τους κύριους παράγοντες που την επηρεάζουν, τη νοσηρότητα και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, καθώς και τη μέτρηση των αναγκών τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και ειδικών ομάδων. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων μπορεί να αποτυπωθούν οι πραγματικές ανάγκες σε πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, αλλά και σε υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας στις οποίες και η χώρα μας υπολείπεται. Επίσης, θα δημιουργηθούν νέες δυνατότητες για ορθολογική διαχείριση και κατανομή ή ανακατανομή των πόρων στο σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας αξιολόγησης συστημάτων υγείας 45 χωρών από το Euro Health Consumer Index (ECHI), η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28^η θέση με 577 βαθμούς (με άριστα το 1000), ενώ το 2012 κατείχε την 22^η θέση. Από τις επιμέρους επιδόσεις της Ελλάδας, στις καλές επιδόσεις περιλαμβάνεται η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα δικαιώματα ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι παράνομες πληρωμές, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών (Björnberg, 2016).

Ωστόσο, με τον πολύ πρόσφατο Ν. 4486/2017 (Φ.Ε.Κ. 115 Α') επιχειρείται η ανασυγκρότηση της δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση, βασικοί πυλώνες της μεταρρύθμισης είναι η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών Π.Φ.Υ., η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ., η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων Π.Φ.Υ. και η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στον ως άνω νόμο, προβλέπεται η μετονομασία των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δηλαδή των Μονάδων Υγείας ΠΕΔΥ και των Κέντρων Υγείας αγροτικού τύπου, σε Κέντρα Υγείας. Παράλληλα, θα δημιουργηθούν νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των Κέντρων Υγείας, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.), που θα απευθύνονται σε συγκεκριμένο πληθυσμό και θα αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ενώ, τα Κέντρα Υγείας θα παραμείνουν ως δεύτερο επίπεδο υπηρεσιών του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού για κάθε πολίτη, ασφαλισμένου ή μη και αναβαθμίζεται η μαιευτική φροντίδα του Ε.Σ.Υ.

Η αξιολόγηση των πρόσφατων αλλαγών είναι πολυσύνθετη και οι επιπτώσεις της ως άνω πρόσφατης μεταρρύθμισης είναι δύσκολο να εκτιμηθούν πριν την εφαρμογή τους στην πράξη. Ωστόσο, ζήτημα παραμένει το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας και η συνεχής αύξηση του ποσοστού των πολιτών που δηλώνει ότι δε μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους.

Οι σοβαρές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού αντικατοπτρίζονται στην αυξανόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται δωρεάν από μη κυβερνητικές οργανώσεις. Και ενώ, μέχρι την έναρξη της κρίσης, τα άτομα που στρέφονταν σε τέτοιες οργανώσεις ήταν, κυρίως, μετανάστες, πρόσφατες εκτιμήσεις μαρτυρούν μία ραγδαία αύξηση του γηγενούς πληθυσμού που καλύπτει τις ανάγκες του για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω των Μ.Κ.Ο. (Πετμεζίδου, 2015).

4.2 Χαρτογράφηση των φορέων της κοινωνίας πολιτών και του εθελοντισμού στην Ελλάδα

Στην επιστημονική συζήτηση, από την μεταπολίτευση μέχρι και τα χρόνια προ κρίσης, κυριαρχεί η άποψη ότι η κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα είναι ισχνή ή ατροφική και ο εθελοντισμός παραμένει αναιμικός (Μουζέλης, 1998, Μουζέλης και Παγουλάτος, 2003). Η ατροφία αυτή αποδίδεται σε μία σειρά παραγόντων, όπως το υπερτροφικό πελατειακό κράτος, η κυριαρχία των κομμάτων στην δημόσια σφαίρα και η μεγάλη σημασία των οικογενειακών και συγγενικών δικτύων στην κοινωνική αναπαραγωγή (Τσουκαλάς, 1986, Sotiropoulos, 2014). Παράλληλα, εγείρονται ερωτηματικά γύρω

από το ζήτημα της αυτονομίας της κοινωνία πολιτών από το κράτος και την αγορά και αμφισβητείται η ικανότητα των φορέων της να συνεισφέρουν στη λειτουργία της δημοκρατίας και στον εμπλουτισμό του δημόσιου διαλόγου (Σημίτη, 2014, Αφουξενίδης, 2015).

Στον αντίποδα αυτών, στα χρόνια της κρίσης, παρατηρείται η διαμόρφωση ενός ριζικά διαφορετικού τοπίου εντός του οποίου ανθίζουν κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία, κοινωνικά κέντρα, μη κερδοσκοπικοί συνεταιρισμοί, συνεργατικές επιχειρήσεις, κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.), αυτοδιαχειριζόμενοι πολιτιστικοί χώροι. Οι νέες αυτές οργανώσεις και δράσεις συμβάλλουν και στην ποσοτική μεγέθυνση της κοινωνίας πολιτών, αλλά και ενισχύουν την συμμετοχική κουλτούρα μέσα από την δημοκρατική τους λειτουργία.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σε εξέλιξη το φαινόμενο της προσφοράς, συνδρομής και αλληλεγγύης όχι μόνο από τις τυπικές Μ.Κ.Ο. που φέρουν κάποια νομική μορφή, αλλά και από νέα συλλογικά μορφώματα, δηλαδή συσσωματώσεις πολιτών που δεν έχουν περιβληθεί καμία νομική μορφή και δεν επιδιώκουν να αναγνωριστούν ως τυπικές οργανώσεις. Έτσι, άλλες πρωτοβουλίες έχουν τυπικό και άλλες άτυπο χαρακτήρα. Πολλές από αυτές στηρίζονται σε υπάρχοντα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης, όπως η Εκκλησία και οι Μ.Κ.Ο. κοινωνικής φροντίδας, άλλες συνιστούν νέα μορφώματα, όπως η ανταλλακτική οικονομία και άλλες αποτελούν έκφραση του άτυπου εθελοντισμού σε επίπεδο φιλικών δικτύων, γειτονιάς, σχολείου.

Ωστόσο, η χαρτογράφηση όλων των πρωτοβουλιών συλλογικής δράσης και εθελοντικής εργασίας είναι ιδιαίτερα δυσχερές. Η προσπάθεια συλλογής έγκυρων δεδομένων γύρω από τον χώρο των οργανώσεων από τους δημόσιους φορείς έχει αξιολογηθεί ως ελλιπής και αποσπασματική, καθώς δεν παρέχουν τεκμηριωμένα δεδομένα ως προς τον ακριβή αριθμό των ελληνικών εθελοντικών οργανώσεων (Γ.Γ.Ν.Γ., 2012). Αυτό επιβεβαιώνεται, επίσης, και από τα ευρήματα της μελέτης του Μπουρικού και Σωτηρόπουλου (2014, σελ.23-24):

«Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Μητρώου (Δεκέμβριος 2012), έχουν πιστοποιηθεί 545 οργανώσεις... Η ασάφεια σχετικά με τον αριθμό των εθελοντικών οργανώσεων γενικά και της πρόνοιας ειδικά, επιτείνεται και από πρόσφατες επίσημες αναφορές. Στο πόρισμα της Ειδικής

Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής (2011) αναφέρεται ότι δραστηριοποιούνται στη χώρα μεταξύ 20.000-30.000 Μ.Κ.Ο. (σε όλους τους τομείς, όχι μόνο στον τομέα της κοινωνικής αλληλεγγύης) και ότι έχουν εγγραφεί στο Μητρώο Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας 1062 φορείς (εκ των οποίων πιστοποιημένοι μόνο 189). Τέλος, η αιτιολογική έκθεση του σχεδίου νόμου «Κοινωνική οικονομία και κοινωνική επιχειρηματικότητα (4 Αυγούστου 2011) αναφέρεται σε 1.500-2.000 οργανώσεις εθελοντισμού (σε όλους τους τομείς), από τις οποίες οργανώσεις μόνο 200-300 έχουν ενεργό δράση».

Η αδυναμία τεκμηρίωσης της ποσότητας των οργανώσεων στην Ελλάδα, σε μια διαχρονική λογική, οφείλεται και στη μη τήρηση Εθνικού Μητρώου. Ωστόσο, με τον πρόσφατο Ν. 4455/2017 προβλέπεται η υποχρεωτική ηλεκτρονική εγγραφή όλων των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στο Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας. Ως προς την εμπειρική διερεύνηση, οι έρευνες που έχουν διενεργηθεί για τη συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων για τις οργανώσεις είναι σημαντικές για την επιστημονική κοινότητα και τους διαμορφωτές της πολιτικής. Αφενός, όμως, δε γίνονται συστηματικά και αφετέρου παρουσιάζουν έντονες διαφορές στα δεδομένα εξαιτίας των διαφορετικών κριτηρίων και ορισμών που χρησιμοποιούν οι ερευνητές. Η έντονη ετερογένεια των κριτηρίων εδράζεται στην πολυμορφία και την πολυπλοκότητα του χώρου της κοινωνίας πολιτών. Ο χώρος αποτελείται από Μ.Κ.Ο., μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και σωματεία, εθελοντικά δίκτυα, φορείς αλληλεγγύης, συλλόγους που καταπιάνονται με τοπικά θέματα, θρησκευτικές οργανώσεις, φιλανθρωπικά ιδρύματα, φορείς διεθνούς βοήθειας, αλλά και αυτόνομες συλλογικές δράσεις πολιτών, κοινωνικά κινήματα και κινήσεις πολιτών σε επίπεδο γειτονιάς και πόλης (Αφουξενίδης, 2006). Αυτό μεταφράζεται σε φορείς ανομοιογενείς ως προς τον τρόπο οργάνωσης, τη νομική τους μορφή και τη σχέση τους με την αγορά και το κράτος. Η απουσία συστηματοποιημένης καταγραφής των εθελοντικών φορέων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας μας δείχνει την εμβρυακή κατάσταση του νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας τους, τα κενά ως προς τη διαφάνεια στη διαδικασία χρηματοδότησής τους και στον δημοκρατικό έλεγχό τους.

Τα διοικητικά μητρώα, παρά τη μερική τεκμηρίωση που προσφέρουν για την εξέλιξη των εθελοντικών οργανώσεων στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας, αδυνατούν εκ των

πραγμάτων να συμβάλλουν στη χαρτογράφηση και των άτυπων ομάδων παροχής κοινωνικής αλληλεγγύης και φροντίδας, με αποτέλεσμα να παραμένουν αθέατες και να παραγνωρίζονται από το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας της κοινωνίας πολιτών και από την ποσοτική και ποιοτική διάσταση του προνοιακού εθελοντισμού (Σωτηρόπουλος, 2004). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της ασάφειας ως προς τον αριθμό και το ρόλο των εθελοντικών οργανώσεων είναι η εκτίμηση ερευνητών, όπως ο Μπουρίκος και Σωτηρόπουλος που υποστηρίζουν ότι (2014, σελ. 20) *«διαφαίνεται μια τάση αύξησης της συμμετοχής των πολιτών στην άτυπη εθελοντική συμμετοχή, πιθανόν σε επίπεδο γειτονιάς και ευρύτερης τοπικής κοινότητας»*.

4.3 Το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Κ.Ο. κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα

Στην ελληνική έννομη τάξη οι μη κυβερνητικές οργανώσεις κοινωνικής φροντίδας ρυθμίζονται με τον Ν. 2646/1998 (Φ.Ε.Κ. 236 Α') για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Σύμφωνα με το άρθρο 3 του εν λόγω νόμου, υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας παρέχουν οι φορείς του δημόσιου τομέα και οι ιδιωτικοί φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων εθελοντικού χαρακτήρα.

Οι υπηρεσίες που παρέχουν διακρίνονται στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα. Η πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας και αποσκοπεί στην πρόληψη των αναγκών και στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο των Δήμων. Η δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών φιλοξενίας ή κλειστής φροντίδας και στοχεύει στη θεραπεία και την αποκατάσταση σωματικής, πνευματικής, ψυχικής νόσου ή αναπηρίας, καθώς και στην πρόληψη και αποκατάσταση των συνεπειών κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται, κυρίως, στο πλαίσιο των Περιφερειών. Η τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοικτής και κλειστής κοινωνικής φροντίδας που απαιτεί υψηλή εξειδίκευση ή τεχνολογία και παρέχονται, κυρίως, στο πλαίσιο της Κεντρικής Διοίκησης και των Περιφερειών.

Παρατηρείται, λοιπόν, μία προσαρμογή του θεσμικού πλαισίου που διέπει την παροχή κοινωνικής φροντίδας στις επιταγές της σύγχρονης Διακυβέρνησης. Η τάση αυτή πρεσβεύει την αποκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων στο εγγύτερο στον πολίτη επίπεδο. Η πολιτική αυτή συνοδεύεται και από την επίκληση για αποτελεσματικότερη διαχείριση. Έτσι, στο πεδίο ευθύνης των Ο.Τ.Α. μεταφέρονται οι προνοιακές δράσεις (προγράμματα κοινωνικής μέριμνας και φροντίδας) που αποτελούσαν αποστολή του κράτους. Ζητήματα, όμως, ανοιχτά παραμένουν η χρηματοδότηση των Ο.Τ.Α. και οι εργασιακές σχέσεις των εθελοντών που προσλαμβάνονται σε Μ.Κ.Ο. μέσω των Δήμων.

Στον Ν. 2646/1998 προβλέπεται, επίσης, η δημιουργία και τήρηση Εθνικού και Περιφερειακού (πρώην Νομαρχιακού) Μητρώου Φορέων Ιδιωτικού Τομέα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που παρέχουν υπηρεσίες στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας. Οι φορείς που εγγράφονται στα ως άνω μητρώα έχουν δικαίωμα να ζητήσουν την αναγνώρισή τους ως Ειδικά Πιστοποιημένοι Φορείς του Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Η Ειδική Πιστοποίηση έχει ουσιώδη σημασία για τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη επιχορήγησης και κάθε είδους παροχής από τους φορείς του δημόσιου τομέα, τους Δήμους και τις Περιφέρειες. Με τον Ν. 3370/2005 (Φ.Ε.Κ. 176 Α') το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.) καθίσταται αρμόδιο να γνωμοδοτεί στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την ως άνω ειδική πιστοποίηση των ιδιωτικών φορέων παροχής κοινωνικής φροντίδας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Με το Π.Δ. 113/2014 (Φ.Ε.Κ. 180/29-8-2014) περί Οργανισμού του νυν Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήνεται η Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης, η οποία περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, το Τμήμα Εθελοντισμού και Πιστοποίησης Φορέων, το οποίο παλιότερα υπαγόταν στο Υπουργείο Υγείας, με στόχο την προώθηση και αξιοποίηση του εθελοντισμού και της αλληλεγγύης στο χώρο της κοινωνικής προστασίας.

Ενώ, με τον πρόσφατο Ν. 4455/2017 (Φ.Ε.Κ. 22 Α'), όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ξεκινάει η λειτουργία του ηλεκτρονικού συστήματος του Εθνικού Μητρώου Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας. Η ηλεκτρονική εγγραφή των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθίσταται υποχρεωτική, καθώς η μη

εγγραφή θα οδηγεί στην ανάκληση της άδειας λειτουργίας για τους φορείς που ήδη λειτουργούν, ενώ θα αποτελεί και απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας σε νέους φορείς. Το Μητρώο αυτό λειτουργεί στην Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε. (Η.ΔΙ.Κ.Α.Α.Ε.), ενώ υπεύθυνος επεξεργασίας των τηρούμενων στο Μητρώο στοιχείων έχει οριστεί η Διεύθυνση Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Συνοχής του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με τη θέσπιση του ηλεκτρονικού Εθνικού Μητρώου επιδιώκεται η αποτελεσματική εποπτεία και ο έλεγχος στις δραστηριότητες των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Επιχειρείται να ενισχυθεί ο δημόσιος έλεγχος στον τρόπο παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών, τη χρηστή και προσήκουσα διαχείριση των κοινωνικών πόρων, το συντονισμό δραστηριοτήτων και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, το ισχύον νομικό πλαίσιο της χώρας μας δεν προβλέπει ειδικές διατάξεις αναφορικά με την ίδρυση και τη λειτουργία των μη κυβερνητικών οργανώσεων. Οι τελευταίες δύναται να λάβουν τη νομική μορφή των προβλεπόμενων από τον Αστικό Κώδικα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, ήτοι της ένωσης προσώπων, του σωματείου, του ιδρύματος, της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας, της επιτροπής εράνων, καθώς και των Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που προβλέπονται από ειδικούς νόμους.

4.4 Οι δύο διαστάσεις της δράσης των Μ.Κ.Ο. στον χώρο της υγείας

Σήμερα η συνύπαρξη κράτους, οικονομίας και κοινωνίας πολιτών διαμορφώνει ένα δυναμικό πολυεπίπεδο τοπίο που εμπεριέχει σαφείς αλληλεξαρτήσεις στο πλαίσιο της Διακυβέρνησης. Δημιουργούνται, έτσι, τρεις δυναμικοί πόλοι δράσης με συμπληρωματικούς και όχι κατ' ανάγκην συγκρουσιακούς ρόλους που διατρέχουν το πολιτικό, το οικονομικό και το κοινωνικό φάσμα. Η κοινωνία πολιτών και ο τρίτος τομέας γίνονται συνδιαχειριστές ενός νέου προνοιακού μοντέλου όπως διαμορφώνεται στις σύγχρονες συνθήκες. Στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, το κυρίαρχο κράτος διατηρεί τον ρυθμιστικό του ρόλο και μεταθέτει ευθύνες προς πολλαπλούς δρώντες, μεταξύ των οποίων και η κοινωνία πολιτών. Στο νέο πλαίσιο το κράτος φαίνεται να

μειώνει σταδιακά τον ρόλο του, ενώ παράλληλα τείνει να αυξάνεται η δράση του εθελοντικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο του σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού, που η κοινωνική πολιτική αναδιαρθρώνεται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, θεωρήθηκε ότι ο τρίτος τομέας μπορεί να συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής με ένα σχετικά μικρότερο κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό, λόγω της ικανότητας των εθελοντικών οργανώσεων να παράγουν κοινωνικές υπηρεσίες με αξιοποίηση της εθελοντικής εργασίας και με την πληρωμή χαμηλότερων μισθών από εκείνους του δημόσιου τομέα ή της αγοράς. Αυτήν την αντίληψη εκφράζουν και οι Smith και Gronbjerg (2006), σύμφωνα με τους οποίους το κόστος παραγωγής από το κράτος είναι υψηλότερο γιατί τα επίπεδα αμοιβών είναι υψηλότερα και υπάρχουν εμπόδια στην πρόσληψη και την απόλυση των εργαζομένων. Ωστόσο, η αντίληψη αυτή εγείρει προβληματισμούς, καθώς δημιουργεί το έδαφος για περαιτέρω ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων. Κατά καιρούς έχει ασκηθεί κριτική σε Μ.Κ.Ο. λόγω παραβιάσεων εργασιακών δικαιωμάτων των εργαζομένων τους, αλλά και λόγω της απασχόλησης αμειβόμενου εργατικού δυναμικού με μεγάλο ποσοστό ευέλικτων μορφών απασχόλησης, καθώς τέτοιες πρακτικές μπορεί να οδηγήσουν σε συμπίεση του εργασιακού κόστους προς τα κάτω.

Επίσης, θεωρείται ότι οι φορείς του τρίτου τομέα παρέχουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας σε σχέση με τον αμιγή δημόσιο τομέα. Η επιχειρηματολογία βασίζεται στο ότι η παροχή υπηρεσιών μέσω εθελοντικών οργανώσεων λαμβάνει τη μορφή συμβολαίων παροχής έργου με χρηματοδότηση από το κράτος, το οποίο επιβλέπει την υλοποίησή τους με βάση μετρήσιμους δείκτες και προβαίνει σε αξιολόγηση. Ως εκ τούτου, οι οργανώσεις αυτές προσανατολίζονται και υποχρεωτικά συμμορφώνονται στην επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων σε σχέση με μια δημόσια υπηρεσία. Σύμφωνα, λοιπόν, με την Αδάμ και τον Παπαθεοδώρου (2010), η αποδοτικότητα των Μ.Κ.Ο. μπορεί να αποτελέσει τον εναλλακτικό δρόμο στην εντεινόμενη ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η πρακτική αυτή ενέχει τον κίνδυνο να προβαίνουν οι φορείς του τρίτου τομέα σε επιλογή πιο «εύκολων» περιστατικών για να αυξάνουν τα ποσοστά αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους, ενώ σοβαρά περιστατικά (π.χ. άτομα με βαριά νοητική υστέρηση ή ψυχογηριατρικά) δε θα τυγχάνουν της δέουσας ιατρικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Salamon (1987), το κράτος μέσα από την συνεργασία του με τις μη κυβερνητικές εθελοντικές οργανώσεις δύναται να αξιοποιεί την τεχνογνωσία που διαθέτουν, όπως και τη γνώση τους για την ιδιαίτερη φύση των αναγκών σε τοπικό επίπεδο ή των αναγκών ειδικών ομάδων. Σε συνέχεια αυτής της παραδοχής, υποστηρίζεται ότι το καθολικό κράτος πρόνοιας παρέχει ομοιογενείς υπηρεσίες χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες ειδικών ομάδων του πληθυσμού ή τις ιδιαίτερες ανάγκες ανά γεωγραφική περιφέρεια. Ως χαρακτηριστικά παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν οι περιπτώσεις της ανεπαρκούς παροχής υπηρεσιών στον τομέα της γηριατρικής, αλλά και στην κατ' οίκον νοσηλεία. Από την άλλη πλευρά, οι εθελοντικές οργανώσεις βρίσκονται εγγύτερα στις ομάδες-στόχους και συχνά συμμετέχουν και άτομα της ίδιας ομάδας-στόχου, τα οποία κατανοούν σε βάθος τα προβλήματα που τους απασχολούν. Μέσω της άμεσης επικοινωνίας με ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες μπορούν να συνηγορούν για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας φιλικών προς τους φτωχούς και τους αποκλεισμένους. Οι Μ.Κ.Ο., συνήθως, επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (π.χ. Μ.Κ.Ο. στον τομέα της Τρίτης Ηλικίας, ατόμων με αναπηρία, απεξαρτημένων ή Μ.Κ.Ο. που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον). Η επικέντρωση αυτή ευνοεί την εξειδίκευση και την παραγωγή τεχνογνωσίας. Ωστόσο, στο σημείο αυτό δημιουργούνται ερωτηματικά ως προς την καταλληλότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω εθελοντικών οργανώσεων, καθώς οι παροχές τους είναι από τη φύση τους αποσπασματικές, επιλεκτικές και ανεπαρκείς. Ο πλουραλισμός που εμφανίζεται στο χώρο των φορέων του τρίτου τομέα και οι διαφορετικοί στόχοι που θέτουν, δημιουργούν ερωτηματικά ως προς τη χάραξη μιας αυστηρά καθορισμένης στρατηγικής. Αντίθετα, η χρονίζουσα κοινωνική κρίση φαίνεται να απαιτεί πολυδάπανες παρεμβάσεις πιο σταθερού χαρακτήρα και όχι επανεμφάνιση πρωτοβουλιών και δράσεων που αναπαράγουν τα χαρακτηριστικά της παραδοσιακής φιλανθρωπίας του 19^{ου} αιώνα, δηλαδή την ηθική υποχρέωση και την προβολή των δωρητών.

Ο τρίτος τομέας, στο πλαίσιο της σύγχρονης Διακυβέρνησης, θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει τη δημόσια κατανόηση, τις αξίες, τα πρότυπα, τις στάσεις και τις συμπεριφορές απέναντι στα θέματα υγείας. Οι Μ.Κ.Ο. έχουν τη δυνατότητα μεγαλύτερης επιρροής συγκριτικά με το κράτος ή άλλους θεσμούς, όπως τα πολιτικά

κόμματα⁷. Μέσω της επικοινωνιακής τους δύναμης μπορούν να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη για μείζονα θέματα και να προωθηθούν οι υπολειπόμενοι στη χώρα μας τομείς της πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Όμως, τα φαινόμενα διαφθοράς των Μ.Κ.Ο. που δημοσιοποιούνται τακτικά, αλλά και η μειωμένη λογοδοσία τους, φαίνεται να αποθαρρύνουν μερίδα των πολιτών. Η δυσπιστία τους αποτυπώνεται στην επιφυλακτική ανταπόκρισή τους σε πρωτοβουλίες εθελοντικών οργανώσεων για τη συγκέντρωση ιδιωτικών δωρεών, ενώ αντίθετα η συμμετοχή των πολιτών σε εκκλήσεις για συγκέντρωση φαρμάκων και λοιπού υγειονομικού υλικού είναι μεγαλύτερη.

Τέλος, ο ρόλος των Μ.Κ.Ο. στην άσκηση ελέγχου της δημόσιας πολιτικής και των παρεμβάσεων στην υγεία θεωρείται από κάποιους σημαντικός. Όμως, η αύξηση της εξάρτησης των εθελοντικών οργανώσεων από το κράτος μειώνει την αυτονομία τους, καθώς και την ικανότητά τους να ελέγχουν και να ασκούν κριτική στους κρατικούς θεσμούς. Η οικονομική εξάρτηση των οργανώσεων από το κράτος φαίνεται να οδηγεί σε υποχώρηση των διαχωριστικών γραμμών και των διακριτών λογικών μεταξύ κράτους και των φορέων του τρίτου τομέα. Δημιουργούνται αυτόματα ζητήματα αναξιοπιστίας, αδιαφάνειας και κατ' επέκταση νομιμοποίησης της δράσης των Μ.Κ.Ο. από την βάση της κοινωνίας. Η κρατική χρηματοδότηση των Μ.Κ.Ο. είναι προβληματική, καθώς αίρει τον μη κυβερνητικό χαρακτήρα τους και υπονομεύει την εξισορροπητική λειτουργία της κοινωνίας πολιτών μεταξύ κράτους και κοινωνίας. Όπως, επίσης, προβληματική είναι και η χρηματοδότηση των Μ.Κ.Ο. από ιδιωτικές επιχειρήσεις, καθώς πολλές οργανώσεις μπορεί να προωθούν επιχειρηματικά συμφέροντα που στην πραγματικότητα οδηγούν σε αντίθετη κατεύθυνση από τις δημόσια επιθυμητές πολιτικές.

4.5 Η διεθνής εμπειρία του εθελοντισμού στον χώρο της υγείας

Η αλληλεπίδραση του εθελοντισμού και της κοινωνίας πολιτών με το κράτος για τη διαμόρφωση και υλοποίηση πολιτικών υγείας έχει μακρύ παρελθόν και παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ διαφορετικών περιοχών του πλανήτη. Σε κάποιες περιπτώσεις η δράση του εθελοντισμού αναπτύσσεται κατόπιν υποκίνησης του

⁷ Η κρίση των κομμάτων και η κρίση της πολιτικής έχει ενισχύσει την τάση αύξησης της συμμετοχής σε μη κυβερνητικές οργανώσεις. Οι Μ.Κ.Ο. αναλαμβάνουν έναν ρόλο «αντιπροσώπευσης» εκείνων των συμφερόντων που τα πολιτικά κόμματα απευθυνόμενα πλέον στους «εκλογείς» εν γένει και όχι σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες δυσκολεύονται να εκφράσουν (όπως τα συμφέροντα των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων) (Μουζέλης, 2000)

κράτους, στις πλείστες, όμως, των περιπτώσεων οι φορείς της κοινωνίας πολιτών αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες μόνοι τους, καθώς διαπιστώνουν κενά στην κάλυψη αναγκών υγειονομικής περίθαλψης. Οι βασικότεροι τομείς συνεργασίας είναι τα προγράμματα εξάλειψης επιδημιών και άλλων νοσημάτων, η διανομή φαρμάκων, οι εκστρατείες για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού ως προς την πρόληψη, η προσέγγιση απομονωμένων και ευάλωτων ομάδων, καθώς και η ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων ελέγχου των νοσημάτων (Πολυζωίδης, 2015).

Οι αναπτυξιακές Μ.Κ.Ο. εμφανίζονται ιδιαίτερα ενεργές σε πολιτικά θέματα, όπως ο έλεγχος της επίδρασης των διεθνών συμφωνιών στη δημόσια υγεία. Μάλιστα, φτάνουν να συμμετέχουν ακόμα και στη διαμόρφωση των διεθνών συμφωνιών και συνθηκών που σχετίζονται με την υγεία είτε άμεσα, όπως στην περίπτωση της διαμόρφωσης της τιμής των φαρμάκων και της διακίνησης υγειονομικού υλικού, είτε έμμεσα, όπως στην περίπτωση της προστασίας του περιβάλλοντος, της απαγόρευσης ναρκών και του περιορισμού της κατανάλωσης εθιστικών ουσιών. Οι ανθρωπιστικές Μ.Κ.Ο. υποστηρίζουν, μεταξύ άλλων, τα δικαιώματα των ασθενών για πρόσβαση σε ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας, όπως και τα δικαιώματα υγείας των πιο ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, όπως τα βρέφη, τα παιδιά, οι εγκυμονούσες, οι μετανάστες, τα θύματα εκμετάλλευσης. Αυτή η εθελοντική προσφορά υπηρεσιών γίνεται, κυρίως, από γυναίκες που στα πλαίσια του παραδοσιακού τους ρόλου και του προτύπου της γυναίκας που αυτοθυσιάζεται, αναλαμβάνουν να καλύψουν τα μεγάλα κενά σε ολόκληρη την κοινότητα και όχι μόνο στην ευρύτερη οικογένειά τους (Molyneux, 2002).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) συνεργάζεται εδώ και χρόνια με Μ.Κ.Ο. για την προαγωγή της παγκόσμιας υγείας, ενώ οι συνέπειες της παγκόσμιας φτώχειας αυξάνουν τις προκλήσεις για περαιτέρω συνεργασία. Ο Οργανισμός αυτός έχει επανειλημμένα τονίσει τα πολλαπλά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από μια τέτοια συμμαχία και έχει επαναπροσδιορίσει το οργανωτικό του πλαίσιο, έτσι ώστε αυτή να διευκολύνεται ακόμη περισσότερο. Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων εντός του συστήματος του Π.Ο.Υ. αναφέρεται, κυρίως, στην προσέγγιση απομακρυσμένων και περιθωριοποιημένων πληθυσμών, την αύξηση της συμμετοχής της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η σπουδαιότητα του ρόλου αυτού αυξάνεται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ενόπλων συρράξεων, κοινωνικής αναταραχής και έκτακτων καταστάσεων. Στις περιπτώσεις αυτές το βασικό σύστημα υγείας συνήθως καταρρέει και μπορεί να

προκαλέσει επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού και αύξηση των θανάτων σε μεγαλύτερο βαθμό από την ίδια την πρωτογενή αιτία της καταστροφής. Η πρόσβαση των διεθνών οργανισμών στους πληγέντες πληθυσμούς είναι εξαιρετικά δύσκολη και η συνεισφορά των Μ.Κ.Ο. που λειτουργούν ήδη στο πεδίο αποδεικνύεται ανεκτίμητη. Ένα ποσοστό από 70% έως και 95% των υπηρεσιών υγείας σε καταστάσεις κρίσεως παρέχεται από τις εθελοντικές οργανώσεις (WHO, 2002).

Τέλος, η Παγκόσμια Ομοσπονδία των Συλλόγων Δημόσιας Υγείας συνοψίζει τον ρόλο των Μ.Κ.Ο. που δρουν στο πεδίο της υγείας, στην ανάδειξη των προβλημάτων επιμέρους κοινοτήτων, στην κινητοποίηση δωρητών, στη βελτίωση του συντονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων και στη συνεισφορά ιατρικού εξοπλισμού και τεχνικών καλύτερα προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες τοπικές κλιματολογικές, ενεργειακές, γεωγραφικές και υγειονομικές συνθήκες (World Federation of Public Health Organizations, 1978).

4.6 Δράσεις και πρωτοβουλίες της κοινωνίας πολιτών και των εθελοντών στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Μπουρίκο και Σωτηρόπουλο (2014), η ιατρική/υγειονομική φροντίδα αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή παρεχόμενης κοινωνικής φροντίδας και λόγο ίδρυσης μιας οργάνωσης. Κάποιες από αυτές απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό και κάποιες άλλες σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως πρόσφυγες ή άτομα με ειδικά νοσήματα.

Στον τομέα της υγείας, υπάρχουν οργανώσεις που καταπιάνονται με την αντιμετώπιση επιδημιών και την αναβάθμιση των συνθηκών ζωής και υγιεινής. Οι «Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας» είναι μια ανθρωπιστική Μ.Κ.Ο., μέλος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου, που ιδρύθηκε το 1990. Έχει αναπτύξει δομές, όπως ανοιχτά πολυιατρεία με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως μετανάστες χωρίς διοικητικά έγγραφα, πρόσφυγες, άποροι και άστεγοι.

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο πλήθος άλλων οργανώσεων του τρίτου τομέα σχετίζονται με τον χώρο της υγείας, χωρίς όμως να παρέχουν οι ίδιες υπηρεσίες υγείας. Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται οργανώσεις που έχουν ως στόχο τους την παροχή βοήθειας προς συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες, όπως οι Ρομά, οι μετανάστες, οι αλκοολικοί. Αν

και δεν παρέχουν άμεσα υπηρεσίες υγείας, ωστόσο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη προβληματικών καταστάσεων υγείας και στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε δημόσιες ή άλλες υπηρεσίες υγείας.

Επίσης, στο χώρο της υγείας, δραστηριοποιούνται Μ.Κ.Ο. με βασικούς στόχους την ενημέρωση και την πρόληψη ασθενειών, όπως η οργάνωση με τον διακριτικό τίτλο «ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ», που ιδρύθηκε το 2008 με στόχο την τεκμηριωμένη πληροφόρηση σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο και την πρόληψη. Άλλη κατηγορία Μ.Κ.Ο. έχει ως στόχο τη βελτίωση των συνθηκών ζωής ατόμων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες. Η «Ανακουφιστική Συμπονετική Παρηγορητική Αγωγή Ελλάδος» είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία που παρέχει ψυχολογική στήριξη και συνεχή νοσηλευτική βοήθεια σε όσους υποφέρουν από ανίατη ασθένεια, ενώ και το ίδρυμα «Τζένη Καρέζη» έχει ως αποστολή την ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και άλλες χρόνιες παθήσεις. Άλλες οργανώσεις αναλαμβάνουν την ίδρυση και λειτουργία δομών αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως η «Διεθνής Εταιρία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», ένα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ιδρύθηκε το 2001 και η «ANIMA», με έτος ίδρυσης το 2005. Υπάρχουν, επίσης, οργανώσεις που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και υποστήριξη σε άτομα τρίτης ηλικίας και σε άτομα με αναπηρία στο ίδιο το σπίτι των εξυπηρετούμενων, όπως η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «ΟΡΑΜΑ».

Σημαντική είναι και η συμβολή οργανώσεων, όπως ο Σύλλογος Φίλων Παιδιών με Καρκίνο «Ελπίδα», που το 2010 προσέφερε το πρώτο Ογκολογικό Νοσοκομείο για παιδιά στην Ελλάδα, το οποίο εντάχθηκε διοικητικά και λειτουργικά στο Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία. Σημαντικές δωρεές στο χώρο της υγείας αναμένεται να πραγματοποιηθούν και από το Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος», το οποίο θα χρηματοδοτήσει την ανέγερση και τον εξοπλισμό νέων κτιρίων νοσοκομείων, καθώς και την αγορά νέων ελικοπτέρων και την επισκευή παλαιότερων με στόχο την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των αεροδιακομιδών του Ε.Κ.Α.Β.

Τεράστια είναι και η προσφορά των εθελοντών μη αμειβόμενων δοτών αίματος, ιστών και οργάνων. Η μετάγγιση παραγώγων αίματος αποτελεί πολύτιμο θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση πολλών παθολογικών καταστάσεων, ενώ η δωρεά οργάνων και ιστών αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των μεταμοσχεύσεων,

που αποτελούν τη μοναδική θεραπευτική λύση για την τελικού σταδίου ανεπάρκεια καρδιάς, πνεύμονα, ήπατος, καθώς και για την τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Επίσης, τα χρόνια της δημοσιονομικής λιτότητας, φαίνεται να αυξάνονται οι μεμονωμένες δράσεις αλληλεγγύης προς εκείνους οι οποίοι πλήττονται από την κρίση. Αυτές οι εκδηλώσεις συμπαράστασης εστιάστηκαν, κυρίως, στην εθελοντική συλλογή και δωρεάν διάθεση φαρμάκων και λοιπού υγειονομικού υλικού κατόπιν πρωτοβουλιών μέσω μαζικής ενημέρωσης, ιατρικών και φαρμακευτικών συλλόγων, φαρμακευτικών εταιρειών, τοπικών ενοριών, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και εθελοντικών οργανώσεων (Πολυζωίδης, 2015).

Επιπλέον, το 2011 παρατηρείται το φαινόμενο ανάδυσης των κοινωνικών ιατρείων σε μια προσπάθεια άτυπων κινηματικών πρωτοβουλιών και θεσμικών φορέων να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό που αποκλειόταν μέχρι τότε από το Ε.Σ.Υ. λόγω των περικοπών κοινωνικών δαπανών για την υγεία (π.χ. ανασφάλιστοι). Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία εντάχθηκαν στη δράση για το εθνικό δίκτυο άμεσης κοινωνικής παρέμβασης που χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και λειτουργεί με τη σύμπραξη Ο.Τ.Α. ή Ν.Π.Δ.Δ. με φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Με βάση την έρευνα της Αδάμ και Τελώνη (2015), η πλειονότητα των κοινωνικών ιατρείων λειτουργούν σε χώρους που τους παραχωρούν οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης και ακολουθούν τα εργατικά κέντρα, η εκκλησία και μεμονωμένοι πολίτες. Κυρίως, στηρίζονται σε εθελοντές –επαγγελματίες υγείας για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή σε ιατρικό, νοσηλευτικό και φαρμακευτικό προσωπικό. Πλέον, όμως των επαγγελματιών υγείας, υπάρχουν και εθελοντές που εμπλέκονται στο διοικητικό έργο, στη συμμετοχή σε εργασίες καθαριότητας και επισκευών, σε ενημερωτικές καμπάνιες για την κινητοποίηση άλλων εθελοντών υγείας. Επίσης, η ίδια έρευνα καταδεικνύει *«ιδιώτες γιατρούς που δέχονται ασθενείς στα ιατρεία τους, φαρμακοποιούς που εξυπηρετούν στα καταστήματά τους, ιδιωτικά μικροβιολογικά και διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες και τέλος, φορείς και πολίτες του εξωτερικού που συνδράμουν οικονομικά»* (Αδάμ και Τελώνη, 2015, σελ. 123). Το μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών ιατρείων αποδέχονται μόνο την υποστήριξη σε είδος. Οι κινηματικές πρωτοβουλίες που δέχονται εκτός από τη στήριξη σε είδος και χρηματική βοήθεια, αντλούν τα έσοδά τους, κυρίως, από δράσεις που οργανώνουν οι ίδιες. Ενώ, οι δομές που συγκροτούνται με πρωτοβουλία θεσμικών φορέων αξιοποιούν μεγαλύτερο φάσμα πηγών χρηματοδότησης. Τέλος, υπάρχουν κοινωνικά ιατρεία που

αντιμετωπίζουν το έργο τους ως προσωρινή κάλυψη των κενών του δημόσιου συστήματος, χωρίς να διεκδικούν θεσμοθετημένο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, άλλα κοινωνικά ιατρεία θεωρούν ότι ο εθελοντικός-ιδιωτικός τομέας είναι πιο αποτελεσματικός στη διαχείριση πόρων, διεκδικώντας και μεγαλύτερο μερίδιο από τη σχετική χρηματοδότηση (Πολυζωίδης, 2015).

4.7 Ζητήματα χρηματοδότησης και διαφάνειας των Μ.Κ.Ο.

Οι Μ.Κ.Ο. στην Ελλάδα έχουν να αντιμετωπίσουν δύο παράγοντες που δυσχεραίνουν την λειτουργία τους. Ο πρώτος παράγοντας είναι η οικονομική κρίση, η οποία επιτείνει τον ανταγωνισμό των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. Όπως παρατηρεί ο Hirsch (2005), οι Μ.Κ.Ο., ως επαγγελματικές οργανώσεις με κάποιο βαθμό μονιμότητας, απαιτούν οικονομικούς πόρους πέρα από αυτούς που μπορούν να αντλήσουν μέσω δωρεών και μόνο. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία εξαρτήσεών τους από ιδιωτικές εταιρείες, διεθνείς οργανισμούς ή ακόμα και από το κράτος. Η εξάρτηση αυτή πολλές φορές ενέχει τον κίνδυνο περιορισμού της ικανότητας των οργανώσεων να αναπτύσσουν στρατηγικές θεμελιώδους κοινωνικής αλλαγής και προσαρμογής τους τελικά στις επιταγές του χρηματοδότη. Οι εξελίξεις αυτές μπορούν να αποδυναμώσουν τα κεντρικά χαρακτηριστικά των εθελοντικών οργανώσεων, όπως είναι η εγγύτητα με τις τοπικές κοινωνίες, η κινητοποίηση των πολιτών και η άσκηση πίεσης για αλλαγές στην στοχοθεσία των πολιτικών. Όσο περισσότερο, όμως, οι Μ.Κ.Ο. είναι σε θέση να διατηρούν την υλική και πολιτική τους ανεξαρτησία τόσο πιο μεγάλος και καθοριστικός είναι ο ρόλος που μπορούν να διαδραματίσουν στη διαμόρφωση πολιτικών και στην αναγκαία έκφραση κοινωνικών αιτημάτων ομάδων που δεν ακούγονται από τους καθιερωμένους πολιτικούς θεσμούς.

Τα ερωτήματα που τίθενται στο σημείο αυτό είναι τα εξής: Από ποιους πρέπει να δέχονται χρηματικά ποσά οι μη κυβερνητικές οργανώσεις; Δέχονται χρήματα από όλους τους χρηματοδότες; Αν αυτό συμβαίνει, κατά πόσον επηρεάζεται η δράση και η ουδετερότητά τους; Με ποιες προϋποθέσεις πρέπει να χρηματοδοτούνται; Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά δεν είναι απλή. Η χρηματοδότηση αποτελεί τον βασικότερο μοχλό πίεσης και εξάρτησης των οργανώσεων. Προκειμένου να υποστηριχθούν οικονομικά από κάποιον φορέα, προσαρμόζουν τα προγράμματά τους στις επιθυμίες του χρηματοδότη, με αποτέλεσμα να παρέχεται βοήθεια μόνο στις ομάδες πληθυσμού που αυτός επιθυμεί. Από την άλλη πλευρά, δε μπορούν να αντέξουν το βάρος της

χρηματοδότησης μόνο οι μεμονωμένοι πολίτες και έτσι, κάποιες οργανώσεις καταφεύγουν σε ιδιώτες. Το πρόβλημα της εξάρτησης είναι πιο έντονο στις Μ.Κ.Ο. που είναι λιγότερο προβεβλημένες και έχουν μικρότερη απήχηση στην κοινή γνώμη. Αντίθετα, οι Μ.Κ.Ο. με μεγαλύτερη εμβέλεια δεν αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στον ίδιο βαθμό, διότι καταφέρνουν να προσελκύουν περισσότερες δωρεές και να αποκτούν σημαντικά έσοδα μέσα από την διεξαγωγή διαφόρων εκδηλώσεων.

Ειδικότερα σήμερα, λοιπόν, οι Μ.Κ.Ο. για να μπορέσουν να συνεχίσουν το έργο τους, θα πρέπει να προωθήσουν μια οργανωτική νοοτροπία φιλτραρισμένη μέσα από τις αξίες και τις αρχές τους. Θα πρέπει, δηλαδή, να διαφυλάξουν τον κοινωφελή τους χαρακτήρα και να κερδίσουν αξιοπιστία μέσα από διαδικασίες που θα διασφαλίζουν την διαφάνεια των οικονομικών τους. Επίσης, για τη βιωσιμότητά τους απαιτείται αποτελεσματική διοίκηση και διαφάνεια, δηλαδή να προβαίνουν σε ορθή διαχείριση των πόρων τους για να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με το ελάχιστο δυνατό κόστος, με δημοκρατική νομιμοποίηση.

Ο δεύτερος παράγοντας που επιβαρύνει την δράση των φορέων της κοινωνίας πολιτών σχετίζεται με το «νέφος καχυποψίας»⁸ που διαπνέει μέρος της κοινής γνώμης γύρω από την χρηματοδότηση και τη δράση τους. Η μη ύπαρξη ενιαίου και σαφούς θεσμικού πλαισίου για τη λειτουργία αυτών των οργανώσεων, η αδυναμία πλήρους χαρτογράφησης των οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στον τρίτο τομέα, ο μη συντονισμένος και ανεπαρκής έλεγχος της χρηματοδότησης των εθελοντικών οργανώσεων εγείρουν ερωτήματα αναφορικά με την αξιοπιστία και τη διαφάνεια του θεσμού των Μ.Κ.Ο. Επίσης, οι Μ.Κ.Ο. κατακρίνονται για την περιορισμένη δημοσιοποίηση στοιχείων σχετικών με ονόματα, αμοιβές, πηγές χρηματοδότησης και την αξιολόγηση του έργου τους. Τέλος, σε μερικές περιπτώσεις εκδηλώνονται πελατειακές σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων οργανώσεων και της κεντρικής ή τοπικής πολιτικής εξουσίας, που ευνοούν την εμφάνιση περιπτώσεων διαφθοράς ή οικονομικής κακοδιαχείρισης με αποτέλεσμα την υπονόμηση της αξιοπιστίας του θεσμού (Σημίτη, 2014).

Μέχρι σήμερα απουσιάζει ένα ενιαίο πλαίσιο που θα ρυθμίζει συνολικά τις σχέσεις του κράτους με όλες τις νομικές μορφές του τρίτου τομέα. Έτσι, συχνές καταγγελίες για

⁸ Η έκφραση αυτή αποτυπώθηκε στην από 30.09.2011 Έκθεση της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας (Σύνοδος Β'), Περίοδος ΙΓ' - Σύνοδος Γ' της Βουλής των Ελλήνων, σελ. 29-37

φαινόμενα διαφθοράς έχουν οδηγήσει σε άκριτη εξίσωση οργανώσεων που δρουν ευσυνειδήτητα με εκείνες που εκμεταλλεύονται δημόσια χρηματοδότηση ή δωρεές πολιτών για παράνομο πλουτισμό. Φαινόμενα μικρών οργανώσεων χωρίς υποδομή, που λαμβάνουν δυσανάλογα ποσά ή οργανώσεων που εκπονούν έργα εκτός του αντικειμένου τους αμαυρώνουν το έργο πλήθος άλλων σοβαρών οργανώσεων που ασκούν πραγματικό έργο όχι μόνο στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και σε πολλούς άλλους. Σαφές πρέπει να είναι ότι μεμονωμένα περιστατικά δε μπορούν να οδηγούν σε συνολική απαξίωση των Μ.Κ.Ο. συλλήβδην. Από την άλλη πλευρά, και οι ίδιες οι εθελοντικές οργανώσεις θα πρέπει να κατανοήσουν πως έχουν διαφορετικά επίπεδα λογοδοσίας και παρουσιάζουν διαφορετικές προτεραιότητες και διαφορετικούς στόχους, γεγονός που μειώνει τη νομιμοποίηση της δράσης τους και δυσκολεύει τη συνεργασία τους με το κράτος.

Ζητούμενο, όμως, παραμένει και η καταγραφή και τήρηση νομικών διατάξεων που θα επιτρέπουν τη δημιουργική και ξεκάθαρη σχέση των Μ.Κ.Ο. με την κοινωνία, το κράτος και τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η προώθηση ενός καθεστώτος διαφάνειας, ελέγχου και λογοδοσίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την διασφάλιση της αξιοπιστίας του θεσμού των Μ.Κ.Ο. Μεταξύ των προτάσεων που κατά καιρούς έχουν γίνει για θεσμικές αλλαγές στη σχέση Μ.Κ.Ο. και κράτους, περιλαμβάνεται και η θεσμοθέτηση Ανεξάρτητης Διοικητικής Αρχής που θα εποπτεύει τους φορείς της κοινωνίας πολιτών.

Με τον Ν. 4305/2014 (Φ.Ε.Κ. 237 Α') περί ενίσχυσης της διαφάνειας των δαπανών των επιχορηγούμενων φορέων επιχειρείται να λυθούν τα ως άνω προβλήματα. Σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, οι αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες, τα σωματεία, τα ιδρύματα, οι κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις και οι λοιποί μη κερδοσκοπικοί φορείς που λαμβάνουν επιχορήγηση με οποιονδήποτε τρόπο από τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης, ανώτερη του ποσού των τριών χιλιάδων ευρώ συνολικά ετησίως, υποχρεούνται να δημοσιεύουν απολογιστικά στοιχεία δαπανών στην ιστοσελίδα του προγράμματος Διαύγεια. Τυχόν παράλειψη της δημοσίευσης των στοιχείων αυτών συνεπάγεται τον αποκλεισμό των υπόχρεων φορέων από περαιτέρω επιχορήγηση ή χρηματοδότηση από τους φορείς της Γενικής Κυβέρνησης. Ωστόσο, το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης που είναι υπεύθυνο για την τήρηση του Μητρώου Επιχορηγούμενων Φορέων, διαπίστωσε την περιορισμένη ανταπόκριση στην εφαρμογή

του θεσμικού πλαισίου σε ό,τι αφορά την υποχρέωση δήλωσης στοιχείων δαπανών έτους 2015 και 2016 (με καταληκτική ημερομηνία την 28.02.2017).

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι απομένουν ακόμα να γίνουν πολλά βήματα για την διασφάλιση της διαφάνειας των Μ.Κ.Ο. τόσο από τις ίδιες τις οργανώσεις όσο και από την πολιτεία. Οι εθελοντικές οργανώσεις θα πρέπει να δημοσιεύουν όλα τα στοιχεία τους σχετικά με το ύψος των ποσών που διαχειρίζονται, τις δράσεις προς τις οποίες κατευθύνονται οι διαχειριζόμενοι πόροι και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών τους. Η χρηματοδότηση των Μ.Κ.Ο. θα πρέπει αποδεδειγμένα να ωφελεί τις ομάδες-στόχους για τις οποίες προορίζεται. Όλες οι σχέσεις και συνεργασίες των φορέων της κοινωνίας πολιτών θα πρέπει να γνωστοποιούνται δημόσια. Η αξιοποίηση της δικτυακής τεχνολογίας καθιστά εύκολη την τεχνική υλοποίηση αυτού του στόχου. Ενώ, η πολιτεία θα πρέπει να θεσπίσει ένα σαφές νομικό πλαίσιο αδειοδότησης, εποπτικού ελέγχου, λειτουργίας, χρηματοδότησης και λογοδοσίας των Μ.Κ.Ο., να υποχρεώσει τις οργανώσεις αυτές, και ιδίως όσες λαμβάνουν κρατική χρηματοδότηση, να τηρούν λογιστικά βιβλία, και να καθιερώσει τον κοινοβουλευτικό έλεγχο λειτουργίας και δράσης των Μ.Κ.Ο.

4.8 Η αξιολόγηση των Μ.Κ.Ο. ως εργαλείο διαφάνειας

Η γενική τάση προς την εφαρμογή διαδικασιών αξιολόγησης που ξεκίνησε από τον επιχειρηματικό κόσμο, ήδη από την δεκαετία του 1980, έχει διαχυθεί και στον τομέα της Κοινωνίας Πολιτών. Η τάση αυτή ενισχύεται από δύο σημαντικές εξελίξεις. Από τη μία πλευρά, ο αριθμός των Μ.Κ.Ο., που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας, έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που οδηγεί τόσο τους θεσμικούς όσο και τους μεμονωμένους δωρητές να αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα επιλογής (Nelson, 2007). Από την άλλη πλευρά, τα πρώτα δείγματα κακών πρακτικών των Μ.Κ.Ο. ενίσχυσαν τα αιτήματα για περισσότερο έλεγχο και λογοδοσία των εθελοντικών οργανώσεων. Οι οργανώσεις αυτές κατηγορούνται ότι επιτυγχάνουν χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας και ότι δε χρησιμοποιούν τα κεφάλαια που λαμβάνουν για τους καταστατικούς τους σκοπούς.

Η αξιολόγηση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο που παρέχει πληροφορίες για την απόδοση των Μ.Κ.Ο. σε διάφορα πεδία ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία αξιολόγησης. Η αξιολόγηση θα πρέπει να εστιάζει στο σκοπό της

οργάνωσης και κατά πόσο είναι κοινωνικά ωφέλιμος. Επίσης, θα πρέπει να αξιολογείται η διαφάνεια της διαχείρισης και κατά πόσο δημοσιεύει η οργάνωση στοιχεία για την προέλευση των πόρων της και τον τρόπο διάθεσής τους. Τέλος, θα πρέπει να εξετάζεται η λειτουργία των οργανώσεων, η απόδοση και οι επιδόσεις τους. Βάσει αυτής της πληροφόρησης καθίσταται πιο εύκολη η χρηματοδότηση από δωρητές εκείνων των Μ.Κ.Ο. που παρουσιάζουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων που συγκεντρώνουν. Επιπλέον, παρέχεται κίνητρο στις Μ.Κ.Ο. που δεν απέδωσαν καλά στην αξιολόγηση, να κινητοποιηθούν προς την αυτοβελτίωσή τους στους τομείς που υστερούν (Πετρόπουλος, 2014).

Αξιολογήσεις Μ.Κ.Ο. σε διάφορες χώρες του εξωτερικού, όπως στη Μ. Βρετανία και στις Η.Π.Α. έχουν οδηγήσει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του χώρου, σε αύξηση της ροής πόρων προς αυτές τις οργανώσεις και τελικά στη βελτίωση της εικόνας του χώρου και την προστασία της φήμης των φορέων από τις περιστασιακές περιπτώσεις κακοδιαχείρισης και κακών πρακτικών.

Στη χώρα μας απουσιάζει ένα σαφές θεσμικό πλαίσιο, το οποίο θα διασφαλίζει τη διαφανή λειτουργία των Μ.Κ.Ο., θα ρυθμίζει την εποπτεία, λογοδοσία και χρηματοδότηση τους και θα θέτει σαφή κριτήρια αξιολόγησης των Μ.Κ.Ο. Έτσι, το κράτος οφείλει να ρυθμίσει άμεσα το καθεστώς λειτουργίας και δράσης των Μ.Κ.Ο. και ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται με τον χώρο της υγείας, ώστε να μη διακυβεύεται η εμπιστοσύνη των πολιτών στην εθελοντική προσφορά και να χρηματοδοτούνται εκείνες οι Μ.Κ.Ο. κοινωνικής φροντίδας που παράγουν ουσιαστικό έργο και παρέχουν υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας.

5. Επίλογος

Στο πλαίσιο της Διακυβέρνησης το σύγχρονο κράτος πρόνοιας αλλάζει για ακόμα μία φορά στην ιστορία μορφή. Η σχέση κράτους, κοινωνίας και αγοράς μεταλλάσσεται και προσπαθεί να βρει το νέο σημείο ισορροπίας της. Η Δημόσια Διοίκηση, η κοινωνία πολιτών και ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας αναζητούν το νέο τους ρόλο μέσα στο νέο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον που διαμορφώνεται. Οι προκλήσεις στο χώρο της υγείας είναι πολλές, καθώς οι δημόσιοι πόροι που διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης περιορίζονται. Το κράτος διερευνά νέους μηχανισμούς ενσωμάτωσης του ιδιωτικού και του τρίτου τομέα στη χρηματοδότηση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. Ωστόσο, πολλά είναι τα ερωτήματα που προκύπτουν από τον πολλαπλασιασμό των συλλογικών δράσεων και την δραστηριοποίηση των Μ.Κ.Ο. στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας.

Οδεύουμε σε μονιμοποίηση της δράσης των φορέων του τρίτου τομέα στο πεδίο παροχής υπηρεσιών υγείας; Ποια είναι η διαδικασία ελέγχου των Μ.Κ.Ο. που εγγυάται την ανεξαρτησία τους και τη σύννομη δράση τους; Σε ποιους λογοδοτούν οι εθελοντικές οργανώσεις και με ποιο τρόπο;

Στις νέες συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί, οι εθελοντικές οργανώσεις αντιμετωπίζουν πολλαπλές και αντιφατικές προκλήσεις. Οι διεθνείς τάσεις στον εθελοντικό τομέα ενθαρρύνουν τη συμπληρωματική προς το κράτος παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητάς τους έναντι των ιδιωτικών επιχειρήσεων μέσω του περιορισμού του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, όμως, θέτουν επιτακτικά το ζήτημα της έκφρασης των κοινωνικών αναγκών της άσκησης πίεσης για αλλαγή στη στοχοθεσία των πολιτικών. Στόχευση θα πρέπει να είναι η καθολική, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και όχι η παροχή αποσπασματικών υπηρεσιών μέσω προγραμμάτων με αμφίβολο χρονικό ορίζοντα.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

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

Flinders, M. (2011), «Σχέσεις δημοσίου ιδιωτικού: Τα όρια του κράτους» στο Hay, C., Lister, M., Marsh, D. (eds.), *Το κράτος: Θεωρίες και προσεγγίσεις*. Αθήνα: Σαββάλας

Friedman, M. (2012), *Καπιταλισμός και ελευθερία*. Αθήνα: Παπαδόπουλος

Gellner, E. (1996), *Η κοινωνία των πολιτών και οι αντίπαλοί της: Συνθήκες ελευθερίας*. Αθήνα: Παπαζήση

Giddens, A. (2001), *Οι Συνέπειες της Νεωτερικότητας*. Αθήνα: Κριτική

Gough, I. (2008), *Η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους*. Αθήνα: Σαββάλας

Gramsci, A. (2005), *Οι διανοούμενοι*. Αθήνα: Στοχαστής

Hayek, F. (2013), *Ο δρόμος προς τη δουλεία*. Αθήνα: Παπαδόπουλος

Hirsch, J. (2005), «Τα καινούρια ρούχα του κράτους: Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και η διεθνοποίηση των κρατών» στο Παπαμιχαήλ, Γ. (επιμ), *Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και κυρίαρχη πολιτική*. Αθήνα: The Monthly Review Imprint, σελ. 74-93

Knox, P. and Pinch, S. (2009), *Κοινωνική γεωγραφία των πόλεων*. Αθήνα: Σαββάλας

Rathgeb Smith, S. (2011), *The Nonprofit Sector*. Oxford, New York: Oxford University Press

Tocqueville, A. (1996), *Η Δημοκρατία στην Αμερική*. Αθήνα: Στοχαστής

Αδάμ, Σ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (2010), *Κοινωνική Οικονομία και κοινωνικός αποκλεισμός*. Μελέτες /8. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Αδάμ, Σ. και Τελώνη, Δ. (2015), *Κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης: Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί*. Μελέτες /44.

Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Αφουξενίδης, Α. (2015), *Η κοινωνία πολιτών στην εποχή της κρίσης* σε Γεωργαράκης, Ν.Γ. και Δεμερτζής, Ν. (επιμ.). *Το πολιτικό πορτραίτο της Ελλάδας: Κρίση και η αποδόμηση του Πολιτικού*. Αθήνα: Gutenberg, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Αφουξενίδης, Α. (2006), *Όψεις της κοινωνίας πολιτών στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των περιβαλλοντικών και αντιρατσιστικών ΜΚΟ*. Αθήνα: Επιστήμη και Κοινωνία

Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (2003), *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα: Προκλήσεις και Προοπτικές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς (ΓΓΝΓ) (2012), *Μελέτη για την αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης του εθελοντισμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΓΓΝΓ, Κέδρος Α.Ε.

Γκίντενς, Α. (2010), *Ο Τρίτος Δρόμος: Η ανανέωση της Σοσιαλδημοκρατίας*. Αθήνα: ΠΟΛΙΣ

Δαφέρμος, Γ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (2013), *Η συμβολή του συστήματος κοινωνικής προστασίας στην οικονομική μεγέθυνση*. Μελέτες (Studies)/26. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Δαφέρμος, Γ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (2011), *Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια*; Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs)/1. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Δημουλάς, Κ. (2011), *Διαχρονικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Μια απόπειρα αξιολόγησης*. Μελέτη 14. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Δικαίος, Κ. (επιμ.) (2011), *Ιστορία κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Gutenberg

Μακρυδημήτρης, Α. (2006), *Κράτος και κοινωνία των πολιτών*. Αθήνα: Μεταμεσονύκτιες Εκδόσεις

Μαλούτας, Θ. και Οικονόμου, Δ., (επιμ.) (1988), *Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα: Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εξάντας

Μουζέλης, Ν. (2000), *Η κρίση των κομμάτων και η Κοινωνία των Πολιτών ως διέξοδος στο Κοινωνία Πολιτών*, τ.5. Αθήνα: Παπαζήση

Μουζέλης, Ν. (1998), *Νεωτερικότητα, ύστερη ανάπτυξη και κοινωνία πολιτών στο Κοινωνία Πολιτών*, τ. 1. Αθήνα: Παπαζήση

Μουζέλης, Ν. και Παγουλάτος, Γ. (2003), *Κοινωνία πολιτών και ιδιότητα του πολίτη στη μεταπολιτευτική Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης

Μπουρίκος, Δ. και Σωτηρόπουλος, Δ. (2014), *Έρευνα για την Οικονομική Κρίση, Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνία των Πολιτών*. Αθήνα: Παρατηρητήριο για την Κρίση, Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος»

Νικολόπουλος, Γ. και Καπογιάννης, Δ. (2012), *Εισαγωγή στην Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία*. Αθήνα: Οι εκδόσεις των συναδέλφων

Πετμεζίδου, Μ. (2015), *Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα*. Μελέτη 35. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Πετρόπουλος, Σ. (2014), *Η αξιολόγηση των ΜΚΟ ως εργαλείο για τη χρηματοδότηση και τη λογοδοσία τους*. Αθήνα: Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών

Πολυζωίδης, Π. (2015), *Κρίση και ενίσχυση της εθελοντικής δράσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα*. Μελέτη 35. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999), *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*. Αθήνα: Κριτική

Σασούν, Ν. (2001), *Εκατό χρόνια σοσιαλισμού: Η δυτικοευρωπαϊκή αριστερά στον 20^ο αιώνα: Ανάπτυξη και σταθεροποίηση*. Αθήνα: Καστανιώτη

Σημίτη, Μ. (2014), *Κράτος και εθελοντικές οργανώσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης*. Αθήνα: Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης

Σπουρδαλάκης, Μ. (2003), *Το κομματικό φαινόμενο: Εξέλιξη και συγκυρία*. Αθήνα: Παπαζήση

Στασινοπούλου, Ο. (2002), *Ζήτημα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής: Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό: Φροντίδα και γήρανση-Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*. Αθήνα: Gutenberg

Στασινοπούλου, Ο. (1990), *Κράτος Πρόνοιας: Ιστορική Εξέλιξη-Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg

Σωτηρόπουλος, Δ. (2004), *Η κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα: ατροφική ή αφανής; Στο Σωτηρόπουλος, Δ. (επιμ.). Η άγνωστη κοινωνία πολιτών*. Αθήνα: Ποταμός

Τσουκαλάς, Κ. (1986), *Κράτος, κοινωνία, εργασία στη μεταπολεμική Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο

Χριστοδουλάκης, Ν. (2015), *Οικονομικές θεωρίες και κρίσεις: Μια κριτική εξιστόρηση*. Αθήνα: Κριτική

Ξενόγλωσση

Alcock, P., Erskine, A. and May, M. (2003), *The student's companion to Social Policy*, 2nd edition. Oxford: Blackwell

Björnberg, A. (2016), *Euro Health Consumer Index 2015 Report*. Marseillan, France: Health Consumer Powerhouse

Economou, C. (2010), *Health Systems in transition: Greece. Health system review, WHO/EURO*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies

Keane, J. (1988), *Civil Society and the State*. London: Verso Press

Lewis, J. (1995), *The Voluntary Sector, the State and social work in Britain: The Charity Organization Society/Family Welfare Association since 1869*. Aldershot: Edward Elgar

Nelson, J. (2007), *The operation of non-governmental organizations (ngos) in a world of corporate and other codes of conduct*. Working Paper 34. : Corporate Social Responsibility Initiative-Harvard University

Rhodes, R. (1996), *The New Governance: Governing without Governance*. Oxford, UK: Political Studies Association, Blackwell

Salamon, L. and Anheier, H. (1997), *Defining the Nonprofit sector: A cross-nation analysis*. Manchester: Manchester University Press

Smith S.R. and Gronbjerg, K. (2006), *Scope and theory of Government-Nonprofit relations in the Nonprofit Sector: A research Handbook*. New Haven: Yale University Press

Sotiropoulos, D. (2014), *Civil Society in Greece in the Wake of the Economic Crisis*. Athens: Konrad Adenauer Foundation Greece and Hellenic Foundation for European and Foreign Policy

Άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά

Αρανίτου, Β., Παπαβλασόπουλος, Ε., Σπουρδαλάκης, Μ. (2011), «Από την Πολυεπίπεδη Διακυβέρνηση στο... Μνημόνιο: Το «Χρονικό» μιας προαναγγελθείσας κρίσης», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134-135, Α'-Β', σελ. 37-50

DiMaggio, P. and Anheier, H. (1990), "The Sociology of Nonprofit Organizations and Sectors", *Annual Review of Sociology*, 16, pp. 137-159

Ferrera, M. (1996), "The Southern Model of Welfare in Social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6/1, pp. 17-37

Jensen, M.N. (2006), "Concepts and conceptions of civil society", *Journal of Civil Society*, 2 (1), pp. 39-56

Jessop, B. (2001), "National Enterprises, National States and Labour Relations after the end of Globalization", *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 25 (2), pp. 439-444

Molyneux, M. (2002), "Gender and the silences of social capital: Lessons from Latin America", *Development and Change*, 33 (2), pp. 167-188

Mossialos, E., Allin, S. and Davaki, K. (2005), "Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia", *Health Economics*, 14, pp. 151-168

Painter, J. and Goodwin, M. (1995), “Local governance and concrete research: Investigating the uneven development of regulation”, *Economy and society*, 24, pp. 334-356

Salamon, L. (1987), “Of Market Failure, Voluntary Failure and Third-Party Government: Toward a Theory of Government – Nonprofit relations in the Modern Welfare State”, *Sage Journals*, 16(1-2), pp. 29-49

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008), “Private health expenditure in the Greek Health Care System: where truth ends and the myth begins”, *Health Policy*, 5/88 (2-3), pp. 282-293

Stromquist, N. (1998), “NGOs in a New Paradigm of Civil Society”, *Current Issues in Comparative Education* 1(1) pp.1-5

Δημοσιεύσεις Διεθνών Οργανισμών

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (20.09.2011), *Αναγνώριση και προώθηση διασυνοριακών εθελοντικών δραστηριοτήτων στην ΕΕ*. Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Ευρωπαϊκό Φόρουμ Νεολαίας (2012), *Ευρωπαϊκή Χάρτα για τα δικαιώματα και τις ευθύνες των εθελοντών*. Ευρωπαϊκό Φόρουμ Νεολαίας

WHO (2002), *NGOs in WHO reform*. Geneva: WHO

World Federation of Public Health Organizations (1978), *Non-Governmental Organizations and Primary Health Care*. Geneva: Institute of Social and Preventive Medicine



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΕΚΠΑ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr