

Οι τυπολογίες των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας, Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας των Χωρών της ΕΕ-15 και Ανάλυση Δημοσίων Πολιτικών (ο ρόλος των Δρώντων και ο ρόλος του Πλαισίου)

Ευάγγελος Β. Τσακνάκης

Φοιτητική Εργασία (ΠΥΣ611, ΑΠΚΥ)
Αθήνα, 11-2013

Περιεχόμενα:

Εισαγωγή

1. Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας

1.1. Τυπολογία

1.2. Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας των χωρών ΕΕ-15

2. Ανάλυση Δημοσίων Πολιτικών

2.1 Ο ρόλος των Δρώντων

2.2 Ο ρόλος του Πλαισίου

Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Εισαγωγή

Οι τυπολογίες των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας προάγουν την επιστημονική έρευνα στον τομέα της σύγκρισης και της παραγωγής. Στην παρούσα μελέτη σχολιάζονται οι ποικίλες τυπολογίες των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας και σ' ένα πίνακα τοποθετούνται οι χώρες της ΕΕ-15 με τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Στη συνέχεια, αναλύεται ο ρόλος των «δρώντων» (ομάδες συμφερόντων, συνδικάτα, άτομα, πολιτικοί, ΜΜΕ) στο ελληνικό σύστημα Κοινωνικής Προστασίας το οποίο ο Ferrera (1996) ενέταξε στα χαρακτηριστικά του Νότιου Μοντέλου. Έπειτα, σκιαγραφείται ο ρόλος του «πλαισίου» στην ελληνική πραγματικότητα, ο οποίος μπορεί να ερμηνευτεί με τη θεωρία του ιστορικού θεσμιισμού.

1. Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας

1.1. Τυπολογία

Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, τα τελευταία χρόνια, ταξινομήθηκαν βάσει τεσσάρων κριτηρίων τα οποία συνοψίζονται: α) στη μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης (επιλεκτική ή καθολική), β) στην οργάνωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, η οποία σχετίζεται με τη νομική μορφή (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου ή Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού

Δικαίου) και το φάσμα των παροχών του φορέα, γ) στην ποιότητα των παροχών και δ) στη χρηματοδότηση (εισφορές ή φορολογία). Η τυπολογία των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής, όπως παραδόθηκε σήμερα, είναι αποτέλεσμα ιστορικών μελετών του Titmuss (1974), του Esping-Andersen (1990) και του Ferrera (1996). Ο Titmuss διέκρινε τρία μοντέλα κράτους πρόνοιας: α) το *Υπολειμματικό Μοντέλο*, στο οποίο σε ένα σύστημα ελεύθερης αγοράς το κράτος πρόνοιας ασκεί υποβοηθητικό ρόλο για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, β) το *Βιομηχανικό Μοντέλο*, στο οποίο επιλέγονται οι κοινωνικές παροχές βάσει της ασφάλισης της εργασίας και μόνο οι ασφαλισμένοι απολαμβάνουν τις παροχές και γ) το *Θεσμικό-Αναδιανεμητικό Μοντέλο*, στο οποίο ο ρόλος του κράτους είναι καθοριστικός και το σύνολο του πληθυσμού απολαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών.¹ Κατά τον Esping-Andersen, ο οποίος μελέτησε τη σχέση μεταξύ του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και το βαθμό από-εμπορευματοποίησης της κοινωνικής πολιτικής, διακρίνονται τρεις περιπτώσεις «προνοιακών καθεστώτων»: α) το *Φιλελεύθερο Καθεστώς* (ή *Αγγλοσαξονικό Πρότυπο*), όπου ο ρόλος του κράτους είναι συμπληρωματικός με την αγορά, β) το *Συντηρητικό Καθεστώς* (ή *Ηπειρωτικό Πρότυπο*), όπου οι κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρονται από το κράτος αναλόγως με τη θέση των πολιτών στην εργασία και την κοινωνία και γ) το *Σοσιαλδημοκρατικό Καθεστώς* (ή *Σκανδιναβικό Πρότυπο*), όπου το κράτος παρέχει καθολική κάλυψη, καθώς η πρόσβαση στην κοινωνική παροχή θεωρείται δικαίωμα για όλους τους πολίτες. Στη συνέχεια, ο Ferrera συμπεριέλαβε τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, καθώς διαπίστωσε ότι τα προαναφερόμενα μοντέλα δεν αναφέρονται σ' αυτές. Το *Νότιο Μοντέλο* του Ferrera περιλαμβάνει τις χώρες (βλ. πίνακα 1) που μόνο τις τελευταίες δεκαετίες απολαμβάνουν δημοκρατικά καθεστώτα. Είναι δε μικτό καθώς περιλαμβάνει χαρακτηριστικά του Μοντέλου Bismarck (τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης, αυτοδιοικούμενα ταμεία ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές, εξωνοσοκομειακή δραστηριότητα των ιατρών) και του Μοντέλου Beveridge (αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, κύρια πηγή χρηματοδότησης ο κρατικός προϋπολογισμός, καθολική κάλυψη του πληθυσμού).²

Στη συνέχεια της μελέτης μας, με τη μορφή ενός πίνακα, παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και τοποθετούνται αντίστοιχα οι δεκαπέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ-15).³

¹ Υφαντόπουλος (2009), σ.σ. 73-5.

² Υφαντόπουλος (2009), σ.σ.76- 80. Βλ., επίσης, Ferrera (1999), σ.σ. 33-65. Επιπλέον, για το Μοντέλο Bismarck βλ. Υφαντόπουλος (2006), σ.σ. 88-99. Για το Μοντέλο Beveridge βλ. Υφαντόπουλος, Πολυγένη & Τακουμάκης (2005), σ.σ. 73-96.

³ Η τοποθέτηση των χωρών στον πίνακα μαζί με τα βασικά τους χαρακτηριστικά βασίζεται στη μελέτη του Γ. Υφαντόπουλου. Βλ.

1.2 Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας των χωρών ΕΕ-15

| Πίνακας 1-Ομαδοποίηση των χωρών της ΕΕ-15 σε διακριτά συστήματα κοινωνικής προστασίας και βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων αυτών | | |
|--|--|---|
| Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας | Χώρα | Βασικά Χαρακτηριστικά |
| Σοσιαλδημοκρατικό | Δανία, Σουηδία, Φιλανδία, Ολλανδία | Κυριαρχεί η αρχή της πλήρους από-εμπορευματοποίησης των αγαθών και οι παροχές επεκτείνονται και στα μεσαία στρώματα. Η δε κάλυψη είναι καθολική χωρίς διακρίσεις. Πρωτεύεται η κοινωνική ισότητα, ενώ ο κεντρικός ρόλος του κράτους είναι αναδιανεμητικός. Στόχος της κοινωνικής πολιτικής είναι η επίτευξη πλήρους απασχόλησης και η ισότητα μεταξύ των πολιτών. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι οι βασικοί φορείς σχεδιασμού, χρηματοδότησης και παροχής προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες. Η δε χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας προέρχονται είτε από την Κεντρική Διοίκηση είτε από τα έσοδα των ΟΤΑ. |
| Συντηρητικό-Κορπορατιστικό | Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο, Αυστρία, Λουξεμβούργο. | Το δικαίωμα στην ασφάλιση και στις παροχές σχετίζεται με την απασχόληση του ατόμου. Το κράτος υποκαθιστά την αγορά στην παροχή υπηρεσιών και η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη. Αναδεικνύεται η σημαντικότητα του θεσμού της οικογένειας, καθώς στην περίπτωση που δεν καλυφθούν οι ανάγκες από το οικογενειακό δίκτυο αναζητούνται κοινωνικές υπηρεσίες από την Τοπική Κοινότητα, τις εθελοντικές οργανώσεις και την Κεντρική Διοίκηση. Πρωτεύεται ο κοινωνικός διάλογος μεταξύ των κοινωνικών εταίρων και εδραιώνονται ταξικές διαφορές δημιουργώντας ομάδες προνομιούχων (συνδικάτα, ομάδες πίεσης) και διχάζοντας το συνδικαλιστικό κίνημα. Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις αποτελούν τους κύριους φορείς παροχής Προσωπικών Κοινωνικών Υπηρεσιών. |
| Φιλελεύθερο | Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία. | Πραγματοποιείται έλεγχος του εισοδήματος για την παροχή κοινωνικής προστασίας. Κυριαρχούν οι ιδιωτικές ασφάλειες και ενισχύεται ο ιδιωτικός τομέας, καθώς επιχορηγείται η ιδιωτική πρωτοβουλία. Καθορίζονται εξ αρχής οι αποδέκτες των κοινωνικών παροχών βάσει τις ανάγκες τους, ενώ το ύψος των κρατικών παροχών είναι χαμηλό. Διαφοροποιούνται οι φτωχοί με τους πλούσιους και τα φαινόμενα της φτώχειας και κοινωνικών ανισοτήτων είναι έντονα. |
| Νοτιοευρωπαϊκό | Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία | Υψηλός βαθμός μεταβιβαστικών πληρωμών – συντάξεων. Απουσιάζει η εθνική πολιτική ελάχιστου εισοδήματος. Ο καταμερισμός της κοινωνικής προστασίας απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους είναι ανισομερής. Όπως ανισομερής είναι και ο καταμερισμός του φορολογικού βάρους μεταξύ των πολιτών. Χαμηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών. Χρηματοδότηση του τομέα της υγείας κυρίως από τη φορολογία. Η λειτουργία του κράτους διέπεται από έντονα πελατειακά χαρακτηριστικά. Σημαντικός ο ρόλος του εθελοντικού τομέα της Εκκλησίας στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας και της οικογένειας. |

Υφαντόπουλος (2009), σ.σ. 76-82. Βλ., επίσης, (Ηλεκτρονικές Πηγές) Δαφέρμος & Παπαθεοδώρου (2011).

2. Ανάλυση Δημοσίων Πολιτικών

Για την ανάλυση των πολιτικής υγείας στην Ελλάδα θα λάβουμε υπ' όψιν μας το παρακάτω σχήμα (εικ. 1). Οι «δρώντες (actors)» διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, η οποία υποδηλώνεται στο παρακάτω σχήμα (εικ.1) ως το «περιεχόμενο (content)». Η πολιτική «διαδικασία (process)», η οποία σχετίζεται με τις διαδικασίες και τη σχεδίαση της πολιτικής, μαζί με το «περιεχόμενο (content)» και τους «δρώντες (actors)» αποτελούν το «πλαίσιο (content)».

2.1 Ο ρόλος των Δρώντων

Κατά τον Le Grand (2007), ο σχεδιασμός της δημόσιας πολιτικής είναι άρρηκτα συνυφασμένος με την αντίληψη ότι οι σχεδιαστές της πολιτικής και εκείνοι που απολαμβάνουν τις παροχές καθοδηγούνται από συγκεκριμένα κίνητρα (εσωτερικές επιθυμίες που υποκινούν ενέργειες), διαθέτουν συγκεκριμένες δυνατότητες (δράσεις που υποστηρίζουν αυτές τις ενέργειες) και συμπεριφέρονται με συγκεκριμένους τρόπους.⁴ Έτσι, εάν οι σχεδιαστές ενός συστήματος πολιτικής υγείας θεωρήσουν ότι όλοι οι άνθρωποι υποκινούνται από τα προσωπικά τους συμφέροντα, είναι δηλαδή «κατεργάρηδες» κατά τον Le Grand, θα οδηγηθούν σε ένα διαφορετικό σύστημα από εκείνο που θα οδηγηθούν οι σχεδιαστές της πολιτικής υγείας, οι οποίοι θεωρούν ότι οι άνθρωποι διακατέχονται από αλτρουιστικά κίνητρα («ιππότες» κατά τον Le Grand). Αντίστοιχα, οι σχεδιαστές θα λειτουργήσουν διαφορετικά εάν θεωρήσουν τους δημόσιους υπαλλήλους και όσους απολαμβάνουν τα οφέλη από τις δημόσιες υπηρεσίες ως παθητικά θύματα των περιστάσεων (πιόνια), από εκείνους που θα τους θεωρήσουν «βασιλίσσες» (οι ισχυρότεροι της σκακιέρας του Le Grand), δηλαδή ως άτομα που δρουν ενεργητικά.⁵ Οι χαρακτηρισμοί «κατεργάρηδες» και «βασιλίσσες» αποτελούν στοιχεία ενός ακραίου φιλελεύθερου συστήματος, ενώ οι χαρακτηρισμοί «ιππότες» και «πιόνια» αποτελούν στοιχεία ενός ακραίου σοσιαλδημοκρατικού συστήματος.⁶

Στο μικτό ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο αποτελείται από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω (πίνακας 1) και δεν προσδιορίζεται βεβαίως ως ακραίο φιλελεύθερο ή ακραίο σοσιαλδημοκρατικό, οι δρώντες που συμβάλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του ελληνικού συστήματος υγείας, φαίνεται να αντιμετωπίζονται είτε ως «πιόνια» είτε ως «βασιλίσσες» από τους σχεδιαστές της πολιτικής. Η δε υποχρεωτική ασφάλιση, για παράδειγμα, όλων των εργαζομένων σε δημόσιους φορείς ασφάλισης, θα

⁴ Le Grand (2007), σ. 27.

⁵ Le Grand (2007), σ. 28.

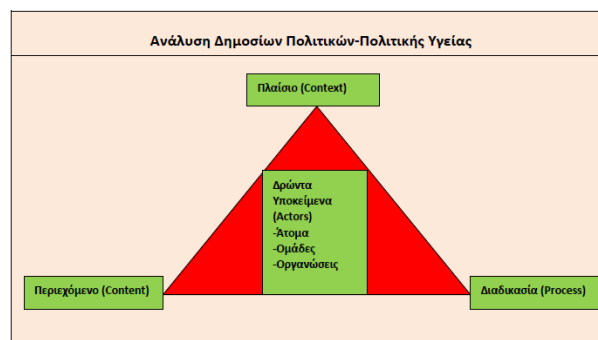
⁶ Le Grand (2007), σ.σ. 60-3.

μπορούσαμε να πούμε πως αποτελεί στοιχείο «πιονίων» στην πολιτική σκακιέρα του Le Grand, διότι οι εργαζόμενοι στερούνται την επιλογή ιδιωτικής ή δημόσιας ή καμιάς ασφάλισης. Ακόμη, βάσει των παραδειγμάτων που ακολουθούν, οι σχεδιαστές της πολιτικής υγείας δεν έλαβαν υπ' όψιν τους τις επιθυμίες ή τις προτάσεις των δρώντων ώστε να προβούν στις μεταρρυθμίσεις του 1983 και του 2000. Οι δρώντες, αρχικά, αντιμετώπιστηκαν ως «πιόνια», ενώ όταν οι δρώντες εναντιώθηκαν στην επιβολή των μεταρρυθμίσεων αντιμετώπιστηκαν ως «βασίλισσες» με αποτέλεσμα την αποτυχία εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων.

Οι ομάδες συμφερόντων που εναντιώνονται στις μεταρρυθμίσεις καθιστούν το περιβάλλον της πολιτικής υγείας περισσότερο πολύπλοκο. Δύο σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα, οι οποίες δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν λόγω της αντίδρασης των ομάδων συμφερόντων (1983-1984 και 2000-2002, αν και η πρώτη εφαρμόστηκε μόνο εν μέρη),⁷ αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα του ρόλου των δρώντων στην Ελλάδα. Τα συμφέροντα των ιατρών θίχτηκαν, καθώς οι μεταρρυθμίσεις του 1983 συμπεριελάμβαναν την απαγόρευση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος σε ιδιωτικό επίπεδο. Τα αυτόνομα ασφαλιστικά ταμεία αντέδρασαν, όπως και συνδικάτα που εκπροσωπούσαν επαγγελματικές ομάδες που απολάμβαναν ενισχυμένα προνόμια υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. ΔΕΗ, Τράπεζες, Τηλεπικοινωνίες κ.ά.). Εν ολίγοις, σε ορισμένες ομάδες συνέφερε εκείνο το υφιστάμενο κατακερματισμένο σύστημα, με αποτέλεσμα την μη ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη συνεχή αύξηση των ιδιωτικών εξόδων για την υγειονομική περίθαλψη. Μετά το 1993 οι γιατροί αντιστάθηκαν ξανά στην αλλαγή διαχείρισης του συστήματος των δημόσιων νοσοκομείων επικαλούμενοι την απειλή της μονιμότητάς τους και την εγκαθίδρυση νεοφιλελεύθερων πολιτικών.⁸

Η μεταρρύθμιση του 2000, μεταξύ άλλων, περιλάμβανε και πρόταση για τη δημιουργία ενός φορέα ελέγχου ποιότητας που θα συγκέντρωνε στοιχεία αναφορικά με την απόδοση των ιατρών και των νοσοκομείων, ενώ εξ αρχής διακρινόταν από σαφήνεια των μεταρρυθμίσεων. Τελικά, προκλήθηκε η έντονη αντίδραση των άμεσα εμπλεκόμενων ομάδων συμφερόντων (γιατροί του ΙΚΑ, νοσοκομειακοί και ιδιώτες γιατροί, δημόσιοι υπάλληλοι νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), καθώς θεωρήθηκε ότι απειλήθηκαν τα προνόμιά τους. Οι γιατροί, οι οποίοι εναντιώθηκαν στην υποχρεωτική επιλογή μεταξύ ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής και του ΕΣΥ (Εθνικού Συστήματος Υγείας) εναντιώθηκαν ακόμη και στην απόφαση του Αρείου Πάγου που δεν ικανοποιούσε τα συμφέροντά τους, έχοντας στο πλευρό

τους τα ΜΜΕ (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης).⁹ Αναδεικνύεται δε και ο ρόλος των ΜΜΕ, ως κατηγορία δρώντων, ο οποίος, σ' αυτήν την περίπτωση ενίσχυσε τα αιτήματα και τη σύγκρουση των δρώντων ομάδων συμφερόντων με τους πολιτικούς.¹⁰ Οι γιατροί, ως «βασίλισσες», δέχτηκαν την αντιπρόταση της κυβέρνησης να χρησιμοποιούν αποκλειστικά το νέο τότε νοσοκομείο «Αττικό» στο Χαϊδάρι, μόνο αφού αντικαταστάθηκε ο υπουργός υγείας από έναν πρώην καθηγητή ιατρικής¹¹, ενώ παρέμεινε ελεύθερη η επιλογή τους να ασκούν το επάγγελμά τους τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα.¹²



Εικόνα 1: Ανάλυση Δημοσίων Πολιτικών -Πολιτικής Υγείας

2.2 Ο ρόλος του Πλαισίου

Ο ρόλος του «πλαίσιου» στο ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να ερμηνευτεί με βάση τον ιστορικό θεσμισμό. Στο ελληνικό πλαίσιο του κορπορατισμού οι θεσμοθετημένες ομάδες συμφερόντων δρουν ενεργητικά στη λήψη πολιτικών αποφάσεων. Εξάλλου, ένας μεγάλος αριθμός μελετητών ερευνούν διαχρονικά το ρόλο και την επίδραση των ομάδων συμφερόντων και των συνδικαλιστικών οργανώσεων σε επιμέρους τομείς της πολιτικής. Ο κορπορατισμός στην Ελλάδα, ο οποίος χαρακτηρίζεται από τον ισχυρό έλεγχο του κράτους πάνω στα οργανωμένα συμφέροντα προκαλεί μια αμφίδρομη και δυναμική σχέση μεταξύ κράτους και οργανώσεων με αποτέλεσμα της εξυπηρέτηση προσωπικών και κομματικών συμφερόντων.¹³

Από το πλαίσιο του νεο-θεσμισμού, στον οποίο περιλαμβάνονται ο ορθολογικός, ο κοινωνιολογικός και ο ιστορικός θεσμισμός προκύπτει η δυναμική των τυπικών και άτυπων κανόνων, όπως καθιερώθηκαν είτε

⁷ Μόσιαλος & Allin (2007), σ. 302.

⁸ Μόσιαλος & Allin (2007), σ.σ. 307-9.

⁹ Μόσιαλος & Allin (2007), σ.σ. 304, 315-7, 322.

¹⁰ Για το ρόλο των ΜΜΕ ως κατηγορία δρώντων, βλ. Muller & Surel (2002), σ.σ. 136-8.

¹¹ Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται ο ρόλος των εκπροσώπων των ομάδων συμφερόντων. Στην προκειμένη περίπτωση ένας υπουργός υγείας, ιατρός στο επάγγελμα, αποτελεί έναν από τους δρώντες των πολιτικών του Κράτους, ο οποίος στάθηκε ικανός, μάλλον λόγω του επαγγέλματός του, να πείσει και να συμβιβάσει την ομάδα συμφερόντων των ιατρών. Σχετικά με το ρόλο των δρώντων των πολιτικών του Κράτους βλ. Muller & Surel (2002), σ.σ. 145-9.

¹² Μόσιαλος & Allin (2007), σ.σ. 322-3.

¹³ Λαδή & Νταλάκου (2010), σ.σ. 62-4.

βάσει των προτιμήσεων και των υπολογισμών των φορέων είτε με βάση το κοινωνιολογικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν οι οργανώσεις, καθώς και όπως οι θεσμοί μελετήθηκαν βάσει της χρονικής στιγμής εμφάνισής τους και των αργών αλλά και δύσκολων μεταβολών που ενδέχεται να υποστούν στο χρόνο.¹⁴ Η σημερινή ελληνική οικονομική κρίση ενδέχεται να αλλοιώσει ή και να μεταβάλει σημαντικά το ρόλο των θεσμών (τυπικών και άτυπων κανόνων) με αποτέλεσμα τη ριζική μεταβολή του πλαισίου.

Η θεωρία της πολιτισμικής προσέγγισης του ιστορικού θεσμισμού καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι θεσμοί παρέχουν πληροφορίες που επηρεάζουν τις ταυτότητες, την εικόνα περί εαυτού και τις προτιμήσεις των δρώντων. Ακόμη, η θεωρία της υπολογιστικής προσέγγισης του ιστορικού θεσμισμού εξηγεί τη διατήρηση των θεσμών διότι τα άτομα –ειδικά εκείνα που κατέχουν εξουσία– υπολογίζουν ότι τυχόν απόκλιση από την τροχιά θα επιφέρει ζημία.¹⁵ Όταν οι υφιστάμενοι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τα ευρύτερα χαρακτηριστικά της οικονομίας και όταν οι θεσμοί ωφελούν σημαντικές ομάδες οργανωμένων συμφερόντων, όπως στα προαναφερθέντα παραδείγματα, αυξάνονται οι πιθανότητες αντίστασης των ομάδων και της μη επιτυχούς μεταρρύθμισης. Τα θεσμικά πλαίσια από τη στιγμή που αποφασίζονται είναι αρκετά δύσκαμπτα και η εγκατάσταση ενός νέου θεσμού κρίνεται εφικτή από τους ισχυρούς παίκτες μόνο στην περίπτωση που θα πειστούν ότι θα δημιουργήσει μεγαλύτερα οφέλη.¹⁶ Έτσι συνέβη στο προαναφερθέν παράδειγμα με το συμβιβασμό των ιατρών στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων του 2000, όταν ανέλαβε καθήκοντα υπουργού υγείας ένας ιατρός, αφού θεωρήθηκε πως έτσι θα εξυπηρετηθούν τα συμφέροντα των ιατρών, αν και τελικά οι μεταρρυθμίσεις δεν πραγματοποιήθηκαν.

Συμπεράσματα

Οι μελετητές της πολιτικής επιχείρησαν την ταξινόμηση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας βάσει ειδικών κριτηρίων που αναπτύχθηκαν στην παρούσα εργασία και αποτελούν εργαλεία στην κατανόηση της πολιτικής υγείας σε κάθε χώρα. Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από το *Νότιο Μοντέλο* του Ferrera, ενώ φέρει και χαρακτηριστικά του Μοντέλου Bismarck και του Μοντέλου Beveridge.

Ο ρόλος των «δρώντων» (ομάδες συμφερόντων, άτομα, πολιτικοί, συνδικάτα, ΜΜΕ) στην Ελλάδα είναι ισχυρός, όπως αποδείχθηκε στις μεταρρυθμίσεις του 1983 και του 2000, καθώς οι δρώντες, σε ορισμένες

περιπτώσεις, υπολογίστηκαν στη σκακιέρα του Le Grand ως «πιόνια» αλλά αντιμετωπίστηκαν κυρίως ως «βασίλισσες». Ο δε ρόλος και η διαμόρφωση του «πλαισίου», το οποίο αποτελεί το περιβάλλον των δρώντων, ερμηνεύεται βάσει της θεωρίας του ιστορικού θεσμισμού.

Μελλοντικές μελέτες, πιθανόν, να είναι σε θέση να αναλύσουν με σαφήνεια εάν η σημερινή οικονομική κρίση, λόγω της οποίας –μεταξύ άλλων– ενοποιήθηκαν τα ασφαλιστικά ταμεία στον ενιαίο ΕΟΠΥΥ, κλείνουν ή αναδιαρθρώνονται δημόσιοι φορείς υγείας και απολύονται ή μετακινούνται δημόσιοι υπάλληλοι, σταθεί ικανή ή η κυρίαρχη αιτία να μεταβληθεί η υπόσταση του ελληνικού πλαισίου και κατά συνέπεια του ρόλου του και του ρόλου των δρώντων στο πεδίο της πολιτικής υγείας.

Βιβλιογραφία

Ferrera, M. 1999. Η Ανασυγκρότηση του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη. Στο *Προοπτικές του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη*. Επιμ. Ματσαγγάνης, Μ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.σ. 33-65.

Le Grand, J. 2007. *Κίνητρα, Δράσεις και Δημόσια Πολιτική. «Ιππότες» και «Κατεργάρηδες», «Πιόνια» και «Βασίλισσες»*. Επιμ. Πελαγίδης, Θ. & Παρασκευόπουλος, Χ. Μτφρ. Νέζης, Γ. Αθήνα: Παπαζήση.

Muller, P. & Surel, Y. 2002. *Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους*. Επιμ. Ψύλλα, Μ. Μτφρ. Παπαδοπούλου, Δ. & Ψύλλα, Μ. Αθήνα: Τυπωθύτω –Γιώργος Δαρδάνος.

Λαδής, Σ. & Νταλάκου, Β. 2010. *Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Μόσιαλος, Η. & Allin, S. 2007. Ομάδες Συμφερόντων και η Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Στο *Πολιτική στην Ελλάδα. Η Πρόκληση του Εκσυγχρονισμού*. Επιμ. Περιστέρη, Ά. Μτφρ. Νιάρχος, Γ. Αθήνα: Οκτώ, σ.σ. 301-335.

Νικολέντζος, Α. 2008. *Η Επιρροή των Ιατρών στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: 1983-2001*. (Διδακτορική Διατριβή στο Πανεπιστήμιο του Λονδίνου). Αθήνα: Focus on Health E.Π.Ε.

Υφαντόπουλος, Γ. & Μπαλούρδος, Κ. – Νικολόπουλος, Κ. 2009. *Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας*. Αθήνα: Gutenberg.

Υφαντόπουλος, Γ. 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθύτω – Γιώργος Δαρδάνος.

Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ. Τακουμάκης Ι. (2005) Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Στο *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, σ.σ. 73-96.

Ηλεκτρονικές Πηγές

Δαφέρμος, Γ. & Παπαθεοδώρου, Χ. 2011. *Το Παράδοξο της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια;* Στο *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ*. <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/policy-brief1.pdf> Ημερομηνία προσπέλασης: 4.11.2013.

¹⁴ Λαδής & Νταλάκου (2010), σ.σ. 64-8.

¹⁵ Νικολέντζος (2008), σ.σ. 41-2.

¹⁶ Μόσιαλος & Allin (2007), σ. 303.