



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Τρουπής Παναγιώτης

«Κράτος Πρόνοιας, Δαπάνες Υγείας και Ανθρώπινο Κεφάλαιο»

Επιβλέπων:
Καθηγητής Παπαηλίας Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς
2012



**UNIVERSITY OF
PIRE AUS**

POSTGRADUATE STUDIES IN

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRE AUS

Troupis Panagiotis

Welfare State, Health Expenditures and Human Capital

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Piraeus
2012

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της εργασίας αυτής, και ιδιαίτερα τον καθηγητή κ. Παπαηλία Θεόδωρο για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με αυτό το ενδιαφέρον θέμα, καθώς και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όλη αυτή τη περίοδο.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την κατανόηση και την υπομονή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Περίληψη

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι από τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας, καθώς και από την κρίση που αυτό περνάει τα τελευταία χρόνια, οι δαπάνες Υγείας έχουν αυξηθεί παγκοσμίως. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σχετίζονται με το επίπεδο του εισοδήματος και την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Αλλά ένα θεωρητικά βέλτιστο επίπεδο της δαπάνης για την υγεία και ο βέλτιστος ρυθμός ανάπτυξης σπάνια διερευνώνται. Αυτή η μελέτη υποθέτει ότι οι δαπάνες για την υγεία είναι μια ακαθάριστη επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και ακολουθεί τα συνήθη χαρακτηριστικά των επενδύσεων σύμφωνα με το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης του Solow. Με βάση λοιπόν το μοντέλο του Solow, αναπτύχθηκε ένα θεωρητικό μοντέλο για να διερευνηθεί ο ρόλος του κεφαλαίου της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη. Το μοντέλο δείχνει ότι η σύγκλιση είναι παρούσα μεταξύ των φτωχότερων και των πλουσιότερων χωρών όσον αφορά το φυσικό αλλά και το κεφάλαιο υγείας.

Στην εμπειρική ανάλυση, αυτή η εργασία υπολογίζει πρώτα το βέλτιστο επίπεδο προϊόντος σταθερής κατάστασης (steady state) με βάση τη μέθοδο των Mankiw, Romer και Weil (1992). Δεύτερον, προβλέπονται τα βέλτιστα ποσά των κρατικών δαπανών για την υγεία υποθέτοντας ότι η σταθερή κατάσταση, δηλαδή το steady state ικανοποιεί αυτομάτως το χρυσό κανόνα κατανάλωσης.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι περισσότερες από τις υπό μελέτη 15 χώρες του ΟΟΣΑ έχουν υπερβολικές δαπάνες υγείας για τις περίπου δύο τελευταίες δεκαετίες. Μερικές από τις χώρες που εμφανίζουν φθίνουσα τάση από υπερβολικές δαπάνες και τελικά προσεγγίζουν το βέλτιστο επίπεδο. Αλλά μερικές από αυτές δεν δείχνουν μια τάση περιορισμού του κόστους για τον έλεγχο των δαπανών για την υγεία.

Abstract

It is an undeniable fact that due to the operation of the welfare state and the crisis that it passes over the past few years, health expenditures have increased worldwide.

Studies have shown that increase in health care expenditure is related to the income level and economic growth of a country. But a theoretically optimal level of health expense and an optimal growth rate are rarely investigated. This paper assumes that health expenditure is a gross investment in human capital and follows the usual characteristics of investment in the Solow growth model. Based on Solow, a theoretical model is developed to discuss the role of health capital in economic growth. The model shows that convergence is present between poorer and wealthier countries when both physical and health capitals are considered. In the empirical analyses, this paper first estimates the optimal steady state product level based on the method of Mankiw, Romer and Weil (1992). Secondly, the optimal steady state health expenditure amounts are projected assuming that the steady state situation automatically achieves the Golden Rule consumption maximization result driven by the free market force.

The results show that most of the studied 15 OECD countries have excessive health expenditure for approximately the past two decades. Some of the countries show a decreasing pattern of overspending and finally reach the optimal level. But a few of them do not show a format of cost containment for controlling health expenditure

Keywords: Welfare state, human capital, health expenditures

Περιεχόμενα

<i>Εισαγωγή</i>	1
Κεφάλαιο 1: Το Κράτος Πρόνοιας	5
1.1 Ορισμός Κράτους Πρόνοιας.....	6
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	7
1.3 Κριτήρια Κατάταξης Κρατών.....	14
1.4 Μοντέλα.....	15
1.4.1 Φιλελεύθερο ή Αγγλοσαξονικό.....	18
1.4.2 Συντηρητικό - Κορπορατιστικό (ή Ηπειρωτικό).....	19
1.4.3 Σοσιαλδημοκρατικό ή Σκανδιναβικό.....	21
1.4.4 Λοιπά μοντέλα κρατών πρόνοιας.....	23
1.4.5 Νότιο Ευρωπαϊκό.....	24
1.5 Παρουσίαση στοιχείων Νότιο-Ευρωπαϊκών χωρών	30
1.5.1 Ελλάδα.....	30
1.5.2 Ισπανία.....	33
1.5.3 Ιταλία.....	36
1.5.4 Πορτογαλία.....	39
1.6 Στατιστικά Στοιχεία.....	40
1.7 Ομοιότητες - Διαφορές.....	48
Κεφάλαιο 2: Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ	52
2.1 Δαπάνες Υγείας	52
2.2 Ύψος και μεταβολή των Δαπανών Υγείας.....	52
2.3 Κατανομή Δαπανών Υγείας.....	55
2.4 Παράγοντες αύξησης δαπανών υγείας.....	57
2.5 Χρηματοδότηση Υγείας.....	59
2.5.1 Χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία.....	60
2.5.2 Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση	62
2.5.3 Χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.....	63
2.5.4 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	63
2.6 Δαπάνες και χρηματοδότηση στην Ελλάδα του 2012	70
2.6.1 Η υφιστάμενη κατάσταση των δαπανών Υγείας	76
2.6.2 Η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ.....	81
Κεφάλαιο 3: Η Θεωρία και το Μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου	86
3.1 Θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου.....	86

3.1.1	Επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο	87
3.1.2	Η θεωρία ανθρώπινου κεφαλαίου	88
3.2	Το Μοντέλο του ανθρώπινου κεφαλαίου (The Human Capital Model).....	91
3.3	Βασικές Υποθέσεις της Θεωρίας Ανθρώπινου Κεφαλαίου	92
3.3.1	Μεταβλητές	93
3.4	Κριτική στη θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου	93
3.5	Ανθρώπινο κεφάλαιο και υγεία	94
Κεφάλαιο 4: Δαπάνες Υγείας και Επένδυση σε ανθρώπινο Κεφάλαιο στις χώρες του ΟΟΣΑ.....		98
4.1	Σκοπός μελέτης	98
4.1.1	Εισαγωγή.....	98
4.1.2	Το Μοντέλο	99
4.1.3	Ο χρυσός κανόνας της συσσώρευσης κεφαλαίου	102
4.1.4	Εμπειρική Μελέτη	104
4.1.5	Δαπάνες Υγείας	106
4.2	Συμπεράσματα εμπειρικής μελέτης	112
Κεφάλαιο 5: Γενικά συμπεράσματα.....		114
Παράρτημα.....		118
Βιβλιογραφία.....		124

Λίστα Πινάκων

Σελ.

Πίνακας 1.1: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές αγοράς (PPS,EU-27 = 100, 2002 - 2011).	41
Πίνακας 1.2: Public and private social expenditure in percentage of GDP (2007)	41
Πίνακας 1.3: Ιδιωτικές υποχρεωτικές και εθελοντικές κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (2007)(2003)	42
Πίνακας 1.4: Συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2002-2009)	44
Πίνακας 1.5: Κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)	45
Πίνακας 1.6: Κοινωνικές δαπάνες για τους ανέργους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)	45
Πίνακας 1.7: Κοινωνικές δαπάνες για τα παιδιά και την οικογένεια ως ποσοστό των συνολικών παροχών(2002-2009)	46
Πίνακας 1.8: Κοινωνικές δαπάνες για τους ΑμΕΑ ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)	46
Πίνακας 1.9: Κοινωνικές δαπάνες για την στέγαση ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)	47
Πίνακας 1.10: Λοιπές Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)	47
Πίνακας 1.11: Συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ (2002-2009)	48
Πίνακας 2.1 : Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ - %ΑΕΠ	53
Πίνακας 2.2: Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω γενικής φορολογίας	61
Πίνακας 2.3 : Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω ιδιωτικής ασφάλισης	63
Πίνακας 2.4: Προσδόκιμο επιβίωσης (ΠΕ) στη γέννηση και στην ηλικία των 65 ετών κατά φύλο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2008	72
Πίνακας 2.5: Έτη υγιούς επιβίωσης (EYE)στην γέννηση και στην ηλικία των 65 ετών ανά φύλο για τις χώρες τις ΕΕ 2008	73
Πίνακας 2.6: Σταθμισμένα ποσοστά ατόμων (%) χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων ανά φύλο και γεωγραφική περιοχή Ελλάδας 2009	75
Πίνακας 2.7: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) δαπανών υγείας και ΑΕΠ (1980-2007)	77
Πίνακας 2.8: Δαπάνες ΙΚΑ κατά κατηγορία (Ευρώ σε σταθερές τιμές 2010)	78

<i>Πίνακας 2.9: Εξέλιξη ετήσιων Δαπανών ΙΚΑ για παροχή υγείας (1999-2010)</i>	79
---	-----------

<i>Πίνακας 4.1: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης</i>	108
--	------------

Λίστα Διαγραμμάτων

	Σελ.
<i>Διάγραμμα 1.3: Ρυθμός μεταβολής κοινωνικών δαπανών (1980-2003)</i>	43
<i>Διάγραμμα 2.1: Συνολική Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	54
<i>Διάγραμμα 2.2: Συνολική Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	55
<i>Διάγραμμα 4.1: Σχέση μεταξύ πραγματικών δημοσίων δαπανών ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας και προβλεπόμενης βέλτιστης τιμής.</i>	110
<i>Διάγραμμα 4.2: Σχέση μεταξύ πραγματικού ύψους δημόσιας δαπάνης σε σχέση με το ΑΕΠ και πρόβλεψη αυτής</i>	111
<i>Διάγραμμα 4.3: Ποσοστό ασφαλισμένων και μερίδιο δημοσίων δαπανών για την υγεία</i>	111

Λίστα Σχημάτων

	Σελ.
<i>Σχήμα 2.1: Πηγές χρηματοδότησης Συστημάτων Υγείας</i>	60
<i>Σχήμα 2.2: προαιρετικό μοντέλο άμεσης πληρωμής</i>	65
<i>Σχήμα 2.3 : Μοντέλο προαιρετικού Συμβολαίου</i>	66
<i>Σχήμα 2.4 : Προαιρετικό μοντέλο Έμμεσης πληρωμής με αποζημίωση</i>	67
<i>Σχήμα 2.5 : Πλήρως προαιρετικό μοντέλο</i>	67
<i>Σχήμα 2.6: Μοντέλο με δημόσιο συμβόλαιο</i>	68
<i>Σχήμα 2.7 : Πλήρως δημόσιο μοντέλο</i>	69
<i>Σχήμα 2.8 : Δημόσιο μοντέλο – Έμμεση πληρωμή με αποζημίωση</i>	69
<i>Σχήμα 3.1 : Το Μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου</i>	92

Εισαγωγή

Η μεγέθυνση των Δαπανών Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι ένα φαινόμενο που αποτελεί συνεχώς αντικείμενο σχολίων και συζητήσεων μεταξύ πολιτικών, διοικητικών και ακαδημαϊκών κύκλων σε πολλές χώρες. Ένας σημαντικός λόγος για το αυξημένο ενδιαφέρον σχετικά με το θέμα αυτό είναι οι μεγάλες διακρατικές διαφορές στις Δαπάνες Υγείας και η ευκαιρία που αυτές προσφέρουν για ανάλυση των θεσμικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση, τη χρηματοδότηση και τη διανομή των υπηρεσιών υγείας σε διαφορετικές χώρες.

Το σφαιρικό ενδιαφέρον για τις Δαπάνες Υγείας μπορεί επίσης να εξηγηθεί από το γεγονός ότι όλες οι χώρες δίνουν μεγάλη έμφαση στον περιορισμό των Δαπανών Υγείας αλλά και στην αποτελεσματικότητά τους, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό αυτών χρηματοδοτείται από το δημόσιο (από φόρους και από υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές).

Μια προσέγγιση για το θέμα αυτό αποτελούν οι διεθνείς συγκρίσεις των Δαπανών Υγείας καθώς υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών, ακόμα και ανάμεσα στις σχετικά ομογενείς βιομηχανοποιημένες οικονομίες της αγοράς. Οι συγκρίσεις των Δαπανών Υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών είναι πολύ δημοφιλείς τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επιτρέπουν μια συστηματική έρευνα των επιδράσεων των διαφορετικών θεσμικών πλαισίων και άλλων επεξηγηματικών μεταβλητών στο μέγεθος και την αποτελεσματικότητα των Δαπανών Υγείας. Παρά τις προσπάθειες πάντως, πολλά ερωτήματα μένουν αναπάντητα, γεγονός που οφείλεται στην έλλειψη θεωρητικής καθοδήγησης και στα πολλά προβλήματα σε ότι αφορά τα αριθμητικά δεδομένα και τις μετρήσεις.

Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών έχουν γίνει διάφορες αναλύσεις παλινδρόμησης σε διαστρωματικά και σε διαστρωματικά - χρονολογικά δεδομένα (cross-section και panel data) με σκοπό να εξηγηθούν οι διεθνείς διαφορές στις Δαπάνες Υγείας. Ένα κοινό πάντως συμπέρασμα όλων αυτών των μελετών, είναι ότι το εθνικό εισόδημα φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που εξηγεί τη διαφοροποίηση των Δαπανών Υγείας μεταξύ διαφόρων κρατών, ενώ η ελαστικότητα εισοδήματος εμφανίζεται υψηλή και

πολλές φορές μεγαλύτερη της μονάδος, που σε αυτή την περίπτωση υποδηλώνει ότι η υγεία είναι ένα «αγαθό πολυτελείας» (luxury good).

Επιπροσθέτως σύμφωνα με κάποιες μελέτες, το κατά κεφαλήν εισόδημα μπορεί να μην είναι ο μοναδικός παράγοντας προσδιορισμού των Δαπανών Υγείας, καθώς οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι δημογραφικοί και θεσμικοί παράγοντες έχουν μετρήσιμη επίδοση στις Δαπάνες Υγείας.

Ένα ακόμα σημαντικό θέμα που τίθεται είναι το αν η υγεία ως αγαθό, είναι αυστηρά αναγκαίο αγαθό ή αγαθό πολυτελείας, γεγονός που διαπιστώνεται μέσω της μελέτης της ελαστικότητας Δαπανών Υγείας-εισοδήματος (health expenditure-income elasticity). Οι περισσότερες πρόσφατες έρευνες διαπίστωσαν ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ Δαπανών Υγείας και εισοδήματος, με ελαστικότητα μεγαλύτερη της μονάδος. Αυτό υπονοεί ότι η φροντίδα για την υγεία αποτελεί αγαθό πολυτελείας και ότι η αναλογία των Δαπανών Υγείας στο ΑΕΠ αυξάνεται καθώς αυξάνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα, με αποτέλεσμα την περιορισμένη δυνατότητα των κυβερνήσεων να διαχειριστούν τις Δαπάνες Υγείας. Επιπλέον, αν τελικά οι Δαπάνες Υγείας δεν μπορούν να επηρεαστούν από τη δημοσιονομική πολιτική, τότε ο περιορισμός κόστους για την φροντίδα της υγείας μάλλον είναι αδύνατο να επιτευχθεί από μια κυβέρνηση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν ληφθεί υπόψη ότι η αύξηση των Δαπανών Υγείας οφείλεται στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών για την υγεία σε υψηλότερες τιμές παρά στην αύξηση των τιμών των υφιστάμενων τεχνολογιών.

Η διεθνής τάση της αύξησης των δαπανών υγείας έχει αποτελέσει ερέθισμα για την επιστημονική διερεύνηση των επιπτώσεων αυτών τόσο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όσο και στην παραγωγικότητα και στην αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες (Keng & Li 2009), που εκτιμούν εξισώσεις παραγωγικότητας σύμφωνα με την εκπαίδευση, στις οποίες ως ανεξάρτητη μεταβλητή μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται και οι δαπάνες για την υγεία. Οι Keng & Li (2009), ανέλυσαν την παγκόσμια παραγωγή υγείας στη βάση της συνολικής παραγωγικότητας (total factor productivity), με εφαρμογή στοχαστικών διαδικασιών, αξιοποιώντας στοιχεία από 141 χώρες για το χρονικό διάστημα 1993-1997. Από την ανάλυση τους προέκυψε ότι τα οφέλη στην υγεία του πληθυσμού θα είναι μεγαλύτερα εάν πραγματοποιηθούν περισσότερες επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο (συμπεριλαμβάνοντας και την εκπαίδευση του ανθρώπινου κεφαλαίου), ενώ ταυτόχρονα

επισημάνθηκε ότι οι δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν μεγαλύτερη μείωση οικονομικών κλίμακας. Η διαπίστωση αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η διάθεση μεγαλύτερων οικονομικών πόρων για την υγεία γενικότερα και για την εκπαίδευση ίσως οδηγήσει προοπτικά σε ποιοτική αναβάθμιση της υγείας του πληθυσμού.

Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάζουμε τη σχέση των Δαπανών Υγείας με το ΑΕΠ, πως αυτές διαμορφώνονται μέσα από τον ρυθμιστικό-κανονιστικό-παρεμβατικό ρόλο του κράτους πρόνοιας και τέλος, πώς οι δαπάνες αυτές μπορούν να επηρεαστούν από το Ανθρώπινο κεφάλαιο και αντίστροφα.

Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή αποτελείται από 5 Κεφάλαια:

- Στο **Κεφάλαιο 1**, γίνεται ο ορισμός και μια συνοπτική ιστορική αναδρομή του Κράτους Πρόνοιας. Παρουσιάζονται τα μοντέλα του κράτους πρόνοιας και παρουσιάζονται διεξοδικότερα τα στοιχεία που αφορούν τα κράτη που απαρτίζουν το Νότιο-ευρωπαϊκό μοντέλο του κράτους πρόνοιας.
- Στο **Κεφάλαιο 2**, γίνεται παρουσίαση του γενικού πλαισίου που διέπει τις δαπάνες υγείας και της χρηματοδότησης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, και αναλύεται διεξοδικότερα η κατάσταση του Ελληνικού συστήματος την περίοδο της κρίσης.
- Στο **Κεφάλαιο 3**, παρουσιάζεται η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, αναλύεται το μαθηματικό μοντέλο του ανθρώπινου κεφαλαίου, γίνεται μια κριτική στη θεωρία αυτή και τέλος επιχειρείται η σύνδεση του ανθρώπινου κεφαλαίου με τον κλάδο της υγείας.
- Στο **κεφάλαιο 4**, πραγματοποιείται μια εμπειρική μελέτη μικρής κλίμακας, η οποία κατά κύριο λόγο βασίζεται βιβλιογραφικά σε άλλες σχετικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, και η βασική ιδέα για την μελέτη αυτή, είναι να διερευνήσει την τάση των δαπανών για την υγεία σε –επιλεγμένες- χώρες του ΟΟΣΑ και να την συγκρίνει με το βέλτιστο ύψος των δαπανών για την υγεία σε κατάσταση steady – state, συνυπολογίζοντας ως μεταβλητή το ανθρώπινο κεφάλαιο. Πιο συγκεκριμένα, θα δημιουργήσουμε ένα θεωρητικό μοντέλο που θα βασίζεται στο μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης του Solow, και το οποίο θα εξηγήσει τη σημασία των δαπανών υγείας στο ανθρώπινο κεφάλαιο, ακολουθούμενο από ένα μοντέλο το οποίο θα ενσωματώνει παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος των δαπανών, όπως το ΑΕΠ και οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία (οι οποίες θεωρούνται επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο). Θα δημιουργήσουμε επίσης ένα

υποθετικό μοντέλο «steady-state», όπου οι δαπάνες θα θεωρούνται ως σημείο αναφοράς του βέλτιστου ύψους δαπανών για κάθε χώρα διαχρονικά. Εν συνεχεία η βάση αυτή θα συγκριθεί με το πραγματικό ύψος των δαπανών, προκειμένου να εξάγουμε τα συμπεράσματά μας.

- Στο **Κεφάλαιο 5**, παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα της συνολικής μελέτης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κεφάλαιο 1: Το Κράτος Πρόνοιας

Μέσα στο πέρασμα του χρόνου, συχνά κάτω από κοινωνικές εντάσεις και συγκρούσεις, το κοινωνικό κράτος στον ευρωπαϊκό χώρο μεταμορφώνεται. Η μετάβαση στην εποχή της παγκοσμιοποίησης και υπό το βάρος της υιοθέτησης των αρχών του νεοφιλελευθερισμού, επιφέρει σταδιακά την εγκατάλειψη των αρχών και πολιτικών επιλογών του κοινωνικού κράτους, όπως αυτό δομήθηκε κυρίως μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και συντελεί κατά βάση στην απομάκρυνση από τους στόχους της πλήρους απασχόλησης και της καθολικής κοινωνικής προστασίας. Η επιβίωση του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου περνά μέσα από την επαναδιαπραγμάτευση και τον επανακαθορισμό των κοινωνικών ρυθμίσεων στην Ευρώπη και την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων στο ζήτημα του κοινωνικού κράτους και των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των πολιτών απέναντί του (Γετίμης, 2000, Κοντιάδης, 2001).

Το κυρίαρχο κοινωνικό μοντέλο ιδιαίτερα στη Δυτική Ευρώπη, μεταπολεμικά, ήταν αυτό του κοινωνικού κράτους, κυρίως τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, έως τα μέσα της δεκαετίας του 1980, όπου και είχε λάβει τη μεγαλύτερη έκταση και προσέφερε τις μεγαλύτερες παροχές. Εξαιτίας όμως πολιτικών, οικονομικών, δημογραφικών αλλά και κοινωνικών εξελίξεων η λειτουργία του συστήματος θεωρήθηκε από τις κυρίαρχες πολιτικές δυνάμεις, ιδίως κεντροδεξιών συνασπισμών και πολιτικών κομμάτων πως έφτασε στο μέγιστο των δυνατοτήτων του και έτσι ελήφθησαν μέτρα ώστε να αρχίσει να εξασθενίζει σταδιακά, ενώ μετά τη δεκαετία του 1990 το πρότυπο του κοινωνικού κράτους αφέθηκε εν πολλοίς μέσω της μείωσης των κρατικών δαπανών, να περιέλθει σε κρίση (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Το αποτέλεσμα είναι ότι στις μέρες μας η λογική του κοινωνικού κράτους να έχει προσαρμοστεί στο πλαίσιο του νεοφιλελεύθερου οικονομικού και πολιτικού υποδείγματος οργάνωσης της κοινωνίας, που πρεσβεύει τη μετάβαση προς το κράτος «φύλακα», δηλαδή λιγότερο ευέλικτο και σαφώς μικρότερο κοινωνικό- κρατικό τομέα με έμφαση στην παροχή βοήθειας προς εκείνους που βρίσκονται σε πραγματική ανάγκη ή δεν μπορούν με τις δικές τους δυνάμεις και την ατομική τους πρωτοβουλία να επιτύχουν στη ζωή. Η παροχή βοήθειας επικεντρώνεται, μέσα από ένα σύστημα ελέγχων και εξακρίβωσης κριτηρίων, στην κάλυψη της αδυναμίας των μελών της κοινωνίας (guarantee welfare model) (Στασινοπούλου, 2006).

1.1 Ορισμός Κράτους Πρόνοιας

Στην παγκόσμια σχετική βιβλιογραφία έχουν δοθεί πάρα πολλοί ορισμοί για το τι είναι κράτος πρόνοιας, ορισμένους από αυτούς παραθέτουμε και εξετάζουμε παρακάτω:

Σύμφωνα με τον Titmuss, η κοινωνική πολιτική είναι το «αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας, που εξελίσσεται σε στενότερη σχέση με τα άλλα κοινωνικά πεδία», (Titmuss 1974), (Esping-Andersen 1987).

Η παραδοσιακή προσέγγιση, απαριθμεί μια σειρά πολιτικών ή υπηρεσιών, για να περιγράψει το αντικείμενο της κοινωνικής πολιτικής (Ginsburg 1979, Hill – Bramley 1986, George-Wilding 198).

Η σχολή της Κοινωνικής Διοίκησης (*social administration*), ορίζει την κοινωνική πολιτική ως το σύνολο της διοίκησης της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν τα συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα, υπογραμμίζοντας τον ρόλο των θεσμών και των οργανισμών που παρέχουν τις κοινωνικές υπηρεσίες. (Lowe 1993), (Townsend 1976).

Άλλοι πάλι επιχειρούν να ορίσουν την κοινωνική πολιτική σε αντιπαράθεση με άλλες κρατικές πολιτικές και το κράτος πρόνοιας σε σύγκριση με άλλες μορφές κράτους, τονίζοντας τον υποχρεωτικό και συλλογικό χαρακτήρα της κοινωνικής παρέμβασης, την ύπαρξη της οικονομίας της αγοράς και της πολιτικής δημοκρατίας κλπ. (Goodin 1988).

Ο Midgley (1997) διατυπώνει ένα συνθετικό ορισμό για την κοινωνική πολιτική με τέσσερις κατευθύνσεις δράσης, που είναι η περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων, η ανάλυση και εξήγηση των αιτιατών παραγόντων που επηρεάζουν τις κοινωνικές συνθήκες και παροχές, η διατύπωση μιας θεωρητικής βάσης για παρέμβαση και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων και η προώθηση της κοινωνικής ευημερίας¹ με εφαρμοσμένες πολιτικές.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό η πολυδιάστατη φύση της κοινωνικής πολιτικής, του μέσου που σχεδιάζεται και υλοποιείται το κράτος πρόνοιας προκειμένου να αντιμετωπίσει τους κοινωνικούς κινδύνους ως έννοια εξελισσόμενη, να προστατεύσει τον

¹ Η κοινωνική ευημερία ορίζεται ως η κατάσταση όπου «τα κοινωνικά προβλήματα διευθετούνται, οι ανθρώπινες ανάγκες καλύπτονται και οι κοινωνικές ευκαιρίες μεγιστοποιούνται» (Midgley, 1997).

πολίτη από την οικονομία της αγοράς, να αναπτύξει την συλλογική αλληλεγγύη και να εφαρμόσει την αναδιανομή του εισοδήματος.

Σύμφωνα με τον Κατρούγκαλο (2004), «το κράτος πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Δεν πρέπει να συγχέεται με το κοινωνικό κράτος, όρος που συμπυκνώνει θεσμικά και πολιτειολογία την ανάληψη από το κράτος συνταγματικών υποχρεώσεων για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών των μελών της κοινωνίας και προσδιορίζει ένα υποσύνολο μόνο των κρατών πρόνοιας» (Κατρούγκαλος, 2004:σ.16).

Η θεσμική οργάνωση παράγει την ικανότητα επέμβασης στην οικονομία, προκειμένου να συντονιστεί η παραγωγική διαδικασία και να διατηρηθεί η απασχολησιμότητα, να εξασφαλιστούν βασικές κοινωνικές υπηρεσίες με βάση την αρχή της καθολικότητας, και να κατοχυρωθεί ένα κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας, μέσω εγγύησης ενός ελάχιστου επιπέδου βιοτικών συνθηκών. (Johnson 1987)

Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι το κράτος πρόνοιας είναι ένα ιστορικό φαινόμενο που συνδέθηκε στενότερα με την ύστερη φάση του καπιταλιστικού συστήματος. Αποτέλεσε δε, ένα συνοδευτικό φαινόμενο του κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία, καθώς τροποποίησε τους όρους αξιοποίησης του κεφαλαίου μέσα από την αναδιανομή του και τον επηρεασμό της αναπαραγωγής της μισθωτής εργασίας. Πολιτικοοικονομικά προστάτευσε τους μισθωτούς από την εξαθλίωση και την απαξίωση, συμβάλλοντας στη αναπαραγωγή των δυνάμεων εργασίας και κοινωνικοπολιτικά, δημιούργησε τις συνθήκες για κοινωνική συνοχή, σταθερότητα και νομιμοποίηση του συστήματος, όρους που απειλούσε συνεχώς η άναρχη και αυθόρμητη δράση των δυνάμεων της αγοράς και του ανταγωνισμού (Offe 1984, O'Connor 1973, Cough, 1979).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η περίοδος ιδιαίτερα μετά με τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από το υψηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών και ιδιαίτερα των κοινωνικών δαπανών και από την ενεργό παρέμβαση του κράτους στην οικονομία και την κοινωνία γενικότερα.

Ο όρος κράτος-πρόνοιας, αναφέρεται στην περίοδο εξέλιξης του αστικού κράτους, η οποία χαρακτηρίζεται από την διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας και από την

έντονη αναπαραγωγική δράση στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής¹ (Στασινοπούλου, 1988, σ.6). Η διεύρυνση αυτή, συνοδεύεται στις ευρωπαϊκές χώρες του ανεπτυγμένου καπιταλισμού και από την σημαντική διόγκωση του κρατικού μηχανισμού στους αντίστοιχους τομείς. Η καθιέρωση του όρου, κράτος-πρόνοιας, εκφράζει και μία συγκεκριμένη αντίληψη για το κράτος-πρόνοιας, το καθιστά υπεύθυνο για την κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Ο ρόλος του δεν είναι πλέον μόνο διορθωτικός των ανισορροπιών και των ανισοτήτων που προκαλεί η αγορά, αλλά διευρύνεται. Το κράτος προσανατολίζεται όχι μόνο προς την αποφυγή και την ανάληψη βαρών, που σε προηγούμενες εποχές, είχε μόνο η οικογένεια σε συνδυασμό και με την τοπική κοινότητα (Στασινοπούλου 1988)

Ο ρόλος του κράτους την περίοδο αυτή εντοπίζεται κυρίως στον αναπαραγωγικό τομέα της οικονομίας χωρίς να είναι αμελητέας σημασίας ο ρόλος του στον παραγωγικό τομέα της οικονομίας. Οι στόχοι της κρατικής παρέμβασης δηλαδή η δημιουργία των συνθηκών για την ομαλή αναπαραγωγή της καπιταλιστικής κοινωνίας και των καπιταλιστικών σχέσεων δεν έχουν αλλάξει διαχρονικά. Εκείνο που τροποποιείται είναι η μορφή επέμβασης του κράτους. Για το λόγο αυτό ορισμένοι ερευνητές θεωρούν το κράτος-πρόνοιας ως μία συγκεκριμένη μορφή επέμβασης του κράτους στην κοινωνία.

Ο ορισμός του κράτους-πρόνοιας δεν είναι συγκεκριμένος και διαφέρει όχι μόνο από ερευνητή σε ερευνητή αλλά και από χώρα σε χώρα (π.χ. κράτος ευημερίας στην Αγγλία, Ισπανία, κράτος-πρόνοιας στην Γαλλία, κοινωνικό κράτος στην Γερμανία κλπ). Το κράτος-πρόνοιας είναι το γέννημα μίας συγκεκριμένης χρονικής συγκυρίας. Στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, η γέννηση του κράτους-πρόνοιας τοποθετείται χρονολογικά στις αρχές του 20ου αιώνα. Η ανάπτυξή του και η μορφή την οποία αυτό έλαβε συναντώνται κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Η διαφοροποίηση ως προς το τι είναι κράτος-πρόνοιας οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε ερευνητής διερευνά τον τρόπο δημιουργίας του κράτους-πρόνοιας και τον ρόλο που διαδραματίζει στην οικονομία και στην κοινωνία γενικότερα. Η ταύτιση του κεϋνσιανού κράτους με το κράτος-πρόνοιας, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, σημαίνει ότι ο ρόλος του κράτους-

¹ Με τον όρο κοινωνική αναπαραγωγή η συγγραφέας εννοεί την απαραίτητη για κάθε κοινωνική διαδικασία, όποιο και είναι το σύστημα παραγωγής, γιατί εξασφαλίζει τη συνέχεια και συνεπώς την επιβίωση και ανάπτυξη του κοινωνικού συνόλου. Η κοινωνική αναπαραγωγή έχει διττό χαρακτήρα : αφορά την αναπαραγωγή των ατόμων, βιολογικά, ποσοτικά και ποιοτικά, αλλά και την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης, εκτός από την ποσοτική και ποιοτική διάσταση που έχει ήδη αναφερθεί (Στασινοπούλου, Ο 1988, σ.15-20).

πρόνοιας είναι απλά ρυθμιστικός και λειτουργεί ως μηχανισμός πρόληψης των οικονομικών κρίσεων και ιδιαίτερα των κρίσεων υποκατανάλωσης. Ειδικότερα, το κράτος-πρόνοιας αποτελεί για την κεϋνσιανή θεωρία ένα σταθεροποιητικό παράγοντα ο οποίος θα οδηγούσε στην αναγέννηση των δυνάμεων της οικονομικής ανάπτυξης και θα εμπόδιζε την οικονομική υποβάθμιση (Offe, 1984). Σύμφωνα με τον Jessop (1994) η τυπική μορφή του φορντικού κράτους είναι αυτή του κεϋνσιανού κράτους-πρόνοιας (keynesian welfare state) το οποίο επιτελεί δύο κύριες λειτουργίες :

- i. στοχεύει στην εξασφάλιση της πλήρους απασχόλησης σε μία σχετικά κλειστή οικονομία μέσα από την ενίσχυση της ενεργούς ζήτησης και
- ii. επιχειρεί τη ρύθμιση των συλλογικών διαπραγματεύσεων στα περιοριστικά πλαίσια που τίθενται από το στόχο της πλήρους απασχόλησης και της οικονομικής μεγέθυνσης, την επέκταση της μαζικής κατανάλωσης και την προώθηση συλλογικών μορφών κατανάλωσης που είναι αρμονικές με το φορντικό μοντέλο ανάπτυξης.

Οι μαρξιστικές αντιλήψεις περί κράτους-πρόνοιας, επισημαίνουν την ταξική του φύση και τον ρόλο του στην αναπαραγωγή της καπιταλιστικής κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Ian Gough (1979) το κράτος-πρόνοιας στοχεύει στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και την ενσωμάτωση και διατήρηση του μη εργατικού δυναμικού μέσα στο καπιταλιστικό σύστημα. Κατά συνέπεια, το κράτος-πρόνοιας αναλαμβάνει να προσφέρει σε σημαντικό βαθμό υπηρεσίες (π.χ. υγεία, εκπαίδευση, πολιτισμός) που συμβάλλουν στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και να απαλλάξει το κεφάλαιο από το οικονομικό κόστος αυτών των υπηρεσιών. Η ίδια αντίληψη για το κράτος-πρόνοιας υιοθετείται και από τον Boccara (1973) ο οποίος αναπτύσσει την θεωρία της υπερσυσσώρευσης - απαξίωσης του κεφαλαίου (suraccumulation-devalorisation du capital). Σύμφωνα με τον Boccara (1973), ο καπιταλισμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την αντίθεση ανάμεσα στην ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων και των σχέσεων παραγωγής, έχει την τάση να υπερσυσσωρεύει κεφάλαιο. Ο κράτος και ειδικότερα το κράτος-πρόνοιας έχει ως στόχο την απαξίωση του κεφαλαίου. Με αυτή την έννοια το κράτος-πρόνοιας αποτελεί μέσο δομικής ρύθμισης του καπιταλιστικού συστήματος. Ο ρυθμιστικός χαρακτήρας του κράτους-πρόνοιας ως συστατικό στοιχείο ενός καθεστώτος συσσώρευσης (στην συγκεκριμένη περίπτωση του φορντικού καθεστώτος συσσώρευσης)

αναλύεται και από τους εκπροσώπους της σχολής της “Ρύθμισης” (Ecole de regulation) (Delorme and Andre 1983, Boyer 1986).

Ο O’Connor (1973) θεωρεί ότι το καπιταλιστικό κράτος επιτελεί δύο κύριες λειτουργίες οι οποίες σε αρκετές περιπτώσεις είναι και συγκρουόμενες : την συσσώρευση και την νομιμοποίηση. Το κράτος-πρόνοιας, σύμφωνα με τον O’Connor, έχει ως στόχο την επίτευξη της δεύτερης λειτουργίας του κράτους, δηλαδή της νομιμοποίησης. Στα ίδια πλαίσια, αυτά της διαδικασίας της νομιμοποίησης, εντάσσεται και ο Habermas (1978). Κατά τον Habermas το κράτος και ειδικότερα το κράτος-πρόνοιας έχει ως στόχο την αντιστάθμιση των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από τη συσσώρευση του κεφαλαίου. Κατά συνέπεια η κρίση του κράτους-πρόνοιας είναι ταυτόχρονα και δημοσιονομική αλλά και κρίση νομιμοποίησης.

Η πλειοψηφία των απόψεων που έχουν διατυπωθεί για το κράτος-πρόνοιας, θεωρεί ότι αυτό ορίζεται από την σχέση παροχές-αναπαραγωγή του καπιταλιστικού συστήματος. Μία άλλη θεώρηση του κράτους-πρόνοιας, προκύπτει από το διπολικό σχήμα, ανθρωπιστικές αξίες και οικονομική αποτελεσματικότητα, πρεσβεύοντας ως απαραίτητη την προώθηση των πρώτων για την επίτευξη της δεύτερης (Μαλούτας - Οικονόμου 1988).

Αναφερόμενοι στον τρόπο με τον οποίο η οικονομική θεωρία αναλύει και ορίζει το κράτος-πρόνοιας θα πρέπει να διακρίνουμε τις νεοκλασικές-νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις και κεϋνσιανές αντιλήψεις από τις μαρξιστικές αντιλήψεις. Σύμφωνα με την νεοκλασική και κεϋνσιανή θεωρία το κράτος-πρόνοιας αποτελεί έναν ουδέτερο μηχανισμό ο οποίος βρίσκεται έξω από την οικονομία και επεμβαίνει σε αυτή. Για μεν την νεοκλασική θεωρία η επέμβαση αυτή του κράτους στις σημερινές συνθήκες είναι επιζήμια για την καλή λειτουργία της αγοράς. Για δε τη κεϋνσιανή θεωρία η επέμβαση αυτή του κράτους είναι απολύτως αναγκαία για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος. Ως εκ τούτου το κράτος-πρόνοιας δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένα έντονα παρεμβατικό κράτος.

Για την μαρξιστική θεωρία το κράτος-πρόνοιας είναι ένας ταξικός μηχανισμός, ο οποίος έχει ως σκοπό τη συντήρηση και διαχείριση της εργατικής δύναμης, ως μέσου αναπαραγωγής του καπιταλιστικού σχηματισμού, διατηρώντας παράλληλα την κυρίαρχη ιδεολογία της εκμετάλλευσης του ανθρώπου από άνθρωπο.

Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των θεωρητικών αντιλήψεων είναι ότι, το κράτος-πρόνοιας ταυτίζεται με ένα γενικευμένο σύστημα παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες. Παρατηρείται λοιπόν, ταύτιση της έννοιας του κράτους-πρόνοιας, τόσο από την νεοκλασική όσο και από την κεϋνσιανή θεωρία, με την έννοια των δημοσίων δαπανών. Αυτό προκύπτει από την αδυναμία των προαναφερόμενων θεωριών που αναλύουν το κράτος, μόνο ως οικονομικό υποκείμενο. Το κράτος-πρόνοιας, ως μία ιδιαίτερη μορφή του κράτους, που επικράτησε σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, είναι ένα οικονομικό υποκείμενο. Οποιαδήποτε ανάλυση της κρίσης του, δεν μπορεί παρά να αναζητήσει τα αίτιά της σε καθαρά οικονομικούς παράγοντες. Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του κράτους-πρόνοιας εκτιμούνται και εκφράζονται σε “καθαρά” οικονομικά μεγέθη. Όμως οι δημόσιες δαπάνες δεν είναι τίποτε άλλο από την μορφή έκφρασης του κράτους-πρόνοιας. Κατά συνέπεια, το κράτος-πρόνοιας, ως αφηρημένη έννοια, συγκεκριμενοποιείται μέσα από κάποια άλλη κατηγορία, αυτή των δημοσίων δαπανών.

Ένα εξίσου σημαντικό σημείο είναι, ότι οι περισσότερες θεωρίες αναφέρονται στο κράτος-πρόνοιας ή στην κρίση του, με οικονομικούς όρους. Θεωρούν ότι η οικονομική φύση του κράτους-πρόνοιας είναι αυτόνομη και κυρίαρχη, σε σχέση με την πολιτική ή την κοινωνική του φύση. Αυτό οφείλεται κύρια στην συγκρότηση της οικονομικής επιστήμης, ως τη μόνη ικανή να ερμηνεύσει και να αναλύσει την καπιταλιστική κοινωνία. Όμως, το κράτος-πρόνοιας δεν αποτελεί μόνο οικονομικό, αλλά κοινωνικό και πολιτικό υποκείμενο. Η ανάλυση του κράτους-πρόνοιας καθιστά από μεθοδολογική άποψη, αδύνατο τον διαχωρισμό σε οικονομική, φιλοσοφική κοινωνική ή και πολιτική έννοια.

Οι διαφορετικές ιδεολογικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία γέννησης του κράτους πρόνοιας οδηγούν σε διαφορετικές διαπιστώσεις.

Η μαρξιστική (Cough 1979, Ginsberg 1979, Offe 1984) ή η σοσιαλδημοκρατική (Esping-Andersen 1985, Korpi 1983, Stephens 1979) αντίληψη ερμηνεύει την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας ως αποτέλεσμα ταξικής πάλης των εργαζομένων, των κομμάτων και των συνδικάτων τους.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν τον ρόλο των πολιτικών ελίτ, της αστικής τάξης, και των συντηρητικών κομμάτων (Rimlinger, 1971), ως δυνάμεις διατήρησης της ισορροπίας και της νομιμοποίησης του συστήματος, μέσω της εφαρμογής προνοιακών πολιτικών, σε

περιόδους διατάραξης της κοινωνικής συνοχής και συναίνεσης, λόγω του αποκλεισμού μερίδας εργαζομένων από την αγορά και συνεπώς στέρησης των μέσων αναπαραγωγής τους (Giddens,1994).

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κράτος πρόνοιας είναι δημιούργημα της ανασφάλειας των μεσαίων τάξεων, σε περιόδους κρίσεων ή πολέμων, όπου οδήγησαν το κράτος στην εφαρμογή ευρέων κοινωνικών προγραμμάτων (Baldwin,1990, Goodin-Le Grand,1987).

Οι θεωρίες του εκσυγχρονισμού τονίζουν τη σημασία παραγόντων όπως η αστικοποίηση, η ανάπτυξη, η εκβιομηχάνιση, η συμμετοχή και ο κοινοβουλευτισμός στην εμφάνιση των κοινωνικών θεσμών (Hill,1996).

Σύμφωνα με φονκσιοναλιστές κοινωνιολόγους η εμφάνιση των κοινωνικών θεσμών συνδέεται με την εκβιομηχάνιση και την αστικοποίηση (Wilensky-Lebeaux,1965).

Η στρουκτουραλιστική προσέγγιση υποστηρίζει την εμφάνιση μιας σύγχρονα οργανωμένης, απρόσωπης και ορθολογικής κρατικής γραφειοκρατίας, ως συμπληρωματική παροχή πρόνοιας σε περιόδους ελλειμματικότητας των παραδοσιακών κοινωνικών θεσμών αλληλεγγύης, με κεφάλαια από μια πλεονασματική οικονομία που διοχετεύονται αναδιανεμητικά στους μηχανισμούς της κοινωνικής πολιτικής (Rimlinger,1971).

Η θεσμική προσέγγιση συνδέει την εμφάνιση του κράτους πρόνοιας με την ανάπτυξη της δημοκρατίας και την διεύρυνση των πολιτικών δικαιωμάτων.

Ο Esping Andersen θεωρεί ως τον καθοριστικότερο παράγοντα για την εμφάνιση κρατικό - προνοιακών θεσμών την ικανότητα της εργατικής τάξης να συγκροτεί ευρύτερες συμμαχίες ιδίως με τους αγρότες («red - green alliances»).

Η *Γαλλική Σχολή της Ρύθμισης* υπογραμμίζει το ρόλο του μισθού (Boyer,1988), (Lipietz,1990), τα πολιτικά δικαιώματα προβάλλει ο Marshall (1965), τις πολιτικές και διοικητικές δομές ο Ashford (1986), τα θεσμικά και πολιτικά πρότυπα και την πολιτική ιστορία των κρατών η Skocpol (1995) και ο Banting (1995) ως μέσον εθνικής και εδαφικής ολοκλήρωσης.

Οι παραπάνω θεωρίες καταδεικνύουν τη συνθετότητα, το πολυδιάστατο του ιστορικού φαινομένου της γέννησης του κράτους κοινωνικής πρόνοιας.

Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές φιλανθρωπίας τον 19ο αιώνα έτειναν να ανατραπούν υπό την πίεση των συνδικάτων και των σοσιαλιστικών οργανώσεων και να αντικατασταθούν από θεσμοθετημένες και καθολικές μορφές κοινωνικών πολιτικών σε βάση δικαιωμάτων. Η επικράτηση του βιομηχανικού και κεφαλαιοκρατικού συστήματος επέβαλε την αλλαγή της πολιτικής για την διατήρηση του κοινωνικού ιστού, την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και την ενίσχυση της οικονομίας. Η κυριάρχηση του καπιταλιστικού συστήματος δημιούργησε τάξεις, οι οποίες λόγω των κινδύνων που αντιμετώπιζαν από την υπερεκμετάλλευση, την συσσώρευση πλούτου από λίγους, την αποσύνδεσή τους από το παραγόμενο προϊόν, τον αποκλεισμό από την εργασία, και τις ταχείς και οδυνηρές κοινωνικές μεταβολές, οδηγήθηκαν σε διεκδικήσεις για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών εγγυημένων από το κράτος.

Η ιστορική αξιολόγηση της εξελικτικής εμφάνισης και συγκρότησης του κράτους πρόνοιας, διακρίνει τέσσερα στάδια ανάπτυξής του.

- i. Στο πρώτο στάδιο του «πειραματισμού»² που εκτείνεται μεταξύ 1870 και 1930 προωθούνται νομοθετικές ρυθμίσεις με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, εκπαίδευσης και υγείας ενώ καθιερώνεται η κοινωνική ασφάλιση.
- ii. Το δεύτερο στάδιο της «σταθεροποίησης», επεκτείνεται έως το 1950, όπου η κρίση του 1929-32 αφήνει λίγα περιθώρια για διαφωνίες και πειραματισμούς σε νέες ιδέες και προγράμματα. Σταθεροποιούνται και γίνονται αποδεκτές οι αρχές και τα προγράμματα της προηγούμενης περιόδου, ενώ παρατηρείται η γεωγραφική επέκταση των πολιτικών πρόνοιας.
- iii. Κατά το τρίτο στάδιο της «επέκτασης», που εκτείνεται μέχρι τα μέσα της δεκαετίας '70, η οικονομική ανάπτυξη επέτρεψε την αύξηση των κοινωνικών δαπανών και μέσω αυτών την επέκταση των κοινωνικών προγραμμάτων και υπηρεσιών. Η πλήρης απασχόληση, η αύξηση και γενίκευση των κοινωνικών παροχών, η κοινωνική συναίνεση και ο θετικός ρόλος των συνδικάτων δημιούργησαν τη χρυσή εποχή του κράτους πρόνοιας (Pierson, 1997).

² Ο πειραματισμός αφορά το είδος των κοινωνικών προγραμμάτων, τις αρχές, τους δικαιούχους κλπ.

- iv. Το τέταρτο στάδιο, της «κρίσης», συμπίπτει με τη γενικότερη οικονομική και κοινωνική κρίση όπου οι πολιτικές, οι πηγές χρηματοδότησης, οι θεσμοί και οι στόχοι της κοινωνικής πολιτικής αμφισβητούνται. Το κράτος, τα συνδικάτα, η οικογένεια, και τα υπόλοιπα παραδοσιακά στηρίγματα της προνοιακής πολιτικής βρίσκονται σε μια διαδικασία αναμόρφωσης, ενώ το αίτημα για την περικοπή των δαπανών, τη μείωση του κόστους των προγραμμάτων και τη συρρίκνωση των παροχών επιτάσσουν περισσότερο ρεαλιστικές λύσεις. Αυτό το στάδιο κρίσης και αναμόρφωσης του συστήματος κοινωνικής πολιτικής βιώνουμε σήμερα (Lowe, 1993), (Alber, 1988).

1.3 Κριτήρια Κατάταξης Κρατών

Οι διαφορετικές ιστορικές καταβολές των κρατών, οι οποίες συνετέθησαν από πλήθος εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, έχουν διαμορφώσει εθνικά συστήματα πρόνοιας με διαφορετικά αξιακά, ιδεολογικά και θεσμικά φορτία. Η ανάγκη συστηματικής μελέτης των συστημάτων πρόνοιας, εξώθησε τους επιστήμονες στην επιλογή κριτηρίων για τον χαρακτηρισμό τους, την κατάταξή τους σε ιδεοτύπους και την αξιολόγησή τους.

Τα κριτήρια αυτά, όπως συνοψίζει ο Palme (1990), πρέπει να αντανakλούν ταξικές και πολιτικές διαφορές, το βαθμό ανεξαρτησίας των παροχών από την αγορά, τις αρχές, σύμφωνα με τις οποίες δίνονται οι παροχές, ενώ οποιαδήποτε ταξινόμηση θα πρέπει να επιτρέπει και να διευκολύνει τη μελέτη συναφών ζητημάτων όπως φτώχεια, εισοδηματική ανισότητα, εργατικό δυναμικό, αποταμιεύσεις, το μέγεθος των δαπανών για συντάξεις σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, κλπ.

Οι Flora και Alder (1981) εντοπίζουν τρεις παραμέτρους που καθορίζουν τις εθνικές ιδιομορφίες, οι οποίες είναι ο βαθμός βιομηχανοποίησης και αστυφιλίας, η κινητοποίηση της εργατικής τάξης, και οι συνταγματικές εξελίξεις, κυρίως κατά την μετάβαση από αυταρχικά προς δημοκρατικά καθεστώτα.

Ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια ταξινόμησης αποτελεί η σκόπευση του συστήματος που μπορεί να είναι καθολική, παρέχοντας ομοιόμορφα (flat rate) τις παροχές σε όλους τους πολίτες (κατά Beveridge), ή μπορεί να είναι κατηγορική, διανέμοντας ανάλογες με

τον ασφαλιστικό δεσμό προνοιακές παροχές στους κατέχοντες ασφαλιστική κάλυψη είτε για την αντιμετώπιση κινδύνων της οικονομικής ζωής, είτε για την ικανοποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών (κατά Bismarck).

Ενδεικτικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την κατάταξη των προνοιακών συστημάτων είναι η συνταγματική ή νομική κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, ο βαθμός αναδιανομής του πλούτου, το κατά πόσον αποσυνδέονται οι παροχές από την αγορά, η αυτοτέλεια ή η εξάρτηση των πολιτικών από μη κρατικές δυνάμεις, το εύρος των καλυπτόμενων κινδύνων - αναγκών και το ποσοστό κάλυψής τους, η ποιότητα των υπηρεσιών, ο τρόπος πραγμάτωσης της κοινωνικής πολιτικής που μπορεί να επιτυγχάνεται μέσω χρηματικών βοηθημάτων ή μέσω χορήγησης υπηρεσιών από ένα ευρύ δημόσιο τομέα, και η χρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής που μπορεί να βασίζεται σε ασφαλιστικές παροχές των δικαιούχων είτε στην γενική φορολόγηση.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ο όρος «residuality» που εισαγάγει ο Titmuss και μπορεί να αποδοθεί ως ελλειμματικότητα ή συμπληρωματικότητα ή επικουρικότητα. Αναφέρεται στο κατά πόσο καθολικά ή επικουρικά παρεμβαίνει το κράτος στην παροχή πρόνοιας, η οποία δίνεται από την αγορά ή από άλλους θεσμούς ή κύκλους.

1.4 Μοντέλα

Μια στρατηγική τυποποίησης των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας είναι η κατασκευή «μοντέλων» ή «καθεστώτων πολιτικής» σε μια προσπάθεια περιγραφής και συστηματοποίησης των γεγονότων και των κοινωνικών τάσεων. Η προσπάθεια δεν αφορά την ένταξη ενός εθνικού συστήματος σε ένα μοντέλο συστημάτων, εγκλωβίζοντάς το σε φορμαλιστικά στερεότυπα, αλλά αξιώνει να εντοπίσει τον τρόπο και τα σημεία διαφοροποίησης, και την σχέση του με το παγκόσμιοποιημένο περιβάλλον.

Ο Titmuss (1974) με κριτήριο την σχέση ισχύος του ρόλου αγοράς με τις κρατικές προνοιακές πολιτικές, ανέπτυξε μία από τις πρώτες τυπολογίες, τριών μοντέλων «κοινωνικής πολιτικής». Έτσι, στο «υπολειμματικό» μοντέλο, οι ανάγκες καλύπτονται μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς και από την οικογένεια, ενώ το κράτος δρα επικουρικά σαν «δίχτυ ασφαλείας» (safety net) με την κοινωνική ασφάλιση. Στο «βιομηχανικό μοντέλο» (industrial achievement performance), οι ανάγκες καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία, ενώ ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός, με το ρόλο της οικονομίας να έχει

πρωταρχική σημασία. Στο «θεσμικό- αναδιανεμητικό μοντέλο» ο κύριος στόχος των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. Σύμφωνα με τον Titmuss, παράδειγμα υπολειμματικού μοντέλου είναι οι ΗΠΑ θεσμικού-αναδιανεμητικού μοντέλου είναι οι Σκανδιναβικές χώρες, ενώ η Βρετανία έχει στοιχεία υπολειμματικού και βιομηχανικού μοντέλου.

Οι Furniss και Tilton (1977) με κριτήριο το διαφορετικό βαθμό παρεμβατικότητας του μηχανισμού της αγοράς στα σύγχρονα δημοκρατικά κράτη, διακρίνουν *τρία* μοντέλα συστημάτων πρόνοιας.

- i. Στο «θετικό κράτος» (positive state), η κρατική παρέμβαση και στον τομέα της πρόνοιας, περιορίζεται σε δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και την προστασία των κατόχων ιδιοκτησίας από τις δυσλειτουργίες της αγοράς.
- ii. Το κράτος «κοινωνικής ασφάλειας» (social security state) διαφέρει από το «θετικό κράτος», στην σαφήνεια του διαχωρισμού μεταξύ των οικονομικών και κοινωνικών λειτουργιών του.
- iii. Το τρίτο μοντέλο, το «κοινωνικό κράτος πρόνοιας» (social welfare state), στοχεύει στην επίτευξη κοινωνικής ισότητας μέσω κοινωνικών πολιτικών που επικεντρώνονται σε κοινωνικούς, παρά οικονομικούς στόχους, αφού υιοθετείται η παραδοχή ότι οι μηχανισμοί της αγοράς όχι μόνον αδυνατούν να καλύψουν τους στόχους αυτούς, αλλά εντείνουν την κοινωνική ανισότητα.

Σημαντικό σημείο κριτικής στις παραπάνω τυπολογίες είναι ο ανιστορικός χαρακτήρας τους, δηλαδή η μελέτη σύγχρονων με την ταξινόμηση στοιχείων, χωρίς να εξετάζονται τα στάδια και η εξέλιξη του συστήματος.

Ο Palme (1990) με κριτήριο την παροχή ενός καθολικού και επαρκούς ελαχίστου εισοδήματος σε αυτούς που βρίσκονται πάνω από την ηλικία συνταξιοδότησης, διέκρινε *τέσσερα* μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης.

- i. Στο «υπολειμματικό» μοντέλο η ελάχιστη σύνταξη είναι ανεπαρκής, βρίσκεται σε συνάρτηση με τις προηγούμενες εισφορές του εργαζομένου, ενώ ενθαρρύνεται η κάλυψη των αναγκών μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς (ιδιωτικές συντάξεις).
- ii. Στις παραδοσιακές κοινωνίες με πρωταρχικό ρόλο τον θεσμό της οικογένειας συναντούμε το μοντέλο της «διασφάλισης του εισοδήματος» (income security),

στο οποίο οι παροχές συνδέονται με την απασχόληση και είναι ανάλογες των προηγούμενων αποδοχών, δίνονται κυρίως από το κράτος με περιορισμένη την ιδιωτική ασφάλιση, ευνοούν και διασφαλίζουν το εισόδημα, κυρίως της μεσαίας τάξης, ενώ λειτουργούν ως εργαλείο κατευνασμού των αντιδράσεων της εργατικής τάξης.

- iii. Στο μοντέλο «βασικής ασφάλειας» (basic security model) η καταβολή σύνταξης είναι καθολική, δίχως ιδιαίτερους δεσμούς με την απασχόληση ή το πρότερο εισόδημα, ενώ η χρηματοδότηση τους γίνεται από γενική φορολογία.
- iv. Το «θεσμικό» μοντέλο ορίζεται ως ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης, που βασίζεται στις προηγούμενες αποδοχές του δικαιούχου με υψηλά ποσοστά ανταποδοτικότητας.

Η πιο πρόσφατη ταξινόμηση είναι των Castles και Mitchel (1992), που υποστηρίζουν είναι δυνατή η κατανόηση των αναδιανεμητικών συνεπειών των διαφόρων τύπων καθεστώτων πρόνοιας σε ανεπτυγμένες οικονομίες ελεύθερης αγοράς, μόνο με την εξέταση τόσο «ποιοτικών» (Titmus,1974, Marshal,1975, Esping-Andersen,1989, Jones,1985), όσο και «ποσοτικών» (Wilensky,1975) χαρακτηριστικών. Έτσι, ενώ αναφέρονται σε καθεστάτα πρόνοιας «φιλελεύθερα» (liberal), «συντηρητικά» (conservative) και «μη-δεξιάς ηγεμονίας» (non right hegemony)³, που αντιστοιχούν ευρέως στα μοντέλα του Esping-Andersen, αλλά με κάποιες διαφορές στην κατάταξη των χωρών, παρουσιάζουν και ένα τέταρτο «ριζοσπαστικό» (radical) μοντέλο για να περιγράψουν πολιτικούς σχηματισμούς.

Ο Esping-Andersen (1989,1990) με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας, και με βάση ενός δείκτη από-εμπορευματοποίησης, διέκρινε τρία «καθεστάτα πρόνοιας» (welfare regimes),

- το «φιλελεύθερο» (liberal),
- το «συντηρητικό - κορπορατιστικό» (conservative-corporatist)
- και το «σοσιαλδημοκρατικό».

Οι ταξινομήσεις που χρησιμοποίησε αποτελούν την πιο σοβαρή προσπάθεια κατάταξης κρατών-πρόνοιας, «ένα πολύ αξιόλογο αναλυτικό εργαλείο» (Taylor-Good,1991), και

³ Υπνοούν την κυριαρχία ή ηγεμονία της Σοσιαλδημοκρατίας

δίνουν μια σαφώς διαφορετική και πιο πλήρη εικόνα σε σχέση με τις τυπολογίες βασίζονται σε συνολικές δαπάνες πρόνοιας.

Στην συνέχεια παρατίθενται τα τρία μοντέλα κρατών πρόνοιας όπως τα ταξινομήσε ο Esping-Andersen, καθώς και εν συντομία περιγραφή άλλων διακριτών μοντέλων.

1.4.1 Φιλελεύθερο ή Αγγλοσαξονικό

Τα κράτη που εφαρμόζουν το πρότυπο αυτό, είναι αγγλοσαξονικές χώρες και ενδεικτικά οι ΗΠΑ, η Μεγάλη Βρετανία, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Ελβετία.

Βασίζει την ιδεολογική του αφετηρία στους νόμους των φτωχών, και σε μια ατομικιστική θεώρηση του ανθρώπου ως έλλογο ον, προικισμένο με ικανότητες και υπεύθυνο για τις πράξεις του. Κάτω από αυτό το πρίσμα οι έχοντες ανάγκη την κρατική φροντίδα είναι μόνον οι αναξιοπαθούντες. Μάλιστα σε μια οικονομία που μεγεθύνεται και συνεπώς δίνεται η δυνατότητα αυτοσυντήρησης μέσω της εργασίας, αυτοί είτε βρίσκονται σε μια βραχεία περίοδο αιφνίδιας συμφοράς, είτε οι ίδιοι είναι ανάξιοι να συντηρηθούν, οπότε χρίζουν συμμόρφωσης μέσω του ηθικού στιγματισμού, προκειμένου να ενταχθούν στην ενεργό κοινωνία μέσω της εργασίας.

Στο Φιλελεύθερο ιδεότυπο *«το κυρίαρχο δικαίωμα είναι το δικαίωμα στην ιδιοκτησία, και οικοδομείται στον άξονα της σύμβασης ενάντια στην φιλανθρωπία. Η κοινωνική πρόνοια αποτελεί δωρεά που παραχωρείται από το κράτος και υπόκειται σε οποιουδήποτε όρους αυτό θεωρεί σκόπιμο να θέσει»* (Κατρούγκαλος Γ., 2004).

Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας αποτελεί μηχανισμό ενίσχυσης της αγοράς είτε με προγράμματα μαζικής εργασιακή ένταξης, είτε μέσω της επιχορήγησης ιδιωτικών σχεδίων πρόνοιας. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι, εν αντιθέσει με το σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο, στόχος αποτελεί η εμπορευματοποίηση των προνοιακών παροχών.

Το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τη φορολογία, επικουρικά από ασφαλιστικές εισφορές ενώ προωθείται και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στις προνοιακές παροχές. Το πρότυπο αυτό δεν έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα.

Οι παροχές χορηγούνται με καθολικό τρόπο με κριτήριο την ιδιότητα του πολίτη, ανεξάρτητα του ασφαλιστικού δεσμού, σε αντίθεση με το ηπειρωτικό μοντέλο, αλλά χαρακτηρίζεται από επιλεκτική κοινωνική βοήθεια στα πιο αδύνατα μέλη της κοινωνίας,

μετά από έλεγχο των εισοδημάτων τους (means tested assistance), κατατείνοντας στην απόλυτη και όχι στην σχετική ένδεια. Η κοινωνική πολιτική νοείται κυρίως ως το έσχατο δίκτυ ασφαλείας (safety net) των πλέον αδυνάτων και εκτός αγοράς κατηγοριών.

Βασίζεται κυρίως στην οργάνωση προνοιακών υπηρεσιών και όχι σε χρηματικές παροχές, οι οποίες διέπονται από καθεστώς ευρείας διακριτικής ευχέρειας για το είδος των υπηρεσιών που θα προσφερθούν, με κύριο σκοπό την επανένταξη στην παραγωγική διαδικασία. Το γεγονός αυτό εντεινόμενο από τον έλεγχο των εισοδημάτων έχει ως συνέπεια την δυνατότητα επέμβασης και ελέγχου της προσωπικής ζωής των δικαιούχων και το στιγματισμό τους σε επίπεδο ηθικής.

Οι εργασιακές σχέσεις ρυθμίζονται από συλλογικές συμφωνίες, οι οποίες δεσμεύουν αποκλειστικά τα συμβαλλόμενα μέρη και μόνο.

Όσον αφορά την θεσμική και νομική κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων και κατά προέκταση το κράτος πρόνοιας οι χώρες του φιλελεύθερου μοντέλου ανήκουν στο σύστημα του common law, που ευνοεί λύσεις προσανατολισμένες προς την αγορά. Τα κοινωνικά δικαιώματα δεν κατοχυρώνονται συνταγματικά, ενώ το αγγλοσαξονικό δίκαιο, λόγω της επαγωγικής του λειτουργίας, αποφεύγει την αναγνώριση κοινωνικών δικαιωμάτων, προκειμένου να μην γενικευτούν και τυποποιηθούν μεμονωμένες αποφάσεις δικαστηρίων και καταστούν καθολική κοινωνική πολιτική.

Η κριτική συνίσταται στην επέκταση των θέσεων εργασίας χαμηλής ειδίκευσης και χαμηλής αμοιβής, στην εμπορευματοποίηση των παροχών, στον στιγματισμό των ωφελουμένων, στον μη αναδιανεμητικό του χαρακτήρα και κατά συνέπεια στην αύξηση της ανισότητας και στην ιδιωτικοποίηση μέρους του κράτους πρόνοιας.

1.4.2 Συντηρητικό - Κορπορατιστικό (ή Ηπειρωτικό)

Σε αυτό το μοντέλο ανήκουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο.

Το σύστημα διαμορφώθηκε κυρίως από την επιρροή του τύπου πρόνοιας Bismarck το οποίο επιβάλλει ισχυρό γραφειοκρατικό μηχανισμό και συντεχνιακή συμμετοχικότητα, αναλόγως την ισχύ για την αποφυγή αστάθειας και συγκρούσεων, καθώς, επίσης, και

από τη μεγάλη κοινωνική επανάσταση του 1848⁴ και την κοινωνική διδασκαλία της καθολικής εκκλησίας, με χαρακτηριστικά την αρχή της επικουρικότητας⁵ και τον συντεχνιακό τρόπο οργάνωσης.

Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται είναι κατηγορικά και όχι καθολικά, βασισμένα κατά κύριο λόγο στον ασφαλιστικό δεσμό ως θεσμικό χαρακτηριστικό και κατά συνέπεια, είναι δικαιώματα των εργαζομένων και όχι των πολιτών. Οι σχετικές παροχές είναι κυμαινόμενες και αντιστοιχούν κυρίως σε χρηματικές παροχές (transfer state) και όχι σε υπηρεσίες και εξαρτώνται από τις κρατήσεις και το εργασιακό καθεστώς των δικαιούχων.

Η χρηματοδότηση των κοινωνικών παροχών, βασίζεται κυρίως στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και λιγότερο στην φορολογία. Με δεδομένη την προτεραιότητα που έχουν οι επαγγελματικές κατηγορίες, η αναδιανομή του εισοδήματος είναι σχετικά περιορισμένη και το κοινωνικό κράτος δεν αλλάζει ριζικά τους συσχετισμούς πόρων που προϋπήρχαν, τείνοντας να διατηρήσει το κοινωνικό status quo.

Βασικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας είναι η παραδοσιακή οικογένεια, η οποία στηρίζεται οικονομικά με χρηματικές ενισχύσεις ή μέσω ειδικής φορολογικής μεταχείρισης. Ο άντρας αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος, ενώ η συμμετοχή της γυναίκας στην εργασία αποθαρρύνεται και μέσω των ελλειμματικών κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας για τα παιδιά.

Στον Συντηρητικό - Κορπορατιστικό ιδεότυπο τα κοινωνικά δικαιώματα κατοχυρώνονται από συνταγματικές εγγυήσεις, οι οποίες αναδεικνύουν την αρχή του κοινωνικού κράτους ως οργανωτική βάση του πολιτεύματος, τυποποιούν τον κοινωνικό κρατικό προσανατολισμό, νομιμοποιούν τον οικονομικό παρεμβατισμό, σηματοδοτούν το περιεχόμενο των ατομικών δικαιωμάτων και της ισότητας, και τέλος ασκούν μια προφανή ιδεολογική - νομιμοποιητική λειτουργία, εξωραΐζοντας την εικόνα του κράτους προσδίδοντας στην εξουσία ένα κοινωνικό πρόσωπο (Κατρούγκαλος Γ., 2004).

⁴ Στην Γαλλία η θέσπιση εγγυήσεων των κοινωνικών δικαιωμάτων θεωρήθηκε από τους επαναστάτες ως φυσική εξέλιξη και επέκταση της συνταγματικής προστασίας που ξεκίνησε το 1789. Απαιτήθηκαν η κατοχύρωση των δικαιωμάτων (πρωταρχικά της εργασίας) με νομική φύση όμοια με τις κλασικές ελευθερίες.

⁵ Πρόκειται για μια ατομοκεντρική αρχή διαχωρισμού λειτουργιών μεταξύ των ιδιωτών, της κοσμικής και της εκκλησιαστικής εξουσίας, κατά την οποία είναι ανεπίτρεπτο να αφαιρούνται υπέρ του κράτους αρμοδιότητες από τους ιδιώτες, την οικογένεια ή την εκκλησία.

Όπως προελέχθη για την δημιουργία μιας ισχυρής γραφειοκρατικής μηχανής και τον έλεγχο των παροχών, προκειμένου να διασφαλιστεί η κοινωνική συνοχή σε συντεχνιακό επίπεδο, το μοντέλο χαρακτηρίζεται από στοιχεία κρατικού πατερναλισμού μέσω ενός ιδιαίτερα ευρέως και πολυσχιδούς δικτύου νομικών εγγυήσεων με υψηλή τυποποίηση, που συμβάλει στην δημιουργία ενός ελάχιστα ευέλικτου γραφειοκρατικού συστήματος.

Η κριτική επικεντρώνεται στον μη αναδιανεμητικό χαρακτήρα του, στα γενναιόδωρα επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης και στο χάσμα που αυτά παρουσιάζουν, στην παθητική μορφή των παροχών με αποτέλεσμα την έλλειψη κινήτρων, στην ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη στην αγορά των γυναικών, στην ακαμψία και στην απροθυμία εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στην αγορά, και τέλος στον τρόπο επίτευξης της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου δεν είναι ορατές κρατικές εγγυήσεις για τους αδυνάτους κατά τις διαβουλεύσεις.

1.4.3 Σοσιαλδημοκρατικό ή Σκανδιναβικό

Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τα σκανδιναβικά κράτη (Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Φιλανδία). Η διαμόρφωσή του προέρχεται από την πρωσική μεταρρύθμιση, την Γαλλική επανάσταση του 1789, και τον κοινωνικό συμβιβασμό που ισχυροποιήθηκε από την μακρόβια συμμαχία μεταξύ μεσαίων στρωμάτων και της αγροτικής - εργατικής τάξης εν μέσω μιας σχετικά αδύναμης αστικής τάξης. Το αποτέλεσμα αυτής της μακρόχρονης και σταθερής συμμαχίας ήταν η επέκταση των πλεονεκτημάτων της κοινωνικής πολιτικής στα μεσαία στρώματα.

Χαρακτηρίζεται από καθολικότητα όλων των παροχών (universalism), οι οποίες απορρέουν από την κοινωνική ιθαγένεια, δηλαδή την ιδιότητα του πολίτη και σε περιπτώσεις από την νόμιμη διαμονή, μέσω ενός μεγάλου αλλά ευέλικτου αποκεντρωμένου γραφειοκρατικού μηχανισμού. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις οικογενειακές παροχές και στις υπηρεσίες κατάρτισης.

Η χρηματοδότηση είναι κρατική μέσω της γενικής φορολόγησης και το μοντέλο χαρακτηρίζεται αναδιανεμητικό. Ο τοπικός φόρος, που αποφασίζουν οι ίδιες οι κοινότητες, αποτελεί κατά προσέγγιση το 50% της συνολικής φορολόγησης.

Η κοινωνική πολιτική πλην της πολιτικής για την απασχόληση ασκείται κυρίως μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, διαχειριζόμενες σχεδόν αποκλειστικά από την τοπική αυτοδιοίκηση, με συνταγματικά κατοχυρωμένες αρμοδιότητες. Η αυτοδιοίκηση έχει σε

πολύ μεγάλο βαθμό αυτοτέλεια διοικητική, αλλά, όπως προαναφέρθηκε, και οικονομική. Υφίσταται διαχειριστικό έλεγχο, αλλά όχι έλεγχο σκοπιμότητας ή εποπτεία ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών ή την αξιοποίηση των κονδυλίων που διατίθενται. Το μοντέλο αυτό αποτελεί ιστορικό συμβιβασμό ανάμεσα στην αποκεντρωτική και φιλελεύθερη αρχή της αυτοδιοίκησης⁶ και στην εξισωτική και συγκεντρωτική αρχή του κράτους πρόνοιας.

Η πλήρης απασχόληση είναι στο επίκεντρο των πολιτικών προτεραιοτήτων και μάλιστα είναι από τα μοναδικά συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματα. Στο πνεύμα αυτό το κράτος αποτελεί τον βασικό εργοδότη λόγω του εκτεταμένου δικτύου προνοιακών υπηρεσιών, ενώ παράλληλα παρατηρείται αυξημένη απασχόληση των γυναικών, κυρίως στον δημόσιο τομέα, που αγγίζει το ποσοστό του 80%.

Σε συνταγματικό επίπεδο διαπιστώνεται ελλειπτικότητα στην κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, εν μέρει λόγω της προστασίας της συλλογικής αυτονομίας, πλην του δικαιώματος στην εργασία και σε περιπτώσεις του δικαιώματος στην κοινωνική πρόνοια ως δικαίωμα στο ελάχιστο αξιοπρεπές όριο διαβίωσης, ενώ σε νομοθετικό επίπεδο τα κοινωνικά δικαιώματα κατοχυρώνονται ως πλήρως αγωγήμα.

Λόγω του γεγονότος ότι η οργάνωση του κράτους πρόνοιας γίνεται σε συλλογική βάση και όχι με εξατομικευμένες παροχές, δεν υπάρχει υψηλός βαθμός δικαιοσύνης του συστήματος προστασίας και η νομοθεσία περιορίζεται στον καθορισμό των προτεραιοτήτων της κοινωνικής πολιτικής και στη δημιουργία της υποχρέωσης της οργάνωσης των υπηρεσιών για τις οποίες δίνεται κρατική υποστήριξη, όχι όμως για το επίπεδο των παροχών.

Οι συμφωνίες μεταξύ των κοινωνικών εταίρων δημιουργούν τους βασικούς κανόνες εργατικού δικαίου, δίχως την παρέμβαση της νομοθετικής εξουσίας, διαφυλάσσοντας με τον τρόπο αυτόν τη συνδικαλιστική και τη διαπραγματευτική ελευθερία. Το κοινοβούλιο επεμβαίνει, όχι τόσο για να θεσπίσει ουσιαστικούς κανόνες δικαίου, αλλά για να διαμορφώσει κατάλληλους θεσμούς που θα επιτρέψουν την υλοποίηση των συμφωνιών εργοδοτικών και εργατικών οργανώσεων.

Η κριτική συνίσταται στα προβλήματα κόστους παροχών και δημιουργίας θέσεων εργασίας, της δυσκολίας υιοθέτησής του από άλλα κράτη, της ανομοιομορφίας παροχών σε πλούσιες και φτωχές κοινότητες, του κινδύνου πρόκλησης της κουλτούρας της

⁶ Ως αντίδραση των μικροαστών και των μικροϊδιοκτητών στον υπερ συγκεντρωτισμό των σκανδιναβικών μοναρχιών.

φτώχειας και του φόβου οικονομικής συρρίκνωσης λόγω της κινητικότητας των κεφαλαίων στο παγκοσμιοποιημένο οικονομικό περιβάλλον.

1.4.4 Λοιπά μοντέλα κρατών πρόνοιας

Πέραν των προαναφερθέντων ιδεοτύπων που προαναφέρθηκαν, μπορούμε σε παγκόσμιο επίπεδο να εντοπίσουμε περισσότερα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας είτε ως ξεχωριστές περιπτώσεις, είτε ως αποτελέσματα όσμωσης περισσοτέρων.

Το σύστημα κοινωνικής πολιτικής των πρώην σοσιαλιστικών κρατών αποτελούσε σύστημα τριών πυλώνων, της καθολικής και εν μέρει υποχρεωτικής απασχόλησης που ισοστάθμιζε το κόστος των κοινωνικών παροχών, της γενικευμένης κοινωνικής ασφάλισης και της πολιτικής κοινωνικών παροχών σε επίπεδο επιχείρησης. Μετά την πτώση του ανατολικού μπλόκ, οι πολιτικές που επιλέχθηκαν από τα νέα ανεξάρτητα κράτη ποικίλουν. Κοινό χαρακτηριστικό τους όμως είναι η κοινωνικό - οικονομικό - πολιτική αστάθεια, η ανεπάρκεια των υφιστάμενων δομών, η πίεση ενός παγκοσμιοποιημένου οικονομικού καπιταλιστικού περιβάλλοντος και οι κλυδωνισμοί της αιφνίδιας και επείγουσας μεταρρύθμισης.

Σε χώρες της Λατινικής Αμερικής διαπιστώνεται ελλειμματικότητα στην κοινωνική πολιτική και σε περιπτώσεις ανυπαρξία του ελάχιστου πυρήνα του κράτους πρόνοιας, όπως τον ορίζει ο Esping - Andersen. Υφίσταται ένα εμβρυακό ηπειρωτικό μοντέλο, το οποίο όμως ευνοεί την κρατική γραφειοκρατία. Σε περιπτώσεις όπως στην Χιλή ακολουθείται το φιλελεύθερο μοντέλο, ενώ σε άλλες όπως στην Κόστα Ρίκα το σοσιαλδημοκρατικό. Στην διαμόρφωση, την εξέλιξη και την αποδοτικότητα των συστημάτων πρόνοιας θα πρέπει να συνυπολογιστεί ο παρεμβατισμός των δυτικών δυνάμεων σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και οι πολιτικό - οικονομικές ιδιομορφίες των κρατών αυτών.

Τα κράτη της Ασίας βρίσκονται επί αιώνες υπό την πνευματική επιρροή του κομφουκιανισμού, χαρακτηρίζοντας τις κοινωνίες τους από παραδοσιακές ιεραρχικές δομές αυταρχικής συναίνεσης και ένα σύστημα ρόλων πάντα στα πλαίσια μιας ομάδας. Επιπλέον, επικρατεί μια μακροχρόνια παράδοση καχυποψίας προς την οργάνωση της κοινωνίας με νομικούς κανόνες και ένα ιδιαίτερο κολλεκτιβιστικό ήθος, ως ένας υψηλός βαθμός αλληλεγγύης στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης ομάδας πέραν της οικογένειας. Τα κράτη αυτά, αν και ακολουθούν ένα υποτυπώδες ηπειρωτικό πρότυπο, δεν έχουν υπερβεί

τις προκαπιταλιστικές κοινωνικές σχέσεις, δημιουργώντας ένα ιδιαίτερο ιδιότυπο, το συχνά αποκαλούμενο κουμφουκιανό μοντέλο. Το πρότυπο είναι αρκετά αναδιανεμητικό, ξένο σε κάθε είδους ατομικιστική θεωρία και συνεπώς του φιλελευθερισμού, με πολυκερματισμό των ασφαλιστικών φορέων και υποτυπώδεις κοινωνικές δαπάνες και ασφαλιστική κάλυψη.

1.4.5 Νότιο Ευρωπαϊκό

Στις έρευνες για την κοινωνική πολιτική και την πρόνοια έως πρόσφατα, η νότια Ευρώπη ήταν αγνοημένη.

Εντοπίζονται τρεις κύριες θέσεις για την ύπαρξη ή μη ενός Νότιο Ευρωπαϊκού μοντέλου πρόνοιας.

- i. Η πρώτη με κύριο εκφραστή της τον Esping - Andersen (1990) υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει ξεχωριστό μοντέλο στην νότια Ευρώπη, ενώ το επικρατούν σύστημα είναι μια παραλλαγή του κορπορατιστικού μοντέλου με έμφαση στον κατακερματισμό σε επαγγελματική βάση και στην αρχή της επικουρικότητας όσον αφορά στην οικογένεια.
- ii. Ένα υποτυπώδες υπανάπτυκτο κοινωνικό μοντέλο της «λατινικής περιφέρειας» εντοπίζουν επιστήμονες όπως ο Leibfried (1993), εστιάζοντας στην χαμηλή αξία των κοινωνικών επιδομάτων, και στο περιορισμένο εύρος των κοινωνικών υπηρεσιών.
- iii. Ο Ferrera (1996) και οι υποστηρικτές της γνώμης του διαπιστώνουν ένα ανεξάρτητο μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας με κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά, με κοινά προβλήματα ιδιαίτερα των λοιπών μοντέλων, και ένα σύνολο ιδιαίτερων προκλήσεων.

Σε αδρές γραμμές, θα αποτυπωθεί μια προσπάθεια να εντοπιστούν κοινοί δημογραφικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και άλλοι παράγοντες των τεσσάρων κρατών, που στην σύγχρονη ιστορία διαμόρφωσαν πιθανόν μια κοινή ιστορικά πορεία προνοιακής πολιτικής.

Μια πρώτη παρατήρηση αποτελεί η εθνική ομοιογένεια και συνοχή, πλην της Ισπανίας όπου εκεί υπάρχουν τάσεις αυτονόμησης με εθνικό περιεχόμενο (π.χ. Βάσκοι), καθώς επίσης και η θρησκευτική ομοιογένεια η οποία ξεπερνά το 94%, με επικρατούσα θρησκεία, και σε καθολικότητα αλλά και σε ιστορική συνέχεια, τον χριστιανισμό.

Μάλιστα θα πρέπει να αναφερθεί η έντονη συμβολή του θρησκευάτος στην εξέλιξη των πολιτικών γεγονότων καθώς και στην διαμόρφωση κοινωνικών δομών και αξιών.

Στα κράτη αυτά παρατηρείται καθυστέρηση στον χρόνο έναρξης της βιομηχανικής μεταστροφής της οικονομίας, καθώς επίσης και ένας διπολισμός μεταξύ πλούσιων και φτωχών περιοχών, συνήθως Βορρά - Νότου. Εξάλλου η ένταση της αστικοποίησης, η συρρίκνωση του αγροτικού τομέα και η ανάπτυξη βιομηχανικών κέντρων δικαιολογεί την προαναφερθείσα πόλωση.

Οι οικονομίες των κρατών αυτών με στοιχείο τον ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ θα λέγαμε ότι συγκλίνουν ανά ζεύγη Ελλάδας - Πορτογαλίας ως φτωχότερα κράτη και Ισπανίας - Ιταλίας ως ισχυρότερες οικονομίες.

Η πολιτική ιστορία των κρατών αυτών συγκλίνει, αν αναλογιστούμε τις μακρές περιόδους ηγεμονίας των απολυταρχικών καθεστώτων, τις περιόδους διακυβέρνησης που χαρακτηρίζονται από αστάθεια και την ιδίως μετά τα μέσα του 1980 αποκάλυψη σωρείας πολιτικών και οικονομικών σκανδάλων. Στόχευση και των τεσσάρων κρατών, όπως και όλων των δυτικών κρατών, αποτέλεσε η συμμετοχή τους σε υπερεθνικούς οργανισμούς και ιδιαίτερα στο NATO και στην ΕΟΚ.

Σημειώνεται, επίσης, ως κοινό γνώρισμα η μακρόχρονη πολεμική δραστηριότητα των κρατών, όπου επέβαλε κοινωνικοπολιτική «ετοιμότητα» και ένταση στις στρατιωτικές δαπάνες, με τα τρία κράτη να δραστηριοποιούνται σε αποικιοκρατικές δραστηριότητες ενώ την Ελλάδα να εμπλέκεται σε συρράξεις με τους γείτονές της.

Τα συνδικάτα και οι συντεχνίες κατά την διάρκεια των απολυταρχικών καθεστώτων αποτελούσαν τμήμα του συστήματος διακυβέρνησης της χώρας⁷, όπου αργότερα επηρέασε την συντεχνιακή κοινωνικοπολιτική δομή των χωρών αυτών.

Η εμφάνιση εκτεταμένων φαινομένων διαπλοκής της πολιτικής με κοινωνικούς και συντεχνιακούς φορείς και η αντιμετώπιση εμφυλίων συγκρούσεων, διαμόρφωσε ένα

⁷ «Πολύ σημαντικότερη υπήρξε η επιρροή των συντεχνιακών ιδεών στα φασιστικά καθεστώτα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα προσφέρουν το σύνταγμα της Πορτογαλίας του 1933 και το Ισπανικό *Fuero de los Espanoles* του 1945. Τούτα συγκροτούσαν μια συντεχνιακή εθνοσυνέλευση και απέδιδαν αρμοδιότητες δημοσίου δικαίου στα εργατικά συνδικάτα και σε άλλα σωματεία πάντοτε βέβαια υπό τον ασφυκτικό έλεγχο του κράτους. Η απορρόφηση και αφομοίωση των σωματείων στο Κράτος υπήρξε βασικό χαρακτηριστικό του Ιταλικού φασισμού. Στα πλαίσια του τελευταίου τα κοινωνικά δικαιώματα εξαρτώνται πλήρως από την νομιμοφροσύνη και ηθική των φορέων τους ως αναπόσπαστο τμήμα του νέου φασιστικού ανθρώπου. Νομοθετικά το 1930 και 1932 τα φασιστικά σωματεία αναγνωριζόταν ως κρατικά όργανα με αρμοδιότητα σε διοικητικά και οικονομικά θέματα». (Κατρούγκαλος, 2004)

αδύναμο και διασπασμένο κοινωνικό μέτωπο που με εξαίρεση την σύγχρονη Ιταλία δεν κατάφερε να απαιτήσει προνοιακές παροχές.

Τέλος, αναφέρεται η μετανάστευση ως κοινό φαινόμενο, όπου μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο τα κράτη αυτά εξήγαγαν μετανάστες, ενώ σήμερα αποτελούν πύλες εισροής μεταναστών από φτωχότερα κράτη.

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας όμως, ότι πολλά από τα προαναφερθέντα στοιχεία δεν απαντώνται μόνον στις τέσσερις χώρες αυτές, ενώ παράλληλα διαπιστώνονται πολλές και σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών αυτών.

1.4.5.1 Χαρακτηριστικά Νότιου Ευρωπαϊκού

Πέραν του των κοινών στοιχείων που προαναφέρθηκαν, τα μεσογειακά κράτη έχουν όλα τα δομικά και θεσμικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής πολιτικής του ηπειρωτικού προτύπου και συγκεκριμένα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης κατά Bismarck, τη χρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής κυρίως από εισφορές και όχι από φόρους, την κατηγοριοποίηση των δικαιωμάτων και την παροχή κυρίως χρηματικών παροχών και όχι υπηρεσιών.

Τα οκτώ ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των τεσσάρων αυτών κρατών παρουσιάζονται παρακάτω:

i. Εισοδηματικές Μεταβιβάσεις

Οι χώρες του αναφερόμενου νότιο - ευρωπαϊκού μοντέλου συνιστούν ακραία εκδοχή του «επιδοματοκεντρικού μοντέλου», το οποίο είναι τυπικό της Ηπειρωτικής Ευρώπης (Kohl,1981, Esping Andersen,1990, Kosonen,1994). Η προνοιακή πολιτική ασκείται κυρίως με χρηματικές παροχές οι οποίες εμπίπτουν στην λογική του Bismarck.

Παρατηρείται, λοιπόν, εξάρτηση των παροχών από την επαγγελματική θέση του ωφελούμενου, οι οποίες παρέχονται από ένα ιδιαίτερα θεσμικά κατακεραματισμένο προνοιακό σύστημα.

Η προστασία που παρέχεται αγγίζει τα όρια του διπολισμού, όπου από την μία παρέχονται αφειδής παροχές σε στρώματα του πυρήνα του εργατικού δυναμικού, τα οποία παρέχουν το δυναμικό τους στην επίσημη αγορά, ενώ από την άλλη παρέχετε πενιχρή επιδότηση σε εκείνους που βρίσκονται στην μη επίσημη ή μη θεσμοποιημένη εργασία.

Επίσης, τα κράτη αυτά είναι τα μόνα τα οποία δεν έχουν θεσμοθετήσει ένα εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους, αν και παρουσιάζεται κάποια κινητικότητα προς την κατεύθυνση αυτή⁸.

ii. Προστασία από Κινδύνους

Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο οι κοινωνικοί κίνδυνοι είναι ποικίλοι και εξελίξιμοι, με συνέπεια να απαιτούν την συνεχή αναπροσαρμογή της κοινωνικής πολιτικής.

Τα κράτη του νότιο - ευρωπαϊκού μοντέλου δεν κατανέμουν ισόρροπα την προστασία σε όλο το φάσμα των κινδύνων, αλλά και γενικά μεταξύ των διαφόρων λειτουργιών της κοινωνικής πολιτικής.

Ειδικότερα, το μεγαλύτερο μερίδιο των κοινωνικών δαπανών το καταλαμβάνουν οι συνταξιοδοτικές δαπάνες, υπερβαίνοντας τον μέσο όρο της ΕΕ.⁹ Οι παροχές και οι υπηρεσίες προς την οικογένεια είναι ελλιπείς, ενώ οι δαπάνες σε χρήμα και είδος σε αυτόν τον τομέα είναι οι χαμηλότερες στην ΕΕ¹⁰. Παρουσιάζονται τα χαμηλότερα ποσοστά ιδιοκατοίκησης στην Ευρώπη ως αποτέλεσμα της ελλιπούς δημόσιας στεγαστικής πολιτικής, ως περιφερειακή συνιστώσα της κοινωνικής προστασίας και των στεγαστικών επιδοτήσεων, σε συνδυασμό με μια ιδιαίτερα αυστηρή ρύθμιση της ιδιωτικής αγοράς ενοικίων. Επιπλέον, *«αποτελούν ουσιαστικά τις μόνες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου όπου τα άτομα της τρίτης ηλικίας απολαμβάνουν γενναιόδωρες συντάξεις, αλλά ταυτόχρονα είναι και ιδιοκτήτες της κατοικίας τους, αψηφώντας έτσι την αντισταθμιστική λογική του διαζευκτικού «ή ιδιοκατοίκηση ή σύνταξη γήρατος» που φαίνεται να ισχύει σχεδόν παντού στις χώρες του ΟΟΣΑ»* (Castles & Ferrera, 1996).

⁸ Προγράμματα ελάχιστου εισοδήματος σε περιφερειακό επίπεδο υφίστανται ωστόσο στην Ιταλία και στην Ισπανία, ενώ ένα πιλοτικό εθνικό πρόγραμμα θεσπίστηκε για πρώτη φορά στην Πορτογαλία το 1996. Moreno (1996). Στις δύο πρώτες χώρες τα προγράμματα υφίστανται μόνον σε τοπικό επίπεδο στις αυτόνομες περιοχές της Ισπανίας και στα διαμερίσματα της Ιταλίας, χωρίς να συναρτώνται με αγώγιμα υποκειμενικά δικαιώματα

⁹ για παράδειγμα, η σχέση των δαπανών κοινωνικής προστασίας για ηλικιωμένους ως προς τις δαπάνες για μη ηλικιωμένους το 1989 διαμορφωνόταν σε : μέσος όρος ΕΕ: 1,27& Πορτογαλίας: 1,40& Ισπανίας: 1,30& Ιταλίας: 4,14& Ελλάδας: 3,2 (ΟΟΣΑ, 1994)

¹⁰ Σύμφωνα με υπολογισμούς της Eurostat, το 1993 οι «οικογενειακές» δαπάνες σε χρήμα και είδος ανέρχονταν κατά μέσον όρο στο 3,5% του ΑΕΠ στην ΕΕ, 0,8% στην Πορτογαλία, 0,2% στην Ισπανία, 0,8% στην Ιταλία και 0,1% στην Ελλάδα, τα τέσσερα χαμηλότερα ποσοστά από τα δώδεκα, συνολικά, κράτη μέλη (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1995).

Τα προαναφερθέντα στοιχεία της υπερπροστασίας του κινδύνου του γήρατος, της υπανάπτυξης των οικογενειακών παροχών και υπηρεσιών και της υπανάπτυξης της δημόσιας στεγαστικής πολιτικής, συνεργούν στην διαμόρφωση μιας κοινωνικής πολιτικής δημογραφικά μεροληπτικής.

Το έλλειμμα και σε περιπτώσεις την απουσία της κοινωνικής πολιτικής έρχονται να επικουρήσουν ή και να υποκαταστήσουν οι ισχυροί οικογενειακοί και φιλικό δεσμοί που λειτουργούν ως "πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας" (primary social safety net).

iii. Υγειονομική Περίθαλψη

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από καθολικότητα μέσω ενός θεσμοθετημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), εμπνευσμένο από το βρετανικό μοντέλο, το οποίο πέραν της Ιταλίας αντιμετωπίζει πλείστα προβλήματα ολοκλήρωσης.

«Το μείγμα «κατακερματισμού σε επαγγελματική βάση» στην αναπλήρωση εισοδήματος και «καθολικότητας» στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί αρκετά ιδιόμορφο γνώρισμα των κοινωνικών κρατών αυτής της περιοχής της Ευρώπης, το οποίο τα διακρίνει περαιτέρω από τα συστήματα της Ηπειρωτικής Ευρώπης». (Ferrera,1999)

iv. Διείσδυση Κράτους

Θα ήταν αναμενόμενο η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. να επιφέρει πέραν της καθολίκευσης της κάλυψης, της τυποποίησης νορμών και δομών, αλλά και τον εκτοπισμό της ιδιωτικής παροχής από τον τομέα της υγείας. Αντιθέτως, δεν προήχθη η ενίσχυση της δημόσιας σφαίρας στην πολιτική πρόνοιας αλλά αντιθέτως αναπτύχθηκε μια ιδιόμορφη διαπλοκή του δημοσίου με το ιδιωτικό τομέα, συχνά με μεγάλο όφελος για τον τελευταίο.

Έτσι, διαπιστώνεται ο «χαμηλός βαθμός διείσδυσης του κράτους στην προνοιακή σφαίρα και στη συνύπαρξη δημόσιων και μη φορέων και θεσμών με έντονα διαπλεκόμενο χαρακτήρα». (Ferrera,1999)

v. Θεσμική Ευνοιοκρατία

Αποτελεί παραδοχή ότι σε κάποια έκταση η «θεσμική ευνοιοκρατία» χαρακτηρίζει όλα τα ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Στα κράτη, όμως, την νότιας Ευρώπης παρατηρείται σε έκταση και ένταση το φαινόμενο αυτό, που χαρακτηρίζεται ακραία από ορισμένους ως «απροκάλυπτη πελατειακή συμπεριφορά», και σχηματίζει σύνθετους μηχανισμούς «πατρωνίας» για τη διανομή των χρηματικών επιδοτήσεων.

Τα μεσογειακά κοινωνικά κράτη, όπως προαναφέρθηκε, παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό διείσδυσης του κράτους στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας, ενώ παράλληλα οι κρατικοί θεσμοί στις χώρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ευνοιοκρατικές και κομματικές πιέσεις¹¹ διαμορφώνοντας ένα έλλειμμα «κρατικότητας»¹².

Ένα ακόμη γνώρισμα θεσμικής ευνοιοκρατίας, εκτός του ελλείμματος «κρατικότητας», αποτελεί ο ρόλος που παίζουν ευνοιοκρατικοί δεσμοί ή δίκτυα στην παροχή πρόσβασης σε σημαντικές παροχές ή υπηρεσίες, «όταν μάλιστα εμφανίζουν κάποια μορφή τυπικής θεσμοποίησης»¹³, τότε οι ευνοιοκρατικές νόρμες και τα πελατειακά κυκλώματα έχουν όντως βαρύνουσα σημασία από συστημική άποψη» (Ferrera,1996).

vi. Αποδοτικότητα Δημοσίου Τομέα

Ένα ακόμη γνώρισμα των κρατών που ανήκουν στο νότιο - ευρωπαϊκό μοντέλο είναι η χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών του¹⁴ και η ιδιαίτερα χαμηλή παραγωγικότητα των δημοσίων υπαλλήλων, που οφείλεται εν μέρει στον ελλιπή βαθμό επαγγελματισμού τους, καθώς και στις μεθόδους προσλήψεων και οργάνωσης της εργασίας του διοικητικού μηχανισμού (Dente,1995).

Η αποδοτικότητα του συστήματος πρόνοιας δυσχεραίνει και από την παράδοση κρατικού συγκεντρωτισμού, παρά τις προσπάθειες αποκέντρωσης, ιδίως στην Ιταλία (1972-1977) και στην Ισπανία (1979-1984) (Κατρούγκαλος,2004).

vii. Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων της κοινωνικής πολιτικής έχει ως γνώρισμα την ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, λόγω ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου, η οποία επιδεινώνεται λόγω της εκτεταμένης

¹¹ τα διακρίνει χαμηλός βαθμός κρατικής εξουσίας καθαυτής: Αυτό αληθεύει ιδιαίτερα για την Ιταλία και την Ελλάδα, αλλά και στις χώρες της Ιβηρικής Χερσονήσου δεν λείπουν παραδείγματα κομματικής χειραγώγησης ορισμένων τομέων του κοινωνικού κράτους. (Petmesidou 1991).

¹² Για μια ανάλυση του όρου «κρατικότητας» με αυτή την έννοια πρβλ. Flora (1986).

¹³ Όπως στην περίπτωση του τομέα των παροχών αναπηρίας στην Ιταλία ή στην περίπτωση του τομέα των επιδομάτων ανεργίας για τους ανέργους του αγροτικού τομέα στην Ισπανία στη διάρκεια της δεκαετίας του '80

¹⁴ Οι νοτιοευρωπαίοι χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών δηλώνουν πολύ υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών (Ferrera 1993α)

παραοικονομίας¹⁵ και επομένως εκτεταμένης φοροδιαφυγής¹⁶, με συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότησή του.

viii. Πρόσθετα Κοινωνικά Στοιχεία

Η κοινωνική αποδόμηση, δηλαδή η αποσύνθεση των παραδοσιακών κοινωνικών αξιών και δεσμών και η γεωγραφική πόλωση, λόγω της έξαρσης της αστυφιλίας με αποτέλεσμα την ερήμωση της υπαίθρου εντοπίζουν ορισμένοι ως επιπλέον κοινά στοιχεία του νότου. (Estivill,1992)

Στα πλαίσια της κοινωνικής αποδόμησης, αλλά και ιστορικών καταβολών, παρατηρείται η έλλειψη σημαντικής δραστηριοποίησης εθελοντικών οργανώσεων, πλην της Εκκλησίας, στους τομείς κοινωνικής πολιτικής. Μόνον τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (NGO's) κοινωνικής αρωγής, σε επίπεδα ανάλογα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, μετά όμως από την προτροπή και την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1.5 Παρουσίαση στοιχείων Νότιο-Ευρωπαϊκών χωρών

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά ορισμένα δημογραφικά, κοινωνικά και πολιτικά στοιχεία των χωρών που απαρτίζουν το Νότιο Ευρωπαϊκό μοντέλο (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία), πιο συγκεκριμένα:

1.5.1 Ελλάδα

Την 11^η Ιουνίου 1975 τίθεται σε ισχύ το νέο Σύνταγμα, που καθιερώνει την προεδρευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία ως πολίτευμα της Ελλάδος με θεμέλιο του πολιτεύματος τη λαϊκή κυριαρχία. Η χώρα παρουσιάζει εθνική και θρησκευτική ομοιογένεια με επίσημη θρησκεία τον χριστιανισμό.

Μετά την πολύχρονη τουρκοκρατία η Ελλάδα δεν διήνυσε έτη πολιτικής γαλήνης, ώστε να συντάξει ένα ισχυρό συνεκτικό κράτος. Έντονη ήταν η εξάρτηση από τρίτες δυνάμεις

¹⁵ Η παραοικονομία εκτιμάται ότι παράγει ανάμεσα στο 15% και το 30% του συνολικού ΑΕΠ των χωρών της περιοχής.

¹⁶ Σύμφωνα με ορισμένους πρόσφατους υπολογισμούς, χωρίς την ύπαρξη παραοικονομίας και φοροδιαφυγής η Ιταλία θα είχε τώρα ένα δημόσιο χρέος της τάξης του 60% αντί του πλέον του 120% (Alesina & Marrth, 1996).

που εκφραζόταν στις ιδιαίτερες σχέσεις των Ελληνικών κομμάτων με ξένες δυνάμεις, και στον διορισμό του βασιλιά από αυτές. Επίσης, συντηρητισμό επέβαλαν και οι περίοδοι των δικτατορικών καθεστώτων το 1936 του Μεταξά και η επτάχρονη χούντα του Παπαδόπουλου και του Ιωαννίδη. Στις περιόδους της δημοκρατίας επικρατούν αστάθεια και πολιτικές δολοπλοκίες, ενώ η πολιτική πόλωση αποτελεί σχεδόν μόνιμο φαινόμενο με απόγειο τον εμφύλιο πόλεμο του 1944. Μόλις μετά την μεταπολίτευση, από το 1974, παρατηρείται δυτικό - ευρωπαϊκή πορεία σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον, με τις όποιες ιδιαιτερότητες.

Παρότι τα κυρίαρχα κόμματα στην Ελλάδα περιστρεφόταν γύρω του κέντρου, εν τούτοις η πόλωση εμφανιζόταν ισχυρή, ενώ η διαπλοκή και τα σκάνδαλα αποτέλεσαν μόνιμα φαινόμενα της διακυβέρνησης της χώρας.

Η ευρωπαϊκή πορεία της Ελλάδας καθορίστηκε και από την συμμετοχή της σε διεθνείς οργανισμούς και ιδιαίτερα στο NATO και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ κομβικό σημείο αποτέλεσε η είσοδος της χώρας στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ).

Σχετικά με την προσφορά της Εκκλησίας στην κοινωνική πρόνοια, αυτή χαρακτηρίζεται ως έντονη, επικουρική, ανεξάρτητη από το επίσημο κράτος. Ωστόσο, παρατηρείται διαπλοκή συμφερόντων μεταξύ κράτους και Εκκλησίας προς συμφέρον, είτε του ενός, είτε του άλλου, είτε και των δύο. Διαπιστώνεται, επίσης, μια προσπάθεια εύνοιας των κομμάτων από την Εκκλησία, λόγω χειραγώγησης των πιστών, παρέμβασης της Εκκλησίας στα πολιτικά ή παρέμβαση του κράτους στα εκκλησιαστικά.

Η Ελλάδα άρχισε να γίνεται χώρα υποδοχής μεταναστών από το 1974 (από χώρες της Μέσης και της Άπω Ανατολής), αλλά η μαζική εισροή συντελέστηκε μετά το 1990, όταν κατέρρευσαν τα καθεστώτα της Ανατολικής Ευρώπης.

Στον τομέα της κοινωνικής προστασίας, η Ελλάδα, παρουσιάζει κυρίως τα χαρακτηριστικά του ηπειρωτικού προτύπου, εξαρτώντας τις παροχές κυρίως από τον ασφαλιστικό δεσμό και όχι από τη γενική φορολόγηση, κατηγοριοποιώντας τα κοινωνικά δικαιώματα. Οι προνοιακές παροχές εστιάζονται ως επί το πλείστον σε χρηματικές και όχι σε υπηρεσίες, παρέχονται από ένα πολυκερματισμένο σύστημα φορέων, ενώ εφαρμόζεται η αρχή της επικουρικότητας, σύμφωνα με την οποία, διασφαλίζεται ένας βαθμός ανεξαρτησίας σε μια ιεραρχικά κατώτερη αρχή έναντι μιας ανώτερης ή σε μια τοπική αρχή έναντι μιας κεντρικής αρχής. Αφορά λοιπόν την κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ

πολλαπλών επιπέδων εξουσίας, αρχή που αποτελεί τη θεσμική βάση των ομόσπονδων κρατών.

Αναλυτικότερα, το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας εξακολουθεί να ταλανίζεται από στρεβλώσεις και στοιχεία ανορθολογικότητας, τα περισσότερα από τα οποία οφείλονται στην ιστορικά ιδιάζουσα ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, η θεμελίωση του τελευταίου συνέπεσε με το ανώμαλο κλίμα της μετεμφυλιακής περιόδου. Μοιραία, λοιπόν, αντί να αποτελέσει όργανο ιδεολογικής ενσωμάτωσης και νομιμοποίησης της εν γένει κρατικής εξουσίας, όπως συνέβη σε όλο τον υπόλοιπο δυτικό κόσμο, χρησιμοποιήθηκε ως ένα ακόμη εργαλείο ενίσχυσης των επαγγελματικών και κοινωνικών ομάδων που συμμετείχαν στο μετεμφυλιακό πελατειακό σύστημα νομής της εξουσίας

Ο σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής, ιδίως του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, δεν έγινε με στρατηγικό σκοπό την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, αλλά με κριτήρια άμεσα σχετιζόμενα με την πελατειακή εξυπηρέτηση συμφερόντων κοινωνικών ομάδων που είτε συμμετείχαν άμεσα στο σύστημα εξουσίας ή των ανερχόμενων μεσαίων στρωμάτων, των οποίων επιδιώχθηκε συστηματικά η ενσωμάτωση. Το αποτέλεσμα ήταν ο κατακερματισμός των συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων και ο πολλαπλασιασμός ασφαλιστικών φορέων με εξαιρετικά άνισες παροχές και καλύψεις.

Παρά την κατάρρευση του μετεμφυλιακού πλέγματος εξουσίας μετά τη μεταπολίτευση, οι στρεβλώσεις αυτές παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό και μάλιστα όχι μόνον για λόγους θεσμικής αδράνειας, αλλά και διότι οι πελατειακές σχέσεις εξακολουθούσαν να ορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πολιτική ζωή του τόπου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στρέβλωσης του συστήματος ασφάλισης λόγω της πολιτικής αυτής κατάστασης αποτελούν ο πολλαπλασιασμός των συντάξεων αναπηρίας, των επαγγελματιών που δικαιολογούν ασφάλιση ως «βαρέα και ανθυγιεινά» αλλά και ο μεγάλος αριθμός πρόωρων συντάξεων¹⁷.

Για τους λόγους αυτούς, τουλάχιστον μέχρι την μεταπολίτευση του 1974, είναι ζήτημα εάν μπορεί να γίνει λόγος για πραγματικό κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα, λόγω της υπανάπτυξης των σχετικών δομών και υπηρεσιών. Ακόμη και σήμερα όμως, παρά την

¹⁷ Οι πρόωρες συντάξεις μέχρι και το 2000 απορροφούσαν το 21,9% των δαπανών για συντάξεις, με το αντίστοιχο μέσο ποσοστό στην ΕΕ μόλις 4,9%. (Ανάλογη είναι η κατάσταση στην Ιταλία, όχι όμως στην Ισπανία και την Πορτογαλία, όπου το σύστημα κοινωνικής προστασίας δεν διαμορφώθηκε τόσο από πελατειακές σχέσεις πατρωνίας, αλλά από το ιδιόμορφο σύστημα καθολικού-συντηρητικού κορπορατισμού, που εξέθρεψαν οι δικτατορίες Φράνκο και Σαλαζάρ

ωρίμανση του συστήματος κοινωνικής πολιτικής η αποτελεσματικότητα του τόσο ως προς την αντιμετώπιση της φτώχειας, όσο και ως προς τον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων είναι ιδιαίτερα περιορισμένη.

Η Ελληνική κοινωνία των πολιτών διαμορφώθηκε στο πλαίσιο του αυταρχικού κορπορατισμού¹⁸. Τα συστατικά χαρακτηριστικά του τελευταίου στοιχειοθετούν την ασθενική ανάπτυξη της Ελληνικής Κοινωνίας των Πολιτών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επέκταση και την εδραίωση των πελατειακών δικτύων που ανατροφοδοτούν, αλλά ανατροφοδοτούνται από τον μη εκσυγχρονισμό της κοινωνίας. (Μουζέλης, 1998)

Το κοινωνικό κράτος στο Ελληνικό νομικό σύστημα κατοχυρώνεται συνταγματικά, καθιστώντας τα βασικά κοινωνικά δικαιώματα αγωγή, ενώ το σύστημα των κοινών νόμων κρίνεται πολύπλοκο

1.5.2 Ισπανία

Η Ισπανία έγινε συνταγματική Μοναρχία έπειτα από τον θάνατο του δικτάτορα Φράνκο (1975). Οι ισχυρότεροι πολιτικοί πόλοι είναι το Λαϊκό κόμμα (συντηρητικό με υποστήριξη των χριστιανοδημοκρατών και φιλελεύθερων), και το Σοσιαλιστικό Εργατικό κόμμα. Η κυρίαρχη θρησκεία, σύμφωνα με το άρθρο 6 του Χάρτη των Ισπανών, είναι η ρωμαιοκαθολική ομολογία. Λειτουργώντας με ένα θεοκρατικό σύστημα το κράτος δεσμεύεται να εμπνέεται στην νομοθεσία του από το καθολικό δόγμα.

Ενώ η μετανάστευση σε τρίτες χώρες και ιδιαίτερα στην Αμερική ισοζυγίστηκε μέχρι το 1940, η εσωτερική μετανάστευση σε περιοχές βιομηχανικά ανεπτυγμένες ή περιοχές που παρουσιάζουν τουριστική ανάπτυξη είναι πολύ διογκωμένη, προκαλώντας ανησυχητικά φαινόμενα αστυφιλίας και ερήμωσης της υπαίθρου.

Η Ισπανία, αφού πέρασε μια περίοδο οικονομικού και πολιτικού λήθαργου που την τοποθέτησε στο περιθώριο της Ευρώπης, βγήκε από την απομόνωση το 1950, που την μεταμόρφωσε από αγροτική και κτηνοτροφική χώρα σε μια χώρα ταχείας οικονομικής ανάπτυξης.

¹⁸ Απολυταρχικός κορπορατισμός: ιδιαίτερα γνωρίσματα την επέμβαση παρά την συνεργασία μεταξύ κράτους και κοινωνικών εταίρων, τον ανορθολογισμό της κρατικής διοίκησης, την αντανάπτυξιακή οικονομική πολιτική, την πελατειακή συσσώματωση, την ενδογενή εθνικιστική ιδεολογία με εκσυγχρονιστικά στοιχεία, που συνεπάγεται ασθενή κοινωνία των πολιτών. (Μουζέλης, 1998)

Στην χώρα υπάρχει σύστημα σύνταξης και περίθαλψης που ισχύει από το 1949. Ο νόμος περί οικογενειακής επιδότησης παρέχει από το 1939 μηνιαία επιδόματα στους εργαζόμενους Ισπανούς, αναλογικά με τα παιδιά που έχουν. Το 1997 το 5,8% του κρατικού προϋπολογισμού κατανεμήθηκε στις υπηρεσίες υγείας. Από τον προϋπολογισμό κοινωνικής ασφάλισης το 50% κατευθύνεται σε συντάξεις και το 30% στην περίθαλψη.

Ο ρόλος της καθολικής Εκκλησίας στην Ισπανία ήταν σημαντικός. Ωστόσο, η κυρίαρχη ιδεολογία αφορούσε μια δημόσια και, ταυτόχρονα, λαϊκή αρωγή προς τους φτωχούς. Στα 1822 εντοπίζεται ο πρώτος νόμος που αφορούσε τη δημόσια κοινωνική αρωγή (Beneficienza), ο οποίος, λίγα χρόνια αργότερα, το 1849 τροποποιείται από νεότερο νόμο και από ένα διάταγμα του 1852. Οι παραπάνω αλλαγές καθιέρωσαν ένα σύστημα διοίκησης περισσότερο συγκεντρωτικό και λαϊκό. Το 1836, με βασιλικό διάταγμα ορίστηκαν οι δημοτικές αρχές υπεύθυνες για τα προγράμματα βοήθειας προς τους φτωχούς. Παρατηρούμε, επομένως, ότι ήδη από τον 19^ο αιώνα άρχισαν να διαφαίνονται οι πρώτες ενέργειες για τη σύσταση ενός συστήματος «δημόσιας φιλανθρωπίας».

Κατά την περίοδο της δικτατορίας του Franco η επιρροή που ασκούσε η Εκκλησία ενισχύθηκε. Μία εκκλησιαστική οργάνωση, η λεγόμενη Caritas, ανέλαβε να διανείμει στους έχοντες ανάγκη, τρόφιμα και υπηρεσίες, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο ένα είδος κοινωνικής βοήθειας (Νόμος του 1953). Παράλληλα, συστάθηκαν ειδικές οργανώσεις για παιδιά, γυναίκες και νέους (Seccion Femenina, Movimiento Nacional, Frente de Juventudes) με σκοπό, κυρίως, τη στρατολόγηση στο νεοφασιστικό κόμμα παρά την ενίσχυση της κοινωνικής πρόνοιας. Το φρανκικό σύστημα βασιζόταν σε ένα ιδιόμορφο μείγμα καθολικού κορπορατισμού και νεοφασισμού, με ιδιαίτερα δεσποτικά χαρακτηριστικά, γραφειοκρατικό αλλά και «ελλειμματικό». Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, η ύπαρξη κράτους πρόνοιας στον ισπανικό χώρο κρίνεται ιδιαίτερα αμφίβολη.

Όπως διαπιστώνει ο Esping - Andersen, τόσο το καθεστώς του Σαλαζάρ, όσο και εκείνο του Franco δεν ακολούθησαν το βισμαρκικό μοντέλο κοινωνικών παροχών, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο θα κλυδώνιζε, ίσως, τα θεμέλια της κοινωνικής ειρήνης. Οι πρώτες προσπάθειες για τη συγκρότηση του σύγχρονου ισπανικού κράτους πρόνοιας ανάγονται στα έτη 1963-1966. Αυτή τη περίοδο, εντοπίζεται η μεταρρύθμιση στη κοινωνική πολιτική, η οποία, όμως, δεν απέφερε ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα. Στο διάστημα μέχρι τη πτώση της δικτατορίας, το ποσοστό κοινωνικής ασφάλισης του πληθυσμού ανέρχονταν στα 2/3.

Κατά τη διάρκεια της δημοκρατικής περιόδου, με κύριο χαρακτηριστικό την αυξημένη αυτονομία των κρατών, η κάθε περιοχή, ακολουθεί δική της κοινωνική πολιτική, θεσπίζοντας σχετικό νόμο. Τα αυτόνομα κράτη έχουν την υποχρέωση να συμπεριλάβουν στον προϋπολογισμό τους κονδύλια για τη χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Το σύστημα κοινωνικής πολιτικής συνεχίζει να βρίσκεται υπό τον έλεγχο της κρατικής – κυβερνητικής εξουσίας, ενώ και οι τοπικές αρχές¹⁹ παραμένουν υπεύθυνες για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών²⁰. Παρά τις θετικές αυτές προσπάθειες, οι τοπικιστικές οργανώσεις, οι ιδιομορφίες ανά περιοχή και οι εθνικισμοί λειτούργησαν ως τροχοπέδη στη καθολική ομογενοποίηση της κοινωνικής πολιτικής.

Σοσιαλιστικές αλλά και συντηρητικές κυβερνήσεις, στηριζόμενες στην αρχή της επικουρικότητας, προέβησαν σε κρατικές επιχορηγήσεις στην εθελοντική οργάνωση Caritas, αλλά και σε άλλες βάση του νόμου 33/1987. Η βασική πολιτική επιλογή της, όμως, είναι υπέρ της άνευ όρων οικονομικής ανάπτυξης, της αντιπληθωριστικής πολιτικής και της ελαστικότητας. Η κοινωνική πολιτική αρχίζει, σαφώς, να παραγκωνίζεται και να διαφαίνεται μια τάση μείωσης των κοινωνικών δαπανών.

Η εισαγωγή ενός συστήματος ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος (σε επίπεδο "αυτόνομων κρατών"), που μοιάζει με το γαλλικό R.M. (όπου το βοήθημα εξαρτάται από την αποδοχή εκ μέρους του δικαιούχου των προσφορών εργασίας που θα του προταθούν), αποτελεί σημαντική καινοτομία τόσο για την Ισπανία, όσο για όλες τις μεσογειακές χώρες.

Παρόμοια νομοθεσία υφίσταται στη Χώρα των Βάσκων, τη Μαδρίτη, την Αστουρία, την Καταλονία, την Κανταβρία, την Ναβάρρα, τη Ριόχα, την Καστίλη, τη Βαλένθια και την Ανδαλουσία. Στις περιοχές αυτές ο δείκτης ανεργίας και εργασιακής αβεβαιότητας βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο. Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρωτοπόρα περιοχή, ως προς την εισαγωγή του μέτρου αυτού, ήταν η χώρα των Βάσκων (Μάρτιος 1989), που χαρακτηρίζεται από την ταχύτερη αποβιομηχάνιση και το μικρότερο κατά κεφαλή εισόδημα σε όλη την Ισπανία.

¹⁹ Κοινότητες, δήμοι.

²⁰ Σύμφωνα με το άρθρο 26 του νόμου της 2/4/1985 οι δήμοι άνω των 20.000 κατοίκων έχουν την υποχρέωση να χρηματοδοτούν οι ίδιοι τα σχετικά προγράμματα κοινωνικής βοήθειας

1.5.3 *Ιταλία*

Η Ιταλία συστάθηκε ως κράτος το 1861 και από το 1946 εγκαθίδρυσε δημοκρατικό πολίτευμα. Ο ιταλικός πληθυσμός είναι ομοιογενής στην καταγωγή του ενώ μια γενική διάκριση γίνεται ανάμεσα στους βορείους και νοτίους Ιταλούς, η οποία βρήκε πολιτική έκφραση την δεκαετία του 1990 με την ίδρυση της Λίγκας του βορρά στην Λομβαρδία κι της Εθνικής Συμμαχίας στον νότο.

Μεταπολεμικά κυριαρχήθηκε από την διαμάχη του Κομμουνιστικού κόμματος, το οποίο ήταν από τα ισχυρότερα στην Ευρώπη και του Χριστιανοδημοκρατικού το οποίο κυριαρχούσε στην πολιτική σκηνή λόγω της στήριξης της εκκλησίας και άλλων θεσμών. Την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα τα δύο ισχυρά κόμματα διαλύθηκαν λόγω των εξελίξεων στην Ανατολική Ευρώπη και λόγω σωρείας σκανδάλων. Σήμερα, η πολιτική κατάσταση είναι η ίδια με περισσότερα μικρά κόμματα που αντιπροσωπεύουν όλες τις πολιτικές εκφάνσεις.

Το 1921 ανήλθε ο φασισμός στην εξουσία με τον Μουσολίνι ως δικτάτορα, έως το 1943, όπου ξέσπασε εμφύλιος πόλεμος μεταξύ της βόρειας Ιταλίας υπό τον Μουσολίνι και της νότιας, που κατελήφθη από τους συμμάχους, πολέμιες της Γερμανίας. Τέλος, το 1945 η Ιταλία εκδημοκρατίστηκε και απαλλασσόμενη από το φασιστικό καθεστώς, εισήλθε σε μια μακρά περίοδο πολιτικής αστάθειας.

Η δράση των ερυθρών ταξιαρχών, το πολιτικό σκάνδαλο P-2 του 1981 με τη διαπλοκή χιλιάδων προσώπων με την μασονία, του 1990 με την αποκάλυψη ενός παραστρατιωτικού δικτύου, του 1992 περί δωροδοκίας πολιτικών και συνεργασίας τους με την μαφία, το 1994 περί παρεμβατισμού στην δικαστική εξουσία, του 1997 περί λογιστικών ατασθαλιών του Μπερλουσκόνι, περιγράφουν εν μέρει την διαφθορά της πολιτικής και δικαιολογούν την προαναφερθείσα αστάθεια και την εφαρμογή πρακτικών πελατειακής πατρωνίας.

Η βιομηχανική ανάπτυξη, που προκάλεσε φαινόμενα αστυφιλίας και ανισόροπης δημογραφικής ανάπτυξης, σημειώθηκε αρχικά (1900) μόνο στις μεγάλες πόλεις της βορειοδυτικής Ιταλίας δημιουργώντας το τρίγωνο του βορρά (Μιλάνο, Τορίνο, Γένοβα). Παράλληλα, αναπτύχθηκαν εργατικά κινήματα σοσιαλιστικής επαναστατικής ιδεολογικής βάσης, τα οποία μετασχηματίστηκαν σε μεταρρυθμιστικά, ενώ αργότερα (1921) σχημάτισαν το Κομμουνιστικό κόμμα. Σήμερα, η δύναμη των εργατικών

κινημάτων γίνεται φανερή από τις κινητοποιήσεις το 1989 των τριών εργατικών ενώσεων ενάντια στην μείωση της δωρεάν ιατρικής περίθαλψης και από τις κινητοποιήσεις του 1994, που ανέτρεψαν τα σχέδια της κυβέρνησης για αλλαγή του συστήματος συνταξιοδότησης.

Ο Β΄ παγκόσμιος πόλεμος προξένησε ανυπολόγιστες καταστροφές στην χώρα, η οποία μετά από πολλές μεταπτώσεις και κλυδωνισμούς, κατάφερε σήμερα να αποτελεί μια ισχυρή οικονομική δύναμη στην Ευρώπη. Σύμφωνα με στοιχεία του 2003 ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ ανέρχεται σε 0,4%, η ανεργία σε 8,6%, ο πληθωρισμός στο 2,7%, ενώ η απασχόληση κατανέμεται σε 5% στην αγροτική οικονομία, 32% στην βιομηχανία, 63% στις υπηρεσίες, συνεισφέροντας στο ΑΕΠ 2,2%, 28,9% και 68,9% αντίστοιχα.

Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει περίθαλψη και κοινωνική πρόνοια, δημόσια και ιδιωτική, και αφορά κυρίως την οικονομική και υγειονομική βοήθεια, την προστασία της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας, και τις παροχές στους υπερηλίκους. Το 1999 αντιστοιχούσε ένας γιατρός σε 169 άτομα, ενώ το 1998 μία νοσοκομειακή κλίνη σε 182 άτομα (OECD 2009).

Το ιταλικό μοντέλο κοινωνικής προστασίας παρουσιάζει ιδιαίτερες ομοιότητες με το ελληνικό, αν λάβουμε υπόψη μας ότι και το τελευταίο αποτελούσε - και συνεχίζει να αποτελεί - κατ' εξοχή προϊόν προεκλογικών σκοπιμοτήτων και πελατειακών σχέσεων. Πρόκειται για ένα σύνολο μεμονωμένων και αποσπασματικών ρυθμίσεων που χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή επέκταση παροχών σε διάφορα στρώματα, κυρίως αγροτών και αυτοαπασχολούμενων. Παράλληλα, στην Ιταλία παρατηρείται μια ιδιότυπη αλληλεγγύη, ιδιαίτερα επηρεασμένη από το κοινωνικό δόγμα της καθολικής εκκλησίας. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις υπηρεσίες που, κατά καιρούς, προσέφερε παρέχονταν υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης ήδη από το 1980.

Από την άλλη, στο κυρίαρχο πολιτικό σκηνικό ο κοινός προσανατολισμός εντοπίζεται στην απόκρουση του κινδύνου που ελλόχευε ο κουμμουνισμός. Αυτή η παράμετρος οδήγησε στην ενσωμάτωση των μεσαίων και αγροτικών στρωμάτων, με στόχο, αφενός να διατηρηθούν οι μισθοί και οι παροχές της εργατικής τάξης σε ένα χαμηλό επίπεδο και, αφετέρου, να πάψουν τα συνδικάτα να υφίστανται έλεγχο από τις δυνάμεις της αριστεράς.

Προς υλοποίηση αυτής της πολιτικής απονεμήθηκαν επιλεκτικά σε συγκεκριμένες ομάδες του δημόσιου κυρίως τομέα, προνομιακές παροχές (π.χ. συνταξιοδοτικές αλλά και άλλες). Ο στόχος επετεύχθη μέσω της δημιουργίας 120 διαφορετικών ασφαλιστικών

ταμείων και οργανισμών. Παράλληλα, η απουσία ενός οικουμενικού συστήματος κοινωνικής προστασίας και ως εκ τούτου η επιτακτική ανάγκη εξάλειψης των κοινωνικών προβλημάτων, οδήγησε σε μια αθρόα παροχή συντάξεων αναπηρίας. Οι συντάξεις αυτές ξεπερνούν σήμερα τα 6.000.000 και πολλές φορές απονέμονται σε απόλυτα υγιείς ανθρώπους.

Έκτοτε, και ιδιαίτερα μετά το 1968, η Αριστερά, αλλά και τα συνδικάτα κατόρθωσαν να αυξήσουν τη δύναμή τους, γεγονός που οδήγησε τα τελευταία να συμμετάσχουν ενεργά σε ορισμένα κέντρα λήψης αποφάσεων. Κατόρθωσαν, μάλιστα, στη συνέχεια, να αποτελέσουν την πλειοψηφία στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας. Απόρροια αυτής της αλλαγής του συσχετισμού δυνάμεων υπήρξε η χορήγηση ενός βοηθήματος, που θα λειτουργούσε συμπληρωματικά σε αυτούς οι οποίοι είχαν σύνταξη κατώτερη του ορίου φτώχειας, αλλά και η παροχή μιας ειδικής πρόωρης σύνταξης σε όσους ζούσαν σε υποβαθμισμένες περιοχές με υψηλούς δείκτες ανεργίας. Παράλληλα, χορηγήθηκε και ένα νέο σύστημα συντάξεων, αυτό του 1969. Η «κοινωνική» αυτή σύνταξη παρέχονταν σε όσους ήταν άνω των 65 ετών και δεν είχαν άλλους πόρους συντήρησης.

Την περίοδο 1977-1978 σημείο αναφοράς αποτελεί ο «ιστορικός συμβιβασμός» μεταξύ χριστιανοδημοκρατών και ευρωκομμουνιστών. Στόχο αποτέλεσε ο, εν τέλει ανεπιτυχής, εξορθολογισμός του ασφαλιστικού συστήματος, ο οποίος θα υλοποιούνταν με κατάργηση ορισμένων ασφαλιστικών οργανισμών του δημοσίου, με εξαίρεση, όμως, «προνομοιούχες» ομάδες ασφαλισμένων. Ταυτόχρονα, πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες «ενεργών» πολιτικών με στόχο την προώθηση της απασχόλησης (active labour policies). Δόθηκαν επιδοτήσεις νέων θέσεων εργασίας για νέους και συστάθηκαν προσωρινές θέσεις εργασίας στο δημόσιο. Έτσι, λόγω της μη αντιστοιχίας μεταξύ εσόδων και δαπανών προέκυψε μεγάλη έλλειψη στα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων, ιδίως μετά το 1960.

Στην ιταλική περίπτωση σημαντική κρίνεται η συμβολή του δικαστηρίου, όσον αφορά την εφαρμογή των κοινωνικών δικαιωμάτων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την επιβολή της αρχής της μη διαφοροποίησής τους από περιοχή σε περιοχή. Μια ακόμη καινοτομία του δικαστηρίου αποτελεί η αναγνώριση νέων, «άγραφων» δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα στο περιβάλλον, ως απόρροια του δικαιώματος στην υγεία. Με αυτό τον τρόπο, επιβεβαίωσε τον "ανοικτό" χαρακτήρα των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Τέλος, τα κοινωνικά δικαιώματα στην Ιταλία προστατεύονται βάση του αυτοτελούς κανονιστικού

τους περιεχομένου χωρίς να συνδέονται, με το δικαίωμα της ιδιοκτησίας, νομιμοποιητικά. Εν τούτοις, η νομολογία δεν έχει αποκαταστήσει τα κοινωνικά δικαιώματα στο ίδιο επίπεδο με τα ατομικά, εξαρτώντας την εφαρμογή τους από τους διαθέσιμους από τον νομοθέτη οικονομικούς πόρους²¹.

1.5.4 Πορτογαλία

Σύμφωνα με το σύνταγμα του 1933, η Πορτογαλία χαρακτηριζόταν ως «ενιαία συντεχνιακή δημοκρατία». Μετά τη πλήρη αποκατάσταση της δημοκρατίας (1974), το πολίτευμα της χώρας είναι η κοινοβουλευτική δημοκρατία. Τα κυριότερα πολιτικά κόμματα στη χώρα είναι το Σοσιαλιστικό Κόμμα, Σοσιαλδημοκρατικό Κόμμα, το Κομμουνιστικό Κόμμα, το Λαϊκό Κόμμα, το Κόμμα των Οικολόγων και των Πρασίνων και ο Συνασπισμός της Αριστεράς. Περίπου 95% των κατοίκων της χώρας είναι χριστιανοί ρωμαιοκαθολικοί, ενώ οι προτεστάντες υπολογίζονται γύρω στο 1%. Υπάρχει, επίσης, και ένας μικρός αριθμός μουσουλμάνων, Εβραίων, Ινδουιστών κ.α.

Η δημογραφική ανάπτυξη ήταν αισθητή από τον 19^ο αι., παρά τα ισχυρά μεταναστευτικά ρεύματα προς το εξωτερικό. Η εσωτερική μετανάστευση τείνει συνεχώς προς τις ακτές που αποτελούν σήμερα τον κυριότερο πόλο έλξης.

Από το 1960 και μετά η Πορτογαλία άρχισε να σημειώνει ρυθμούς ανάπτυξης πολύ ταχύτερους από εκείνους του παρελθόντος, αλλά παρά τις προόδους εξακολουθεί να είναι μία από τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης.

Η κοινωνική πρόνοια, σε όλη τη διάρκεια του καθεστώτος Σαλαζάρ, είχε παραμεληθεί. Ωστόσο, δόθηκε κάποια ώθηση στην υγειονομική περίθαλψη μετά το 1959, η οποία εφαρμόστηκε, όμως, εν μέρει και μόνο σε ορισμένα αστικά και επαρχιακά κέντρα. Το 1992 ψηφίστηκε νέος νόμος για την υγεία, ενώ από το 1989 ρυθμίστηκαν θέματα συντάξεων, επιδομάτων ανεργίας κ.ά. Στην Πορτογαλία λειτουργεί πλέον ένα μεικτό σύστημα δημόσιας υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα).

Η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας στην Πορτογαλία ταυτίζεται αρκετά με αυτή της Ισπανίας. Η δικτατορία του Σαλαζάρ μοιάζει να ταυτίζεται με το νεοφασιστικό καθεστώς

²¹ «Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ασφαλιστικών παροχών, όπου, η Corte Costituzionale θεωρεί ότι ο νομοθέτης μπορεί να σταθμίσει τις εύλογες απαιτήσεις των ασφαλισμένων και την ανάγκη οικονομικής επιβίωσης των ασφαλιστικών ταμείων και να μειώσει τις σχετικές παροχές, με μοναδικό φραγμό τον σεβασμό των αρχών της ισότητας και της αναλογικότητας.» (Κατρούγκαλος, 2004)

του Franco. Στη περίοδο μέχρι τον 19^ο αι. οι φιλανθρωπικές οργανώσεις ήταν εκείνες που ασκούσαν κοινωνική πολιτική, και οι οποίες ιδρύονταν από ευγενείς έχοντας αρχέτυπο τη Santa Casa di Misericordia di Lisbona που ιδρύθηκε από την Ντόνα Ελεωνόρα στα τέλη της δεκαετίας του 1490 (1498). Ο νόμος για την Κοινωνική Πρόνοια θεσπίστηκε στα 1944. Ο ρόλος του κράτους στη κοινωνική πολιτική παρέμεινε επικουρικός. Παράλληλα, όμως, το κράτος ασκούσε και έλεγχο στις δράσεις των ιδιωτικών οργανώσεων.

Ωστόσο, παρά τις όποιες προσπάθειες για ενίσχυση της κοινωνικής ασφάλισης, μέχρι το 1974 μόνον το 20% του πληθυσμού ήταν ασφαλισμένο. Μετά τη πτώση της δικτατορίας (1974), το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα επιδόματα των ανέργων άρχισαν να αποκτούν υφή. Η ανάγκη επέκτασης της κοινωνικής προστασίας αποτυπώνεται στην επαναστατική διακήρυξη του 1974 (Programma del Primo Governo, decreto-legge 203/74, 15/3/1974). Χρειάστηκε να περάσει μια δεκαετία για να ψηφιστεί τελικά, ένας νέος νόμος (28/84) για την Κοινωνική Ασφάλιση ο οποίος διασφάλιζε ότι η κοινωνική πολιτική δεν θίγει «την αρχή της ευθύνης της οικογένειας, των πολιτών και της κοινότητας» και καθιέρωνε ρητά την αρχή της επικουρικότητας. Έκτοτε, η κοινωνική πολιτική περιορίζεται σε ένα ορισμένο δημοσιονομικό κόστος και σε ανάλογες παροχές.

1.6 Στατιστικά Στοιχεία

Παρακάτω, θα γίνει προσπάθεια ανάλυσης αριθμητικών δεδομένων σε αδρές γραμμές, τα οποία παρατίθενται και στο παράρτημα των πινάκων.

Στου πίνακες που χρησιμοποιούνται παρουσιάζονται οι χώρες του υπό έρευνα νότιο - ευρωπαϊκού μοντέλου (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), και ενδεικτικά για το φιλελεύθερο το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελβετία, για το ηπειρωτικό η Γερμανία, η Γαλλία, η Αυστρία, και για το σοσιαλδημοκρατικό η Σουηδία, η Δανία, η Νορβηγία και η Φιλανδία.

Στον Πίνακα 1.1, παρατηρούμε ότι η διαφορά των ΑΕΠ των τεσσάρων χωρών του υπό εξέταση μοντέλου είναι πολύ μεγάλη, με την Ιταλία να εμφανίζεται ως η χώρα με το μεγαλύτερο ΑΕΠ και ακολουθούν η Ισπανία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα στοιχεία για τα έτη 2002 έως 2011 η Ιταλία παρουσιάζει μέσο όρο 102, η

Ισπανία 91 με μια γενικότερη τάση μεγέθυνσης, η Ελλάδα 87 με αυξητικές τάσεις ενώ η Πορτογαλία 83 με ήπιες πτωτικές τάσεις.

Πίνακας 1.1: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές αγοράς (PPS, EU-27 = 100, 2002 - 2011).

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	M.O
EU(27 countries)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Euro area (17 countries)	101,4	103,3	103,3	102,5	102	101,4	103,2	105,8	104,7	104,4	103
Denmark	130,8	136	134,1	137,7	137,2	136,1	137,4	140,5	137,3	136,8	136
Germany	110,2	108,6	106,4	103,6	102,9	102,3	103,8	106,7	105,3	104,5	105
Greece	77,3	81,5	82,6	85,3	85,9	88,5	89,7	92,7	91,8	92	87
Spain	85,8	89,1	90,1	91,4	90,3	89,7	92,1	94,2	93,2	93,3	91
France	105,9	111	111,6	110,3	110,9	110	112,8	115,2	113,4	113,6	111
Italy	99	101,1	103,6	103,5	102,4	100,6	100,9	103,9	104,6	102,9	102
Austria	104,8	104,7	103,8	105,9	105,2	106,8	109	112,3	110,8	110,5	107
Portugal	82,9	83,6	85	81,8	81,3	81,3	83	84,3	83	82,5	83
Finland	117,4	119,6	115,8	116,7	116,7	115,8	117,4	120,1	119,3	121,7	118
Sweden	119,5	121,1	118,5	120,7	120,6	118,3	116,7	111,8	122,9	129,1	120
United Kingdom	116,8	109,6	110,6	111,1	112,9	116,1	104,5	97,4	100,1	101,8	108
Norway	142	134,8	127,5	132,7	132,6	134,8	136,1	135,7	146	148,5	137
Switzerland	141,3	138,2	134,9	134,5	129,9	120	124,8	134,8	142,8	153,9	136

πηγή : EUROSTAT 2009

Πίνακας 1.2: Public and private social expenditure in percentage of GDP (2007)

In % of GDP	Private	Public	Total (λ)
OECD	3,0	19,3	22,3
Norway	2,0	20,8	22,8
Greece	1,5	21,3	22,9
Portugal	1,9	22,5	24,4
Finland	1,1	24,9	26,0
UK	5,8	20,5	26,3
Switzerland	8,3	18,5	26,8
Italy	2,1	24,9	27,0
Germany	2,9	25,2	28,0
Austria	1,8	26,4	28,2
Denmark	2,6	26,1	28,7
Sweden	2,9	27,3	30,2
France	2,9	28,4	31,3
Spain	0,5	21,6	22,1

πηγή : OECD 2007

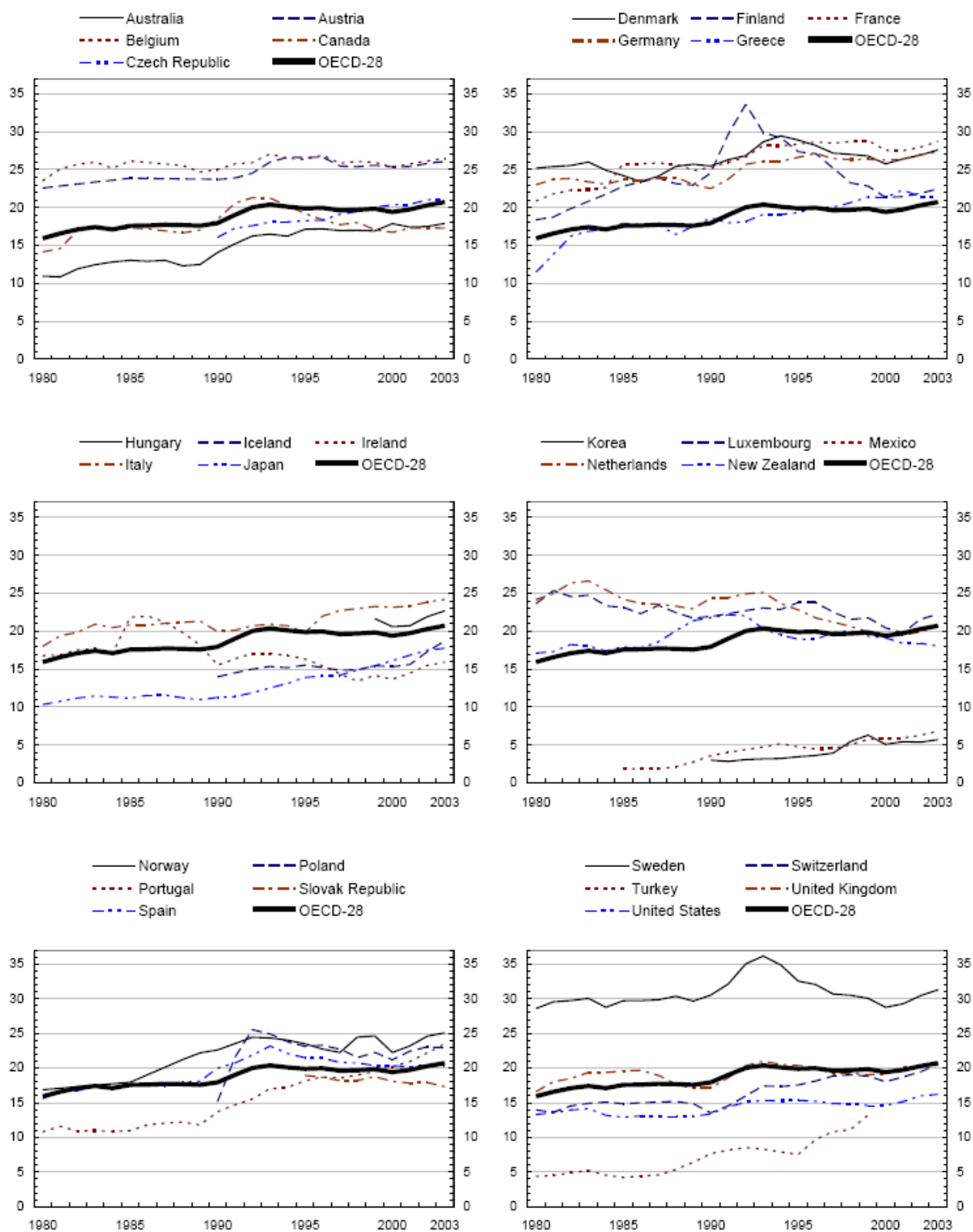
Ο Πίνακας 1.3 μας μαρτυρά ότι από τις τέσσερις χώρες μόνον η Ελλάδα και η Ισπανία το έτος 2003 δεν διέθετε υποχρεωτικό ιδιωτικό φορέα κοινωνικών παροχών. Αναφορικά με το σύνολο της συμμετοχής των υποχρεωτικών και μη ιδιωτικών φορέων στις κοινωνικές παροχές βλέπουμε την Ιταλία, την Ελλάδα και την Πορτογαλία να κατέχουν το 10 %, 8,5% και 6% αντίστοιχα ενώ η Ισπανία το 1,5%.

Πίνακας 1.3: Ιδιωτικές υποχρεωτικές και εθελοντικές κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (2007)

	Mandatory private					Voluntary private					Total private	Share of private in total (public+private) social spending %
	Total	Old age	Incapacity	Health	Other	Total	Old age	Incapacity	Health	Other		
Australia	1.2	0.5	0.8	-	0.0	3.2	2.5	-	0.7	0.0	4.5	20.0
Austria	0.9	-	0.9	-	-	1.2	0.6	-	0.6	0.0	2.1	7.4
Belgium	0.0	0.0	0.0	-	0.0	3.9	2.3	0.5	0.3	0.7	3.9	12.9
Canada	-	-	-	-	-	5.4	4.2	-	1.2	0.0	5.4	23.9
Czech Republic	0.2	0.2	0.0	-	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.4	1.7
Denmark	0.2	-	0.2	-	-	2.3	2.2	-	0.1	0.0	2.5	8.3
Finland	3.5	2.7	0.4	-	0.4	1.2	0.2	0.7	0.2	0.1	4.6	17.2
France	0.4	0.1	0.2	-	0.1	2.3	0.1	0.3	1.3	0.7	2.7	8.5
Germany	1.2	-	1.1	-	0.1	1.8	0.8	0.1	1.0	0.0	3.0	9.8
Greece	-	-	-	-	-	2.4	0.5	0.7	0.2	0.9	2.4	10.0
Hungary	-	-	-	-	-	0.0	-	-	0.0	-	0.0	0.2
Iceland	5.1	2.4	2.2	-	0.6	-	-	-	0.0	-	5.1	21.6
Ireland	-	-	-	-	-	0.5	-	-	0.5	-	0.5	2.8
Italy	1.8	1.2	0.5	-	0.1	0.5	0.2	0.0	0.1	0.2	2.3	8.5
Japan	0.7	0.6	0.1	-	0.0	2.6	2.6	-	0.0	0.0	3.3	15.6
Korea	2.2	2.0	0.1	-	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	2.4	29.6
Luxembourg	2.6	1.6	0.4	-	0.6	0.1	-	0.0	0.1	0.0	2.7	10.7
Mexico	-	-	-	-	-	0.2	-	-	0.2	-	0.2	2.7
Netherlands	0.7	0.0	0.7	-	0.0	7.0	3.8	0.5	1.6	1.1	7.7	27.1
New Zealand	-	-	-	-	-	0.5	-	-	0.5	-	0.5	2.5
Norway	1.6	-	1.6	-	-	1.0	0.7	0.3	-	-	2.6	9.4
Poland	-	-	-	-	-	0.0	-	-	0.0	-	0.0	0.2
Portugal	0.4	-	0.4	-	-	1.0	0.5	0.1	-	0.5	1.5	6.0
Slovak Republic	0.2	0.1	0.0	-	0.0	1.1	0.3	0.1	-	0.6	1.3	6.9
Spain	-	-	-	-	-	0.3	-	-	0.3	-	0.3	1.5
Sweden	0.6	-	0.6	-	-	2.4	2.0	0.3	-	0.1	3.0	8.7
Switzerland	7.2	4.5	1.5	-	1.2	1.1	0.0	0.0	1.0	0.0	8.3	28.8
Turkey	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
United Kingdom	0.8	0.5	0.0	-	0.3	6.0	4.2	0.5	0.6	0.6	6.8	25.1
United States	0.4	-	0.2	0.2	0.0	9.7	3.8	0.3	5.6	0.0	10.0	38.3
OECD	1.1	0.5	0.4	0.0	0.1	1.9	1.1	0.2	0.5	0.2	3.0	12.2

πηγή : OECD 2007

Διάγραμμα 1.3: Ρυθμός μεταβολής κοινωνικών δαπανών (1980-2003)



Note: Information for 1980 to 2003 is available for 23 countries, while information for the Czech Republic, Iceland, Korea, Mexico, and Poland is available for 1990 onwards. OECD-28 refers to an unweighted average of OECD countries, not including Hungary (data from 1999 onwards), Slovak Republic (data from 1995 onwards); data for Turkey is assumed constant from 1999. EU-15 refers to the 15 countries which constituted the European Union prior to its enlargement in 2004.

πηγή : OECD 2007

Οι κοινωνικές δαπάνες όπως φαίνεται από το *Διάγραμμα 1.3* παραπάνω, από το έτος 1980 έως το 2003 έχουν αυξητική τάση και στα τέσσερα νότιο - Ευρωπαϊκά κράτη. Εντοπίζεται μια έντονη διαφορά (*Πίνακας 1.4*) μεταξύ των τεσσάρων κρατών και των υπολοίπων της ΕΕ αναφορικά με το ποσοστό των δαπανών για τις κοινωνικές παροχές με την Ιταλία να βρίσκεται εν τω μέσω των τριών κρατών και των κρατών του ηπειρωτικού μοντέλου. Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι η Ελλάδα και η Πορτογαλία παρουσιάζουν έντονες τάσεις αύξησης των κοινωνικών δαπανών τους.

Πίνακας 1.4: Συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU (27 countries)	:	:	:	27,1	26,6	25,7	26,7	29,5
Euro area (17 countries)	27,3	27,7	27,6	27,6	27,2	26,8	27,5	30,2
Denmark	29,7	30,9	30,7	30,2	29,2	28,8	29,6	33,4
Germany	30,3	30,7	30,1	30,0	28,9	27,8	28,0	31,4
Greece	24,0	23,5	23,6	24,9	24,7	24,8	26,3	28,0
Spain	20,0	20,3	20,3	20,6	20,5	20,7	22,1	25,0
France	30,5	31,0	31,4	31,5	30,9	30,6	31,0	33,1
Italy	25,3	25,8	26,0	26,4	26,6	26,7	27,8	29,8
Austria	29,0	29,4	29,1	28,7	28,2	27,8	28,4	30,8
Portugal	22,9	23,3	23,9	24,6	24,6	23,9	24,3	26,9
Finland	25,7	26,6	26,7	26,7	26,4	25,4	26,2	30,3
Sweden	31,3	32,2	31,6	31,1	30,4	29,2	29,5	32,1
United Kingdom	25,7	25,7	25,9	26,3	26,0	23,3	26,3	29,2
Norway	26,0	27,2	25,9	23,8	22,6	22,9	22,5	26,4
Switzerland	28,5	29,2	29,3	29,3	28,0	27,3	26,4	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Αναλυτικά τα ζεύγη Ελλάδα - Ιταλία και Ισπανία - Πορτογαλία δαπανούν συγγενικά ποσοστά για την κοινωνική προστασία, με τις δύο τελευταίες να συγκλίνουν με τα υπόλοιπα κράτη της ΕΕ.

Οι δαπάνες για τους ηλικιωμένους (*Πίνακας 1.5*) στην Ελλάδα, την Ιταλία και την Αυστρία διαφέρουν σημαντικά από εκείνες των υπόλοιπων χωρών, ως προς το ύψος τους.

Πίνακας 1.5: Κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
European Union (27 countries)	:	:	:	11,9	11,7	11,1	11,7	12,8
Euro area (17 countries)	12,0	12,1	12,1	12,1	12,0	11,9	12,2	13,1
Denmark	10,9	11,2	11,1	11,0	10,8	10,7	11,1	12,1
Germany (including former GDR from 1991)	12,2	12,4	12,3	12,2	11,9	11,4	11,3	12,1
Greece	11,8	11,5	11,7	12,4	12,4	12,6	12,9	13,5
Spain	8,6	8,5	8,5	8,5	8,4	8,5	8,9	9,8
France	12,5	12,7	12,8	13,0	13,2	13,2	13,5	14,4
Italy	15,1	15,4	15,3	15,4	15,5	15,6	16,1	17,1
Austria	13,5	13,6	13,5	13,4	13,3	13,2	13,6	14,7
Portugal	9,5	10,0	10,5	11,0	11,3	11,3	11,9	13,0
Finland	9,2	9,5	9,5	9,6	9,7	9,5	9,6	11,3
Sweden	11,8	12,5	12,2	12,2	11,8	11,6	12,1	13,3
United Kingdom	11,3	11,3	11,3	11,6	11,3	8,7	11,0	12,2
Norway	7,7	7,9	7,6	7,2	6,9	7,1	7,0	8,1
Switzerland	12,8	13,0	13,3	13,1	12,7	12,7	12,5	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Οι δαπάνες για τους ανέργους (Πίνακας 1.6) παρουσιάζουν μεγάλη ανομοιομορφία με την Ισπανία να έχει υψηλό ποσοστό που ξεπερνά τα κράτη του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου, την Ιταλία το χαμηλότερο ποσοστό ενώ η Πορτογαλία και η Ελλάδα συγκλίνουν με το φιλελεύθερο μοντέλο.

Πίνακας 1.6: Κοινωνικές δαπάνες για τους ανέργους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU (27 countries)	:	:	:	1,6	1,4	1,2	1,3	1,7
Euro area (17 countries)	1,8	1,9	1,9	1,8	1,6	1,5	1,5	2,0
Denmark	2,7	3,0	2,8	2,5	2,1	1,6	1,4	2,1
Germany	2,3	2,3	2,3	2,1	1,8	1,5	1,4	1,9
Greece	1,5	1,3	1,4	1,2	1,1	1,1	1,3	1,6
Spain	2,2	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1	2,5	3,7
France	2,2	2,3	2,3	2,2	2,0	1,8	1,7	1,9
Italy	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,8
Austria	1,5	1,7	1,7	1,6	1,6	1,4	1,4	1,8
Portugal	0,8	1,2	1,3	1,3	1,3	1,1	1,0	1,4
Finland	2,4	2,5	2,5	2,4	2,2	1,9	1,8	2,4
Sweden	1,8	1,8	1,9	1,8	1,6	1,1	0,9	1,3
United Kingdom	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,8
Norway	0,7	0,8	0,8	0,6	0,4	0,3	0,4	0,7
Switzerland	0,9	1,3	1,3	1,2	1,0	0,8	0,6	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Σύγκληση μεταξύ των τεσσάρων ζευγών σε χαμηλά ποσοστά διαπιστώνουμε στις δαπάνες για την οικογένεια και τα παιδιά (Πίνακας 1.7).

Πίνακας 1.7: Κοινωνικές δαπάνες για τα παιδιά και την οικογένεια ως ποσοστό των συνολικών παροχών(2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU (27 countries)	:	:	:	2,1	2,0	2,0	2,1	2,3
Euro area (17 countries)	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,3
Denmark	3,9	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,8	4,2
Germany	3,3	3,3	3,3	3,1	2,9	2,8	2,9	3,2
Greece	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6	1,8
Spain	0,9	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
France	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6
Italy	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4
Austria	3,0	3,1	3,0	3,0	2,8	2,7	2,8	3,1
Portugal	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,5
Finland	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	3,3
Sweden	2,8	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9	3,0	3,2
United Kingdom	1,7	1,8	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7	1,8
Norway	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	3,2
Switzerland	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Οι δαπάνες για τους ΑμΕΑ βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο που συγκλίνει με το ηπειρωτικό μοντέλο (Πίνακας 1.8), ενώ οι δαπάνες για στέγαση βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο μόνον για την Ελλάδα που προσεγγίζει την Γαλλία, την Σουηδία και την Δανία (Πίνακας 1.9).

Πίνακας 1.8: Κοινωνικές δαπάνες για τους ΑμΕΑ ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU(27 countries)	:	:	:	2,1	2,1	2,1	2,1	2,3
Euro area (17 countries)	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0
Denmark	3,7	4,0	4,1	4,2	4,2	4,2	4,4	4,9
Germany	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,3	2,4
Greece	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,3
Spain	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7
France	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9
Italy	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7
Austria	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,3
Portugal	2,4	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,1	2,2
Finland	3,3	3,4	3,4	3,3	3,2	3,1	3,2	3,6
Sweden	4,2	4,4	4,5	4,6	4,5	4,4	4,3	4,5
United Kingdom	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4	2,5	2,7	3,0
Norway	4,5	4,8	4,8	4,5	4,2	4,2	3,9	4,4
Switzerland	3,2	3,4	3,4	3,4	3,2	3,1	3,1	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Πίνακας 1.9: Κοινωνικές δαπάνες για την στέγαση ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU(27 countries)				0,6	0,6	0,5	0,5	0,6
Euro area (17 countries)	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Denmark	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8
Germany	0,3	0,3	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Greece	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Spain	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
France	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Italy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Austria	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Portugal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finland	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,5
Sweden	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
United Kingdom	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,2	1,2	1,5
Norway	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Switzerland	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	

πηγή : EUROSTAT 2009

Τέλος οι λοιπές δαπάνες (Πίνακας 1.10) προκαλούν ακόμη έναν διρισμό μεταξύ της Ελλάδας - Πορτογαλίας και Ιταλίας - Ισπανίας με μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 1.10: Λοιπές Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU(27 countries)	:	:	:	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3
Euro area (17 countries)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Denmark	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Germany	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Greece	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spain	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
France	0,6	0,6	0,7	0,6	0,2	0,2	0,3	0,2
Italy	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6
Austria	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
Portugal	1,3	1,0	1,1	1,1	1,0	0,8	0,7	0,8
Finland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sweden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
United Kingdom	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6
Norway	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Switzerland	1,4	1,0	0,7	0,7	0,6	0,5	0,3	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Η αναλογία χρηματικών παροχών προς τους εργαζομένους με τις χρηματικές παροχές συντάξεων στους συνταξιούχους (Πίνακας 1.11) μας καταδεικνύει υπεροχή των συντάξεων η οποία όμως στην Πορτογαλία και στην Ισπανία είναι όμοια με εκείνη του Ηπειρωτικού μοντέλου.

Πίνακας 1.11: Συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ (2002-2009)

GEO/TIME	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EU(27 countries)	:	:	:	12,2	12,0	11,4	12,1	13,1
Euro area (17 countries)	12,7	12,7	12,7	12,6	12,4	12,2	12,5	13,4
Denmark	10,7	11,1	11,0	11,0	10,7	10,7	11,1	12,1
Germany	13,3	13,6	13,4	13,4	12,9	12,4	12,3	13,1
Greece	11,8	11,5	11,7	12,2	12,1	12,3	12,7	13,4
Spain	9,3	9,2	9,1	9,1	9,0	9,0	9,3	10,1
France	13,0	13,1	13,2	13,3	13,3	13,3	13,7	14,5
Italy	14,6	14,7	14,6	14,7	14,6	14,6	15,0	16,0
Austria	14,5	14,6	14,4	14,2	14,0	13,8	14,0	15,1
Portugal	10,9	11,4	12,0	12,3	12,6	12,6	13,2	14,1
Finland	10,9	11,3	11,2	11,2	11,1	10,8	10,8	12,6
Sweden	11,5	12,2	12,1	12,2	11,8	11,6	11,8	12,9
United Kingdom	10,8	10,6	10,6	10,8	10,7	8,5	11,4	12,5
Norway	8,3	8,6	8,4	8,0	7,6	7,8	7,6	8,8
Switzerland	12,7	13,2	13,0	13,1	12,6	12,4	12,2	:

πηγή : EUROSTAT 2009

Σε συνέχεια της παράθεσης των στοιχείων θα ερευνήσουμε τις ομοιότητες και τις διαφορές των τεσσάρων χωρών του μοντέλου σε αντιδιαστολή με την επιχειρηματολογία του Ferrera (1996) για τις ομοιότητές τους.

1.7 Ομοιότητες - Διαφορές

Παρά την πειστικότητα των επιχειρημάτων που αναπτύχθηκαν παραπάνω παρατηρούνται πολλές διαφορές μεταξύ των κρατών του «νότιο - ευρωπαϊκού» μοντέλου που ανατρέπουν την υπόθεση ύπαρξής του.

Ένα μεθοδολογικό σφάλμα που προσάπτεται στον Ferrera (1996), όσον αφορά στην εξαγωγή των συμπερασμάτων του, είναι η μη χρησιμοποίηση των ίδιων δεικτών του μοντέλου που εντάσσει το νότιο - ευρωπαϊκό μοντέλο. Όπως αναφέρθηκε, η κατασκευή ενός μοντέλου εξαρτάται άμεσα από τον καθορισμό κριτηρίων, τα οποία εντάσσουν τα κράτη σε ένα από τους δημιουργούμενους τύπους. Ο Ferrera, ενώ χρησιμοποιεί

διαφορετικά κριτήρια από τα κριτήρια του Esping - Andersen για να εντάξει σε μία ομάδα τα τέσσερα κράτη, εν τούτοις κατατάσσει την ομάδα αυτή στο μοντέλο που δημιούργησε η τυποποίηση του Esping - Andersen. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι ο Ferrera επισήμανε ιδιομορφίες των κρατών αυτών, ως πιθανή υποκατηγορία μιας υπάρχουσας.

Τα χαρακτηριστικά που προτείνει ο Ferrera προφανώς αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά του ηπειρωτικού μοντέλου²². Μάλιστα σε περιπτώσεις η σύγκληση μεταξύ των τεσσάρων κρατών επί ενός χαρακτηριστικού είναι μικρότερη από την σύγκληση ενός κράτους από αυτά με ένα άλλο του ηπειρωτικού μοντέλου. Παραδείγματος χάριν η Ιταλία, η Ελλάδα, αλλά και η Γαλλία, χαρακτηρίζονται από έναν μεγάλο βαθμό ασφαλιστικού κατακερματισμού, καθώς, επίσης, και από ένα δυϊστικό σύστημα κοινωνικής προστασίας εν αντίθεση με την Πορτογαλία, η οποία παρουσιάζει ένα σαφές παράδειγμα ενός σχετικά χαμηλού βαθμού κατακερματισμού (Ferrera, 1996).

Όσον αφορά στο χαρακτηριστικό της «εκλεκτικής γενναιοδωρίας» των συντάξεων για τα προνομιούχα στρώματα του πληθυσμού, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας το γεγονός ότι οι προνομιούχοι δημόσιοι αξιωματούχοι λαμβάνουν συντάξεις ανάλογες του ασφαλιστικού δεσμού και ότι η προνομιακή μεταχείριση αποτελεί απότοκο του κρατισμού. Και τα δύο γεγονότα αποτελούν χαρακτηριστικά του συντηρητικού προτύπου.

Σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROSTAT, 1994, 2010) διακρίνονται τρεις ομάδες χωρών που χαρακτηρίζονται για την «γενναιοδωρία» τους στα συστήματα της κοινωνικής προστασίας, υπολογίζοντας τον μέσο όρο των εισφορών των συντάξεων. Η Ιταλία και το Λουξεμβούργο ανήκουν στην πιο γενναιοδωρη ομάδα, ενώ οι υπόλοιπες νότιες ευρωπαϊκές χώρες σε λιγότερο γενναιοδωρη ομάδα, μαζί με την Ιρλανδία. Ο Ιταλός συνταξιούχος λαμβάνει 135 % του μέσου όρου της ΕΕ ενώ ο Έλληνας το ήμισυ και ο Πορτογάλος το ένα τρίτο αυτού του ποσού. Τα ποσοστά αυτά καταρρίπτουν το επιχείρημα του Ferrera για ανισόροπη κατανομή των παροχών υπέρ των συνταξιοδοτικών.

Η επιρροή της καθολικής εκκλησίας δεν θα μπορούσε να αποτελεί διαφοροποιητικό χαρακτηριστικό του προτύπου, όχι μόνο επειδή η Ελλάδα δεν είναι καθολική χώρα, αλλά

²² Ιδίως ο ασφαλιστικός κατακερματισμός, ο ελλειμματικός χαρακτήρας των παροχών της κοινωνικής πρόνοιας και η επιρροή της εκκλησίας

κυρίως διότι ο καθολικισμός χαρακτηρίζει όλες τις χώρες που αποτελούν τον πυρήνα του ηπειρωτικού προτύπου.

Η καθολικότητα των παροχών υγείας που αναφέρει ως επιχείρημα ο Ferrera(1996) δεν ευσταθεί, εάν αναλογιστούμε ότι η Ιταλία μόλις την δεκαετία του '70 υιοθέτησε την καθολικότητα και την επόμενη δεκαετία ακολούθησαν οι υπόλοιπες χώρες. Επίσης, το καθολικό σύστημα υγείας μένει ανολοκλήρωτο. Στην Πορτογαλία καλύπτεται το 75% του πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 25% κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι και στρατιωτικοί καλύπτονται από διαφορετικό σύστημα υγείας. Στην Ισπανία όπου η καθολικότητα αγγίζει το 98,5%, μόνον το 93% είναι ασφαλισμένοι σε αυτό το σύστημα ενώ το 4,5% είναι ασφαλισμένοι μέσω διαφορετικών προγραμμάτων και το 1% ασφαλιζονται μετά από έλεγχο εισοδήματος από το κράτος (Jakubowski,1998).

Επίσης, η βασική διαφορά ενός καθολικού συστήματος υγείας από ένα συντεχνιακό βρίσκεται στη χρηματοδότηση του πρώτου από την γενική φορολόγηση ενώ του δεύτερου από τις ασφαλιστικές εισφορές. Ειδικά στην Ελλάδα και την Ιταλία, το σύστημα χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλεια περίπου κατά 40% των συνολικών δαπανών, ενώ στην Πορτογαλία μερικές υπηρεσίες παρέχονται ακόμα στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλειας με ποσοστό χρηματοδότησης 10 - 20% του συνόλου των δαπανών (Kygiouroulos & Niakas,1993), (Economou,1999).

Οι πελατειακές σχέσεις που αναφέρει ο Ferrera (1996) ως ένα ακόμη χαρακτηριστικό του μοντέλου, είναι αναμφισβήτητα έντονες την Ελλάδα και στην Ιταλία, όχι όμως στις ιβηρικές χώρες²³. Στην περίπτωση των τελευταίων οι συντεχνιακές σχέσεις κυριαρχούν με εξαίρεση ορισμένες γεωγραφικές περιοχές και ειδικούς τομείς όπως οι συντάξεις αναπηρίας.

Στην Ελλάδα και την Ιταλία, όπου δεν υπήρξε συντεχνιακή παράδοση, παρά τις προσπάθειες των φασιστικών καθεστώτων, η «μεσιτεία» και η «προστασία» λειτούργησαν ως υποκατάστατο του κράτους κοινωνικής πρόνοιας, που καθιέρωσαν τα κάθετα, οργανικά κανάλια της άρθρωσης των απαιτήσεων (Tsoukalas,1986), (Mouzellis,1977). Η κυρίαρχη κοινωνική ιδεολογία δεν επέτρεψε την μόρφωση των συντεχνιών σε «θεσμικές οντότητες» συνεργασίας με το κράτος, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται ειδικοί εξωθεσμικοί τρόποι εισβολής στην διακυβέρνηση για την

²³ "πελατεία δεν πρέπει να θεωρηθεί ως καθολικό πολιτιστικό χαρακτηριστικό της νότιας Ευρώπης" (Garcia,1999:σ.158)

ικανοποίηση συμφερόντων που οδηγούν σε μια πολιτική διαπλοκή (Petmesidou,1987), (Ascoli,1987). Τα υποπροϊόντα και η έκβαση των πελατειακών δικτύων της κρατικής προστασίας μπορεί να θεωρηθούν ως έκβαση μιας μακροχρόνιας προσπάθειας ενός συνδικάτου "ξένων", δηλαδή δεν είναι τίποτα περισσότερο από μια μορφή αναβεβλημένων αμοιβών (Esping-Andersen,1990:σ.81).

Αντίθετα, ο εκτεταμένος θεσμικός ρόλος στην Ισπανία και την Πορτογαλία οδήγησε σε ένα διαφορετικό μοντέλο ενός συνεργατικού κρατικού συστήματος, που χαρακτηρίστηκε από τον αποκλεισμό των ομάδων συμφερόντων και ένα πιο ισόρροπο σχήμα «κρατικής φιλανθρωπίας» της ευημερίας (Santos,1994, Guibentif,1997, Rhodes,1997).

Αυτή η διαφορετική πολιτική κληρονομιά καθορίζει, επίσης, τις δυνατότητες της εργασιακής συναίνεσης, όπου είναι ευκολότερη να επιτευχθεί στην Ισπανία και την Πορτογαλία. Χαρακτηριστικά στην Πορτογαλία, οι κοινωνικοί εταίροι έχουν συμφωνήσει σε πέντε σχετικά «σύμφωνα» από το 1987.

Αναφορικά με τον υπέρ-προστατευτισμό των ηλικιωμένων θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι μισθοί στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία είναι χαμηλότεροι του μέσου όρου της ΕΕ, οπότε μια χαμηλά ποσοστιαία σύνταξη θα κατέτασσε τους συνταξιούχους κάτω του επιπέδου της φτώχειας.

Κεφάλαιο 2: Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται διαχρονικά το ύψος και η κατανομή των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξησή τους, και γίνεται μια διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων των δαπανών για την υγεία.

2.1 Δαπάνες Υγείας

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι ένας σαφέστατος δείκτης κυρίως των πολιτικών επιλογών μιας κυβέρνησης, και χρησιμοποιείται προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών κυβερνήσεων της ίδιας χώρας ή μεταξύ διαφορετικών χωρών (Ιωαννίδης, 2005). Η σύνθεση της δαπάνης διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Οι δημόσιες δαπάνες περιλαμβάνουν τις δαπάνες του κράτους καθώς και αυτές των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν τις δαπάνες που γίνονται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και των απευθείας πληρωμών για την αγορά υπηρεσιών Υγείας. Η μέτρηση των συνολικών δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελεί μια αρκετά δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία καθώς υπάρχουν πολλά μεθοδολογικά κυρίως προβλήματα σχετικά με τον τρόπο καταγραφής και μέτρησης αυτών, αλλά και σε σχέση με το ποιες δαπάνες πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις μετρήσεις. Από τη διεθνή εμπειρία έχει αποδειχθεί ότι η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας καθώς και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέεται άρρηκτα με το ύψος των δαπανών και την κατανομή τους (OECD, Health Data 2010).

2.2 Ύψος και μεταβολή των Δαπανών Υγείας.

Οι συνολικές δαπάνες στις χώρες του ΟΟΣΑ σύμφωνα με τον αυξήθηκαν από του ΑΕΠ το 1960 σε το 2010. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα πιο πρόσφατα στοιχεία που αφορούν τις δαπάνες υγείας στις χώρες αυτές. Ο τομέας της υγείας αντιπροσωπεύει ένα αρκετά σημαντικό μέρος της οικονομίας των χωρών του ΟΟΣΑ και σίγουρα απορροφά ένα σημαντικό μέρος των εθνικών πόρων (Λιαρόπουλος 2004). Ο τομέας υγείας χρηματοδοτείται διεθνώς στο μεγαλύτερο μέρος του από δημόσιους πόρους.

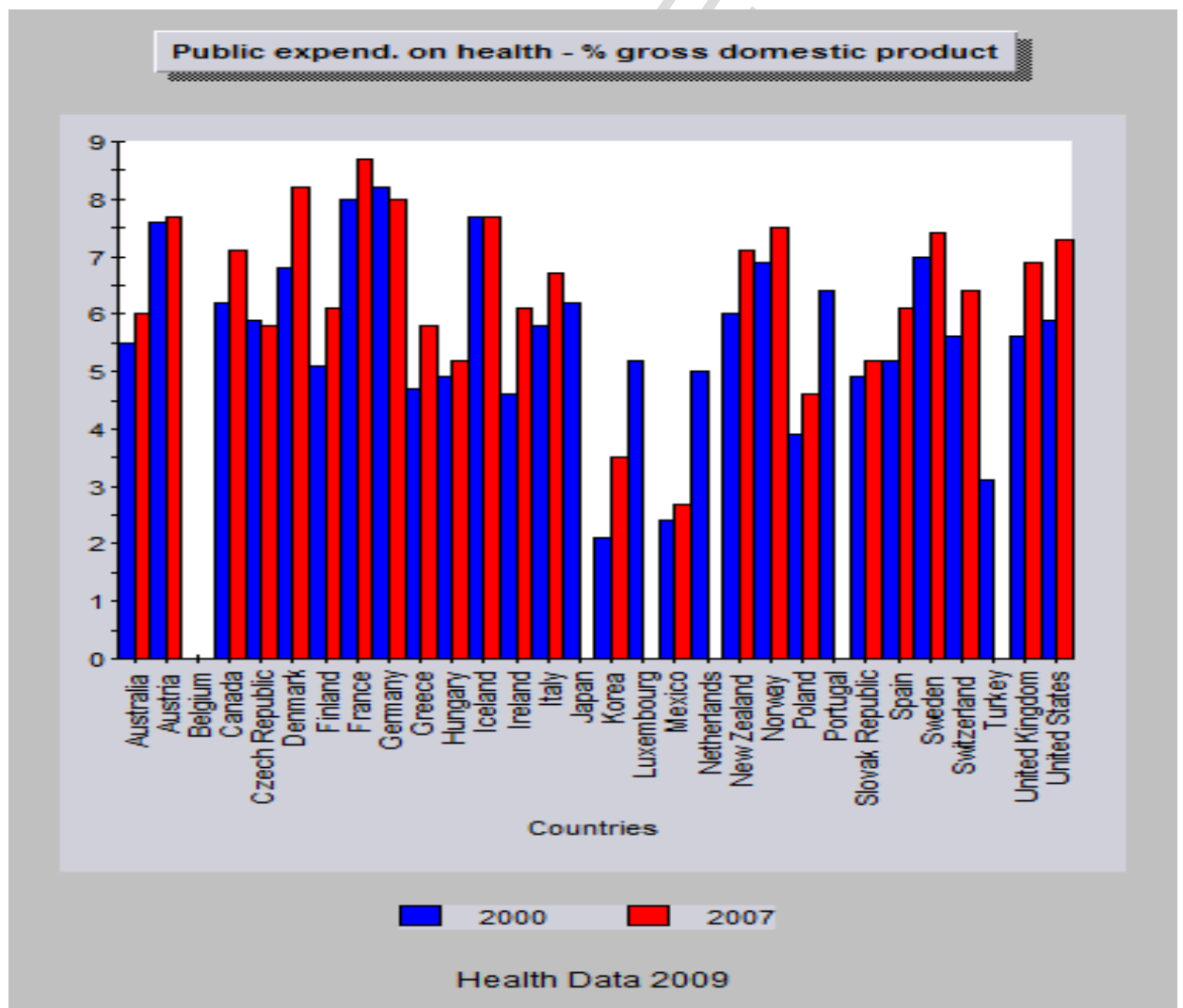
Πίνακας 2.1 : Δαπάνες Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ - %ΑΕΠ

Health Expenditures on Health - % GDP						
	2000			2007		
	Συνολικές Δαπάνες	Δημόσιες Δαπάνες	Ιδιωτικές Δαπάνες	Συνολικές Δαπάνες	Δημόσιες Δαπάνες	Ιδιωτικές Δαπάνες
Australia	8,3	5,5	2,7	8,9	6	2,9
Austria	9,9	7,6	2,3	10,1	7,7	2,4
Belgium	8,6		2,1	10,2		
Canada	8,8	6,2	2,6	10,1	7,1	3
Czech Republic	6,5	5,9	0,6	6,8	5,8	1
Denmark	8,3	6,8	1,5	9,8	8,2	1,5
Finland	7,2	5,1	2,1	8,2	6,1	2,1
France	10,1	8	2,1	11	8,7	2,3
Germany	10,3	8,2	2,1	10,4	8	2,4
Greece	7,9	4,7	3,2	9,6	5,8	3,8
Hungary	6,9	4,9	2	7,4	5,2	2,2
Iceland	9,5	7,7	1,8	9,3	7,7	1,6
Ireland	6,3	4,6	1,7	7,6	6,1	1,5
Italy	8,1	5,8	2,2	8,7	6,7	2
Japan	7,7	6,2	1,4			
Korea	4,7	2,1	2,6	6,3	3,5	2,8
Luxembourg	5,8	5,2	0,6			
Mexico	5,1	2,4	2,7	5,9	2,7	3,2
Netherlands	8	5	2,9	9,8		
New Zealand	7,7	6	1,7	9	7,1	1,9
Norway	8,4	6,9	1,5	8,9	7,5	1,4
Poland	5,5	3,9	1,7	6,4	4,6	1,9
Portugal	8,8	6,4	2,4			
Slovak Republic	5,5	4,9	0,6	7,7	5,2	2,6
Spain	7,2	5,2	2	8,5	6,1	2,4
Sweden	8,2	7	1,2	9,1	7,4	1,7
Switzerland	10,2	5,6	4,5	10,8	6,4	4,4
Turkey	4,9	3,1	1,8			
United Kingdom	7	5,6	1,5	8,4	6,9	1,5
United States	13,6	5,9	7,7	16	7,3	8,7
M.O	7,8	5,6	2,2	9,0	6,4	2,6

Πηγή: OECD Health Data 2009

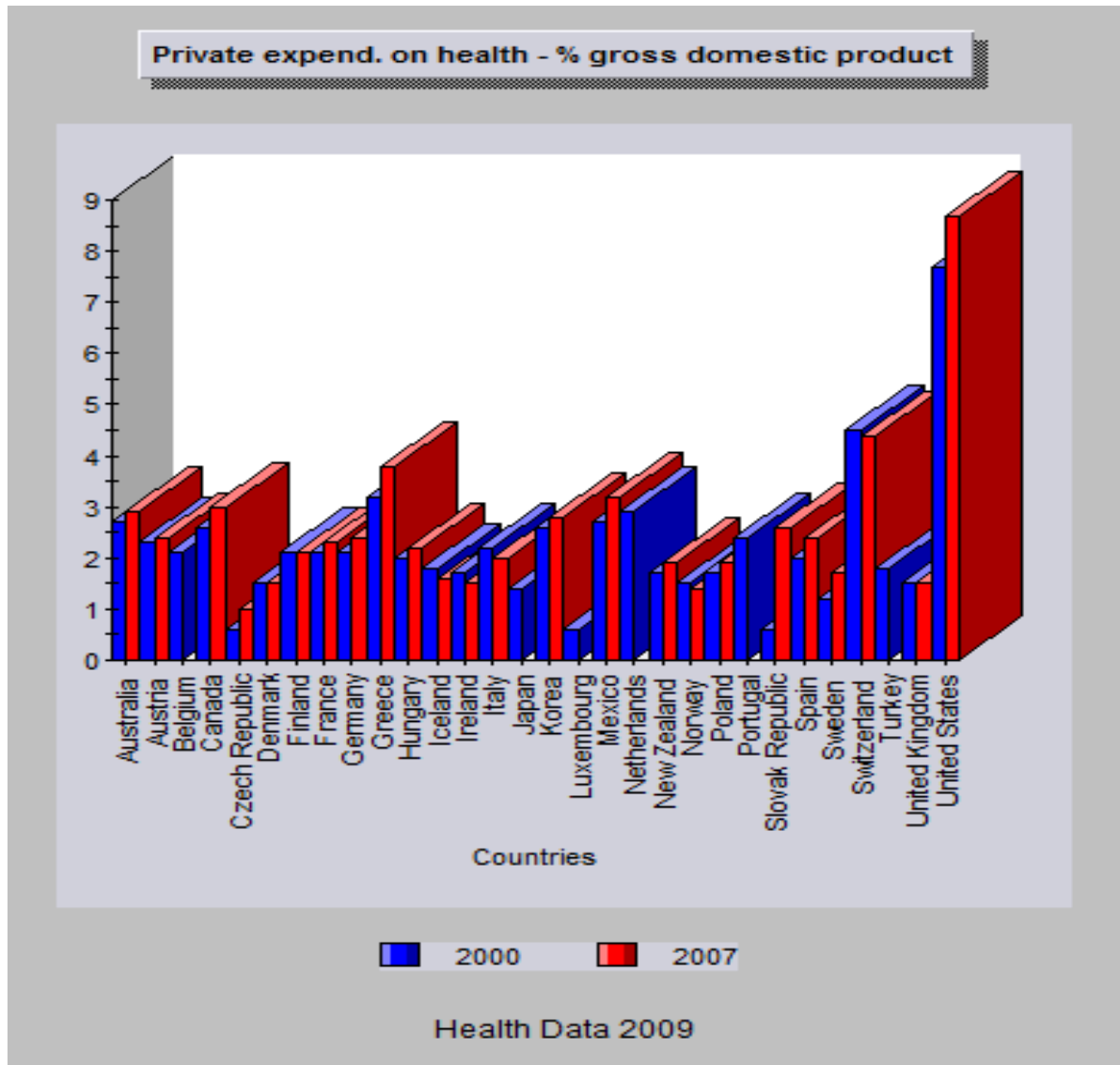
Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2.1 , ο μέσος όρος της συνολικής δαπάνης ανήλθε σε 9% του ΑΕΠ το 2007 από 7,8% του ΑΕΠ το 2000, ο μέσος όρος της δημόσιας και ιδιωτικής σε 6,4% και 2,6% αντίστοιχα (OECD Health Data 2010). Η αύξηση των δημοσίων δαπανών έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της ανταγωνιστικότητας μιας οικονομίας, καθώς επιβαρύνεται το κόστος παραγωγής είτε μέσα από την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών είτε μέσα από την αύξηση της φορολογίας. Στις χώρες που τις υπηρεσίες υγείας τις χρηματοδοτούν ιδιωτικοί πόροι, υπάρχουν επίσης επιπτώσεις οι οποίες σχετίζονται με το γεγονός ότι τα εισοδήματα του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού δεν επαρκούν προκειμένου να αγοραστούν οι διάφορες υπηρεσίες υγείας ή και ακόμα η ασφαλιστική κάλυψη που απαιτείται (Λιαρόπουλος 2004).

Διάγραμμα 2.1: Συνολική Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: OECD Health Data 2009

Διάγραμμα 2.2: Συνολική Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: OECD Health Data 2009

2.3 Κατανομή Δαπανών Υγείας

Η κατανομή των δαπανών υγείας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών (Πίνακας). Παρατηρούμε ότι οι χώρες με υψηλή δημόσια δαπάνη έχουν και υψηλή συνολική δαπάνη, με εξαίρεση τις ΗΠΑ και την Ελβετία, όπου ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει μεγάλο μέρος των δαπανών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ΗΠΑ. Οι μεσογειακές χώρες (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα) έχουν ιδιαίτερα χαμηλές δαπάνες, τόσο δημόσιες όσο και συνολικές. Οι χώρες με

ανεπτυγμένα συστήματα υγείας (Δανία, Βρετανία), έχουν σχετικά χαμηλές δαπάνες σε αντίθεση με χώρες όπως η Γαλλία και η Ολλανδία. Βέβαια, είναι αμφίβολο αλλά και άξιο συζήτησης το κατά πόσο οι αυξημένες δαπάνες σημαίνουν και αυξημένη προσφορά και ποιότητα υπηρεσιών Υγείας. Τέλος, στις Σκανδιναβικές χώρες, ο δημόσιος τομέας καλύπτει εξ ολοκλήρου τις δαπάνες Υγείας σε αντίθεση με τις μεσογειακές χώρες και τις ΗΠΑ όπου ο ιδιωτικός τομέας είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος. Πιο συγκεκριμένα:

1. Χώρες με σημαντικό ιδιωτικό τομέα

Τις χώρες στις οποίες ο ιδιωτικός τομέας είναι σημαντικά ανεπτυγμένος, μπορούμε να τις χωρίσουμε σε δυο κατηγορίες,

- Χώρες με χαμηλές συνολικές δαπάνες υγείας (Πορτογαλία)
- συνολικές δαπάνες υγείας (Ολλανδία, Ελβετία, ΗΠΑ)

Στις χώρες με υψηλό εθνικό εισόδημα οι υπηρεσίες υγείας που καταναλώνονται χρηματοδοτούνται με ιδιωτικά κεφάλαια, ενώ παράλληλα διαθέτουν σημαντικούς δημόσιους πόρους. Το αντίθετο συμβαίνει σε λιγότερο εύπορες χώρες –όπως οι μεσογειακές- που βασίζονται στις ιδιωτικές δαπάνες για να καλύψουν τη ελλιπή χρηματοδότηση από δημόσιο τομέα. Παράλληλα, η κατανομή των δαπανών γίνεται και κατά υπηρεσίες. Σύμφωνα με αυτή την κατηγοριοποίηση οι δαπάνες διακρίνονται σε:

- Νοσοκομειακές
- Φαρμακευτικές
- Εξωνοσοκομειακές

Ιστορικά και σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών το απορροφούσε η νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (OECD, Health Data 2010).

Στον Πίνακα παρουσιάζονται οι δαπάνες ανά υπηρεσία για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Παρατηρούμε ότι η κατανομή των δαπανών ανά υπηρεσία υγείας διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, αλλά είναι αναμφισβήτητο ότι η νοσοκομειακή φροντίδα υγείας απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών. Ένα άλλο σημείο που παρατηρούμε είναι το μεγάλο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών στις νότιες Ευρωπαϊκές χώρες, σε αντιδιαστολή με χώρες με πλήρως εθνικά συστήματα υγείας όπως η Βρετανία και η Ιρλανδία.

II. Χώρες με σημαντικό δημόσιο τομέα

Οι χώρες όπου ο δημόσιος τομέας καλύπτει σχεδόν το σύνολο της δαπάνης υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- a. Χώρες με χαμηλές συνολικές δαπάνες (Βρετανία, Νορβηγία, Ιταλία)
- b. Χώρες με υψηλές συνολικές δαπάνες (Ισλανδία, Γαλλία, Γερμανία)

Οι χώρες με χαμηλές συνολικές δαπάνες θεωρούνται χώρες με ιδιαίτερα ανεπτυγμένα και αποτελεσματικά εθνικά συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται στο σύνολο τους από δημόσιους πόρους.

2.4 Παράγοντες αύξησης δαπανών υγείας

Οι διαφορές μεταξύ του ύψους αλλά και της κατανομής των δαπανών στις διάφορες χώρες οφείλονται σε διάφορους προσδιοριστικούς παράγοντες οι οποίοι οδήγησαν σε αύξηση των δαπανών. Οι προσδιοριστικοί αυτοί παράγοντες είναι οι εξής:

i. Αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης

Η δομή του πληθυσμού των Ευρωπαϊκών χωρών αλλάζει διαχρονικά λόγω της συνεχούς μείωσης του δείκτη γεννήσεων και της ταυτόχρονης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης (OECD Health Data 2010). Ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης (κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες) λόγω της βελτίωσης των συνθηκών ζωής, έχει ανέβει στα 77 έτη και αναμένεται να αυξηθεί. Ταυτόχρονα υπάρχει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης σύμφωνα με το οποίο έχει αυξηθεί δραματικά η αναλογία των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα τόσο την αύξηση της ζήτησης όσο και την χρήση εξειδικευμένων και πιο δαπανηρών υπηρεσιών Υγείας.

ii. Οικονομική ανάπτυξη

Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε συνδυασμό με την οικονομική ευημερία και την αύξηση του κατά κεφαλήν διαθέσιμου εισοδήματος, που απολαμβάνουν τα τελευταία χρόνια οι χώρες του Δυτικού κόσμου, οδήγησαν τον καταναλωτή σε μεγαλύτερη ζήτηση και κατ' επέκταση κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος 2004). Η βελτίωση του εισοδήματος επέτρεψε στον άνθρωπο να αναζητήσει περισσότερες και καλύτερες

υπηρεσίες υγείας ακόμη και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης.

iii. Επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής: Προκλητή ζήτηση

Παρόλο που η πρόοδος της τεχνολογίας και της ιατρικής είναι κάτι το σημαντικό για τον άνθρωπο, η ανάπτυξη αυτή οδήγησε –σε πολλές περιπτώσεις– στην αλόγιστη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας καθώς και την επέκταση των διαγνωστικών και ιατρικών υπηρεσιών σε νέες δραστηριότητες, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση των δαπανών στον τομέα της Υγείας. Ο Newhouse (Newhouse, 1992) παρουσίασε μια μελέτη στην οποία ανέλυε την αύξηση των δαπανών, και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 50% της αύξησης αυτής δεν μπορούσε να δικαιολογηθεί από τους παραδοσιακούς παράγοντες (οικονομική ανάπτυξη, αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης), έτσι την απέδωσε στην πρόοδο της επιστήμης. Μεταγενέστερη μελέτη (Bargos, 1998), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 30% της αύξησης οφείλεται στην επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο.

iv. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες

Η πρόοδος της ιατρικής και του μορφωτικού επιπέδου είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Η αύξηση του αριθμού των γιατρών, η βελτίωση της πληροφόρησης, η ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, η δημιουργία του κράτους πρόνοιας, αποτελούν ορισμένες από τις αιτίες που οδήγησαν μοιραία στην αύξηση των δαπανών.

v. Δομή των συστημάτων υγείας

Ένας πολύ σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας των δαπανών υγείας είναι αυτός που σχετίζεται με τη δομή και λειτουργία του ίδιου του συστήματος υγείας. Το 1998 οι χώρες με συστήματα υγείας τύπου Bismarck δαπάνησαν για την υγειονομική περίθαλψη 2139 εκατομμύρια δολάρια σε τιμές αγοραστικής δύναμης (PPP) κατά κεφαλήν ή αλλιώς το 8.6% του ΑΕΠ τους (μη σταθμισμένος μέσος όρος), ενώ χώρες με άλλα συστήματα και κυρίως αυτές με συστήματα τύπου Beveridge, δαπάνησαν 1520 εκατομμύρια δολάρια σε τιμές αγοραστικής δύναμης (29% λιγότερα) ή αλλιώς το 7.6% του ΑΕΠ τους (WHO, 2001).

Με λίγα λόγια, οι χώρες του ΟΟΣΑ εμφανίζουν διαφοροποιήσεις όσον αφορά το ύψος και την κατανομή των δαπανών του τομέα Υγείας. Υπάρχουν χώρες με σημαντικό

δημόσιο τομέα και υψηλές συνολικές δαπάνες όπως η Ισλανδία, η Γαλλία και η Γερμανία και χώρες με επίσης σημαντικό δημόσιο τομέα υγείας και χαμηλές συνολικές δαπάνες όπως η Μ.Βρετανία, η Νορβηγία και η Ιταλία. Αντίστοιχα υπάρχουν χώρες με σημαντικό ιδιωτικό τομέα και υψηλές συνολικές δαπάνες όπως οι ΗΠΑ, η Ολλανδία και η Ελβετία και χώρες με χαμηλές συνολικές δαπάνες όπως η Πορτογαλία και η Ελλάδα. Οι διαφοροποιήσεις οφείλονται σε παράγοντες που οδήγησαν σε αύξηση των δαπανών υγείας, όπως η οικονομική ανάπτυξη και η αύξηση του εισοδήματος, η δημογραφική εξέλιξη, η πρόοδος της ιατρικής και της τεχνολογίας.

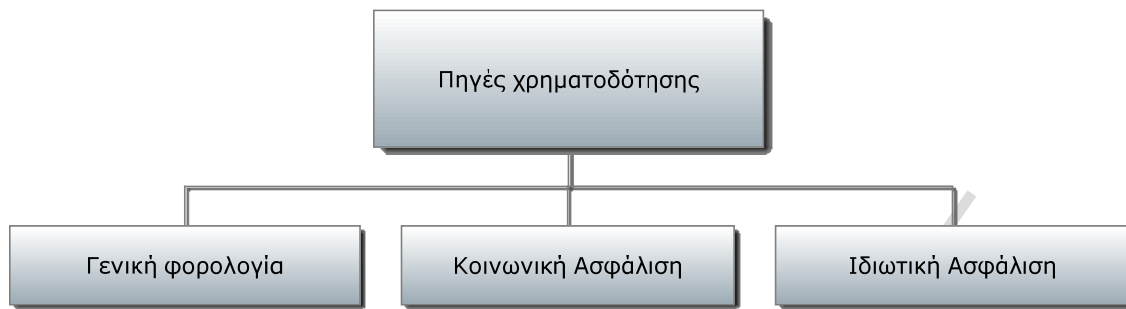
2.5 Χρηματοδότηση Υγείας

Η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας γίνεται με βάση διάφορα ιστορικά, κοινωνικά και κυρίως οικονομικά δεδομένα κάθε χώρας και διέπεται από τρεις βασικές αρχές (Πρεζεράκος):

- Την αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας στην προκειμένη, πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Την αρχή της μακροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την Υγεία δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού.
- Την αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του καθενός.

Οι πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι, όπως φαίνεται και στο Σχήμα, η γενική φορολογία, η ιδιωτική ασφάλιση και η κοινωνική ασφάλιση.

Σχήμα2.1: Πηγές χρηματοδότησης Συστημάτων Υγείας



Ο συνδυασμός των πηγών αυτών χρηματοδότησης διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Στις ΗΠΑ, οι άμεσες πληρωμές και η ιδιωτική ασφάλιση αποτελούν το 60% περίπου των συνολικών δαπανών, ενώ στην Ευρώπη η εικόνα είναι πολύ διαφορετική, αφού η κοινωνική ασφάλιση και η γενική φορολογία αποτελούν περίπου τα τρία τέταρτα των δαπανών Υγείας. Βέβαια, η αναλογία της γενικής φορολογίας προς την κοινωνική ασφάλιση ποικίλει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται από την ύπαρξη κράτους πρόνοιας.

Η διάκριση μεταξύ των πηγών χρηματοδότησης είναι σημαντική, γιατί μέσα από την κατανομή των εισφορών μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού αντανακλάται η ισοτιμία του συστήματος. Σύμφωνα με τον Maxwell (1981), τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι λιγότερο προοδευτικά από τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την γενική φορολογία. Ο βαθμός της προοδευτικότητας αυτής εξαρτάται από λεπτομέρειες του τρόπου χρηματοδότησης. Τα συστήματα των σκανδιναβικών χωρών για παράδειγμα, τα οποία χρηματοδοτούνται από τη φορολογία, βασίζονται κυρίως στους δημοτικούς φόρους, οι οποίοι είναι περισσότερο αναλογικοί παρά προοδευτικοί, ενώ το Βρετανικό σύστημα Υγείας το οποίο χρηματοδοτείται και αυτό από τη φορολογία, αντλεί τους πόρους του από τους γενικούς φόρους, οι οποίοι είναι περισσότερο προοδευτικοί.

2.5.1 Χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία

Η χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα συστήματα τύπου Beveridge, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Η μορφή αυτή χρηματοδότησης στις περισσότερες χώρες ήταν περιορισμένη, αφού κάλυπτε κυρίως τις δαπάνες για την δημόσια Υγεία, τους άπορους, τους ανέργους και γενικά τις ευπαθείς

κοινωνικές ομάδες. Σταδιακά το κράτος άρχισε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω της ραγδαίας οικονομικής ανάπτυξης και της διόγκωσης των δαπανών Υγείας (Θεοδώρου 1998). Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω του Υπουργείου Υγείας και δευτερευόντως μέσω των άλλων υπουργείων.

Η χρηματοδότηση μέσω κρατικού προϋπολογισμού έχει τα εξής πλεονεκτήματα (Πίνακας 2.2):

Πίνακας 2.2: Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω γενικής φορολογίας

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Αποτελεσματικότερες πολιτικές έλεγχου δαπανών	Ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται να περιορίσει την κατανάλωση των υπηρεσιών Υγείας
Μείωση του διοικητικού κόστους, δεν είναι αναγκαία η ύπαρξη μηχανισμών συλλογής πόρων	Συνεχής κίνδυνος περικοπών
Κοινωνικά πιο δίκαιη	Περιορισμένη ελευθερία επιλογής από τους ασθενείς

Πιο συγκεκριμένα:

- Κοστίζει λιγότερο και οι πολιτικές έλεγχου των δαπανών είναι πολύ πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με συστήματα που υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί
- Έχει μικρό διοικητικό κόστος, καθώς δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον οργάνων και μηχανισμών ύπαρξης συλλογής των πόρων
- Είναι κοινωνικά πιο δίκαιη, αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται σύμφωνα με το εισόδημα.

Παρουσιάζει παράλληλα και κάποια μειονεκτήματα:

- Υπάρχει συνεχής απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, καθώς υπάρχει άμεση εξάρτηση από τα δημόσια έσοδα και σε πολλές περιπτώσεις το υπουργείο Υγείας ανταγωνίζεται με όλα τα υπόλοιπα υπουργεία στη διεκδίκηση μεγαλύτερης χρηματοδότησης.

- Ο ασθενής τις περισσότερες φορές δεν είναι δυνατό να γνωρίζει τι ακριβώς πληρώνει για την Υγεία του, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να περιορίσει την κατανάλωση υπηρεσιών Υγείας
- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού

2.5.2 Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση

Η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων τύπου Bismarck. Στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων επιδοτούν στην ουσία τις μικρές εισφορές των χαμηλόμισθων, ενώ όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από εργοδοτικές εισφορές αλλά και από εισφορές των εργαζομένων. Το ύψος των εισφορών αυτών καθορίζεται από το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται συνήθως επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου.

Η χρηματοδότηση μέσω κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζει τα εξής πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Πρεζεράκος):

Πλεονεκτήματα

- Ελευθερία επιλογής ιατρού
- Ο ασθενής συνήθως γνωρίζει τι πληρώνει κάθε μήνα για τις υπηρεσίες υγείας που καταναλώνει με αποτέλεσμα να περιορίζει τη ζήτηση –τουλάχιστον θεωρητικά.
- Οι πόροι είναι συνήθως σταθεροί και από τη στιγμή που θα δεσμευτούν δύσκολα θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό

Μειονεκτήματα

- Το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται ιδιαίτερος από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής των εισφορών.
- Η προοδευτικότητα των συστημάτων που βασίζονται σε χρηματοδότηση μέσω κοινωνικής ασφάλισης είναι αρκετά περιορισμένη.

2.5.3 Χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικής ασφάλισης

η χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικής ασφάλισης αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των φιλελεύθερων συστημάτων. Αναπτύχθηκε ιδιαίτερα μετά το 1960. Οι πόροι προέρχονται είτε από τους ασφαλισμένους είτε από εργοδότες οι οποίοι προσφέρουν στους υπαλλήλους τους κάλυψη Υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται μέσα από ιδιωτικά ταμεία που στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς, δρουν ανταγωνιστικά με κύρια επιδίωξη τους την μεγιστοποίηση των κερδών. Ο έντονος ανταγωνισμός που μεταξύ των φορέων αυτών οδήγησε, κυρίως στις ΗΠΑ, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες να μετατραπούν σε φορείς ελεγχόμενης φροντίδας (HMOs και PPOs). Οι φορείς αυτοί αμείβονται με ένα εκ των προτέρων καθορισμένο ποσό, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής χρησιμοποιήσει ή όχι τις υπηρεσίες Υγείας. Στον Πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα του τρόπου αυτού χρηματοδότησης.

Πίνακας 2.3 : Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα χρηματοδότησης μέσω ιδιωτικής ασφάλισης

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Περιορισμένος κρατικός παρεμβατισμός	Περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
Ελευθερία επιλογής γιατρού	Αδυναμία ισότιμης και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού
Ο ασθενής περιορίζει τη ζήτηση	Αδυναμία ελέγχου των δαπανών

2.5.4 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης, και, τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους (Σούλης, 1999).

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές (Θεοδώρου, 2001). Οι δημόσιες πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) και η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων). Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΠΟΥ, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης ΟΟΣΑ, Ευρωπαϊκή Ένωση ΕΕ, Παγκόσμια Τράπεζα) και το οικογενειακό εισόδημα με τη μορφή των άμεσων, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος. Εκτός από τις πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαιρετική σημασία έχουν οι επιμέρους χρηματοδοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, γενικά, είναι το ημερήσιο νοσήλιο (κλειστό, ανοικτό ή ευλύγιστο), η πληρωμή κατά πράξη (fee for services), οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί (global budgets), οι ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (diagnostic related groups, DRGs), η αποζημίωση ανά περίπτωση νοσηλείας και η αποζημίωση ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού (Νιάκας, 2002).

Εξίσου σημαντικές είναι και οι μέθοδοι αμοιβής των προμηθευτών, οι οποίες επηρεάζουν βασικά και ποιοτικά μεγέθη της παροχής των υπηρεσιών (Δικαίος, 1999). Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών-προμηθευτών είναι η πληρωμή με μισθό, η πληρωμή κατά πράξη, η πληρωμή κατ' άτομο, η αμοιβή μέσω των οργανισμών προστασίας της υγείας και η αμοιβή μέσω των δικτύων συντονισμένων φροντίδων.

Καθένας από τους τρόπους αμοιβής των παραγωγών-ιατρών, έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Σίσκου, 2007) που σχετίζονται με τις συμπεριφορές των παραγωγών σχετικά με την ποιότητα, την ποσότητα του παραγόμενου προϊόντος, το χαρακτήρα της φροντίδας και φαινόμενα, όπως η προκλητή ζήτηση (είναι το φαινόμενο στο οποίο ο παραγωγός-ιατρός με την προτεινόμενη θεραπεία προκαλεί υπερβολική κατανάλωση κάποιων υπηρεσιών) και ο ηθικός κίνδυνος (είναι το φαινόμενο στο οποίο, υπό καθεστώς ασφαλιστικής κάλυψης, η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας αλλά και το κόστος τους τείνουν να αυξάνονται).

2.5.4.1 Συνδυασμός τρόπων χρηματοδότησης και πληρωμή προμηθευτών

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης, όπως αναφέραμε, είναι δυο, η Δημόσια χρηματοδότηση και η ιδιωτική χρηματοδότηση. Οι βασικοί τρόποι πληρωμής των προμηθευτών είναι τέσσερις (Πρεζεράκος):

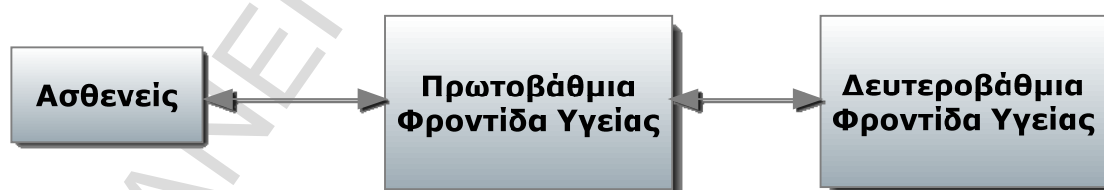
- i. Η άμεση πληρωμή από τους καταναλωτές οι οποίοι δεν είναι ασφαλισμένοι
- ii. Η άμεση πληρωμή από τους καταναλωτές οι οποίοι στην συνέχεια αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς
- iii. Η έμμεση πληρωμή μέσω κρατήσεων
- iv. Η έμμεση πληρωμή από ασφαλιστικούς φορείς

Ο συνδυασμός των δυο τρόπων χρηματοδότησης των Συστημάτων Υγείας και των τρόπων πληρωμής των προμηθευτών μας δίνουν επτά κατηγορίες σχετικά με τη χρηματοδότηση των συστημάτων. Πιο συγκεκριμένα:

2.5.4.1.1 Το προαιρετικό μοντέλο άμεσης πληρωμής (*voluntary out-of-pocket model*)

Το μοντέλο αυτό, βασίζεται στην ιδιωτική χρηματοδότηση, χωρίς να αποζημιώνει τους πολίτες για πληρωμές σε μετρητά. Έχει περιορισμένη εφαρμογή στα δυτικά συστήματα και όταν εφαρμόζεται αφορά κυρίως φάρμακα τα οποία χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή σε ιδιωτικές ιατρικές επισκέψεις (Μουρδουκούτα, 2007).

Σχήμα 2.2: προαιρετικό μοντέλο άμεσης πληρωμής



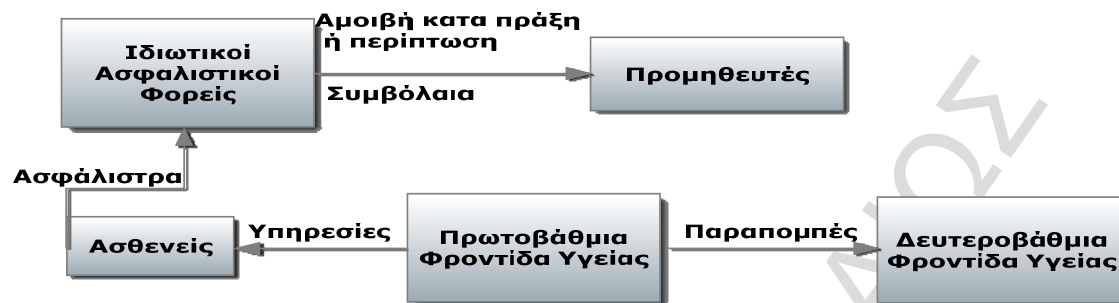
Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.5.4.1.2 Μοντέλο προαιρετικού Συμβολαίου (*voluntary contract model*)

Και αυτό το μοντέλο βασίζεται στην ιδιωτική χρηματοδότηση με συμβόλαια μεταξύ των ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών και συγκεκριμένων προμηθευτών Υγείας, οι οποίοι αναλαμβάνουν την υποχρέωση παροχής υπηρεσιών χωρίς να αποζημιώνονται από τους

ασφαλισμένους, αλλά από τους ασφαλιστικούς τους φορείς (Μουρδουκούτα, 2007). Είναι το κλασικό σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης των ΗΠΑ.

Σχήμα 2.3 : Μοντέλο προαιρετικού Συμβολαίου



Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

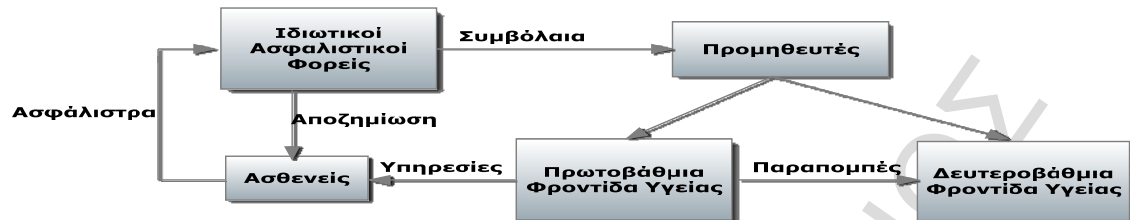
2.5.4.1.3 Προαιρετικό μοντέλο Έμμεσης πληρωμής με αποζημίωση (voluntary reimbursement model)

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην ιδιωτική χρηματοδότηση με βάση την ιδιωτική ασφάλιση που αποζημιώνει τις δαπάνες του ασφαλισμένου με μετρητά. Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να γίνονται άμεσες αποζημιώσεις των ιατρών από τους ασφαλισμένους, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς τους φορείς. Είναι πολύ πιθανό να μην υπάρχει και καμία χρηματική συναλλαγή μεταξύ ασφαλισμένων και προμηθευτών. Το ύψος δε των ασφάλιστρων μπορεί να είναι ανάλογο του κινδύνου που υπάρχει να αρρωστήσει ο ασφαλιζόμενος (Μουρδουκούτα, 2007). Το μοντέλο αυτό παρουσιάζει τα εξής μειονεκτήματα (Ματσαγγάνης, 2006) :

- Δεν αντιμετωπίζονται οι ανισοτιμίες, αφού η πρόσβαση στην ασφάλιση εξαρτάται από την ικανότητα του ασφαλισμένου να πληρώσει τα ασφάλιστρα, το ύψος των οποίων καθορίζεται από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης.
- Ο ασφαλισμένος δεν έχει το κίνητρο να περιορίσει τη ζήτησή (moral hazard), ενώ οι παραγωγοί έχουν λόγο να δημιουργούν προκλητή ζήτηση. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών οδηγεί συνήθως σε αύξηση τόσο της ποσότητας όσο και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε σε αύξηση των τιμών.

Το μοντέλο αυτό είναι στενά συνδεδεμένο με την συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος και εφαρμόζεται κυρίως στην Βρετανία και στην Ολλανδία.

Σχήμα 2.4 : Προαιρετικό μοντέλο Έμμεσης πληρωμής με αποζημίωση

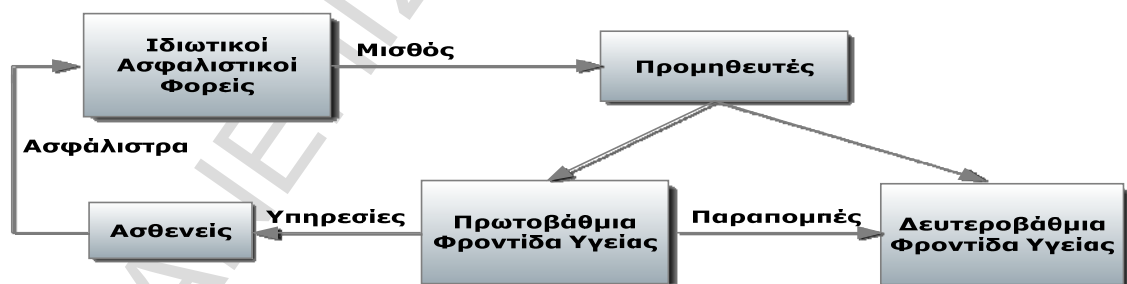


Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.5.4.1.4 Πλήρως προαιρετικό μοντέλο (integrated voluntary model)

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην ιδιωτική χρηματοδότηση, μέσω ασφάλισης όπου οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι προμηθευτές Υγείας είναι οριζόντια ενοποιημένοι σε έναν οργανισμό. Οι προμηθευτές αμείβονται είτε με μισθό είτε έχοντας ως βάση κάποιον συγκεκριμένο προϋπολογισμό για τις υπηρεσίες τους. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται στις ΗΠΑ και στους οργανισμούς διατήρησης Υγείας (Health Maintenance Organizations – HMO’s) και εξασφαλίζει μεγάλη ελευθερία επιλογής και ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, τα συστήματα αυτά είναι ανίσχυρα όσον αφορά τον έλεγχο του κόστους και όπου εφαρμόζονται ο αριθμός των ανασφάλιστων είναι εξαιρετικά μεγάλος (Μουρδουκούτα, 2007).

Σχήμα 2.5 : Πλήρως προαιρετικό μοντέλο

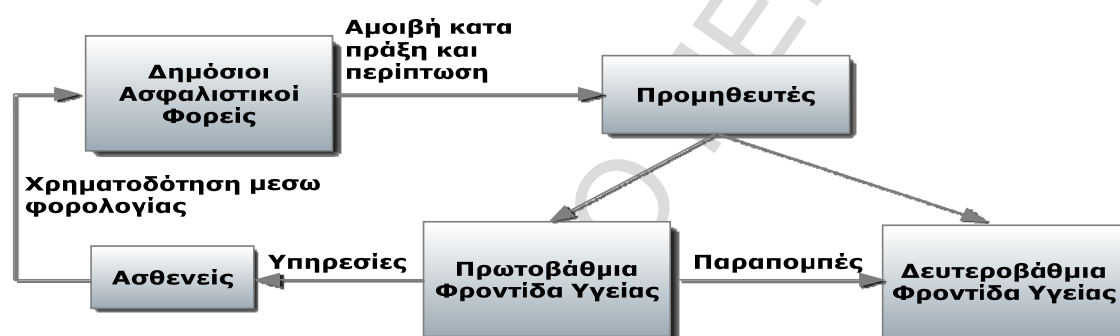


Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.5.4.1.5 Μοντέλο με δημόσιο συμβόλαιο (Public Contract Model)

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας μέσω της γενικής φορολογίας ή της κοινωνικής ασφάλισης, με συμβόλαια μεταξύ των δημόσιων ταμείων και των προμηθευτών Υγείας. Οι προμηθευτές μπορεί να είναι δημόσιοι ή και ιδιωτικοί φορείς οι οποίοι αμείβονται ανάλογα με τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μουρδουκούτα, 2007). Το σύστημα αυτό είναι αποτελεσματικό όσον αφορά τον στόχο της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών, αλλά μη αποτελεσματικό όσον αφορά την συγκράτηση του κόστους. Εφαρμόζεται κυρίως στην Ολλανδία, τη Μ. Βρετανία, τον Καναδά και στην Ιαπωνία.

Σχήμα 2.6: Μοντέλο με δημόσιο συμβόλαιο

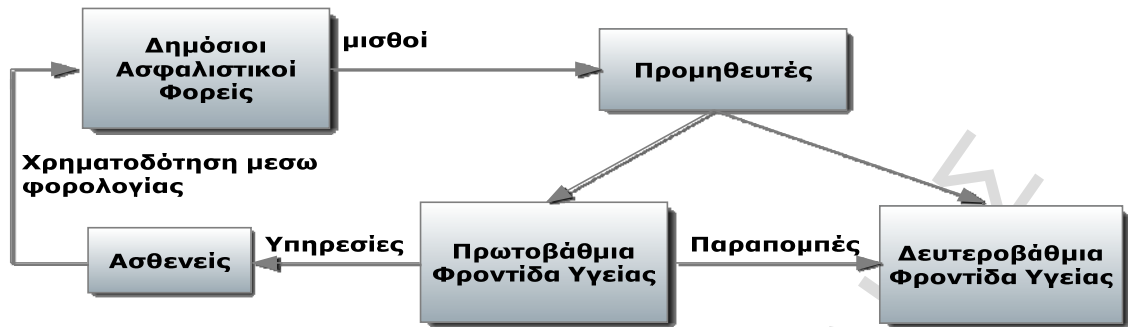


Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.5.4.1.6 Πλήρως Δημόσιο Μοντέλο

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα νοσοκομεία ανήκουν στον δημόσιο τομέα. Οι προμηθευτές υγείας αμείβονται είτε με μισθό είτε με βάση τον προϋπολογισμό για την παροχή των υπηρεσιών τους. Το μοντέλο αυτό επιτυγχάνει τους στόχους της ευκολίας πρόσβασης και πλήρους κάλυψης στις υπηρεσίες Υγείας, αλλά και της συγκράτησης του κόστους, αφού οι συνολικές δαπάνες τίθενται υπό κρατικό έλεγχο. Ένα σοβαρό όμως μειονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι δεν παρέχει κίνητρα προκειμένου να αυξηθεί η παραγωγικότητα, να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η ποιότητα και η ενίσχυση της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών (Ματσαγγάνης, 2006).

Σχήμα 2.7 : Πλήρως δημόσιο μοντέλο

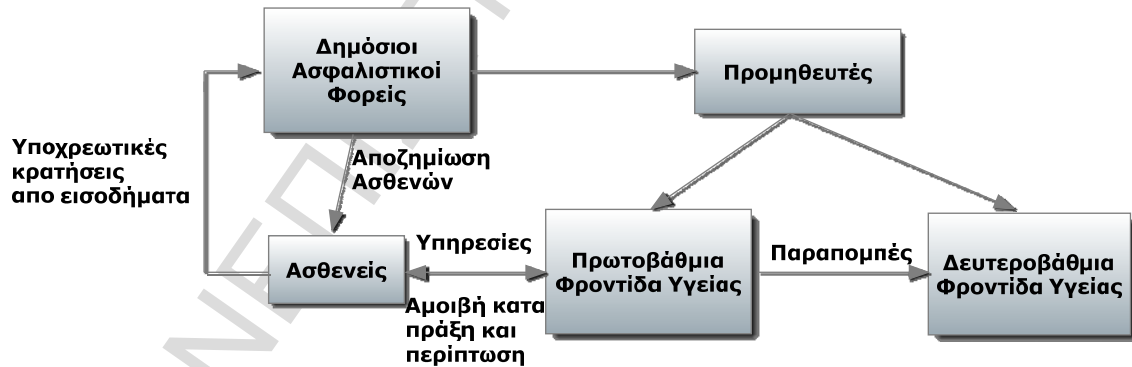


Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.5.4.1.7 Δημόσιο μοντέλο – Έμμεση πληρωμή με αποζημίωση

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην δημόσια χρηματοδότηση με αποζημίωση των δαπανών μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και μέσα από ένα ή περισσότερα ταμεία (Μουρδουκούτα, 2007).

Σχήμα 2.8 : Δημόσιο μοντέλο – Έμμεση πληρωμή με αποζημίωση



Πηγή: Καλογεροπούλου – Μουρδουκούτα (2007)

2.6 Δαπάνες και χρηματοδότηση στην Ελλάδα του 2012

Η υγεία αποτελεί αναμφίβολα ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου και η διασφάλιση και η διεύρυνσή προϋποθέτει σχεδιασμό, πόρους και αποτελεσματικότητα. Τα συστήματα υγείας συγκροτούν πολύπλοκους μηχανισμούς υπηρεσιών στους οποίους παρεμβαίνουν, τόσο τα δημόσια, όσο και τα ιδιωτικά συμφέροντα και απορροφούν ένα πολύ σημαντικό ποσοστό του πλούτου των κοινωνιών. Κατά συνέπεια το ερώτημα που ανακύπτει είναι εάν και σε ποιο βαθμό οι υπηρεσίες που παρέχουν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές και τις ανάγκες των πολιτών. Ειδικότερα στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα διαρκές διακύβευμα γύρω από το οποίο αντιπαράθεται ισχυρά οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα.

Παρά τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) από το 1983, μέχρι το 2011 στον τομέα της υγείας εμπλέκονταν περίπου 30 διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν κάλυψη για υπηρεσίες υγείας, είτε χρηματοδοτικά, είτε με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν μέχρι το 2011, ΝΠΔΔ και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους αλλά, υπόκειντο σε διαφορετική νομοθεσία και σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Επίσης, πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, το 50% του πληθυσμού της χώρας καλύπτονταν από τον ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας συνυπάρχουν ταυτόχρονα οι παροχές υγείας διαμέσου συμβολαιακών συστημάτων, διαμέσου της κοινωνικής ασφάλισης και διαμέσου του εθνικού συστήματος υγείας. Πρόκειται για ένα σύστημα όπου οι δημόσιες δαπάνες δεν είναι επαρκείς και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι αμφιλεγόμενες, ιδιαίτερα ως προς τις συνθήκες παροχής τους και ως προς την ποιότητά τους και σε μεγάλο βαθμό είναι ιδιωτικά χρηματοδοτούμενες.

Η Ελλάδα δεν έχει παράδοση συστηματικής καταγραφής και ανάλυσης εμπειρικών στοιχείων και δεικτών για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, ούτε έγκυρες και αξιόπιστες χρονοσειρές στατιστικών δεδομένων για το επίπεδο υγείας των εργαζομένων και τις παρεχόμενες, προς αυτούς, υπηρεσίες υγείας. Σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών απουσιάζουν οι περιοδικές έρευνες καταγραφής και εκτίμησης των

προβλημάτων υγείας, με αποτέλεσμα ο σχεδιασμός των πολιτικών υγείας να διαμορφώνεται ανάλογα με τις συγκυριακές διαθέσεις και δράσεις των πολιτικών και διοικητικών στελεχών που αναλαμβάνουν σε περιστασιακή βάση την εποπτεία και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι μόλις το 2009 διεξήχθη από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, η πρώτη συστηματική καταγραφή της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Η επεξεργασία μέρους αυτών των δεδομένων από το Παρατηρητήριο των Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ έδειξε ότι σε γενικές γραμμές το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα είναι ικανοποιητικό (Μπάγκαβος, 2011). Ωστόσο αυτό το επίπεδο δεν προκύπτει ότι συναρτάται άμεσα με την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας. Ενώ στη χώρα μας αυτές οι υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται αρκετά ανεπτυγμένες και ποσοτικά και ποιοτικά, οι δυνατότητες των πολιτών να έχουν πρόσβαση σ' αυτές είναι άνισες και σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από τη δυνατότητά τους να πληρώνουν, τυπικά ή άτυπα, ένα σημαντικό αντίτιμο για τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες.

Όπως καταδεικνύει ο Πίνακας 2.4 που προέρχεται από την προαναφερόμενη μελέτη, το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα βρίσκεται οριακά λίγο πάνω από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο για τους άνδρες και οριακά κάτω από το μέσο ευρωπαϊκό όρο για τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα κατά τη γέννησή τους οι έλληνες προσδοκείται να ζήσουν 77,69 έτη με Ευρωπαϊκό Μ.Ο 76,38 και η ελληνίδες 82,35 έτη με Μ.Ο στην Ε.Ε 82,40, ενώ στην ηλικία των 65 ετών οι έλληνες προσδοκείται να ζήσουν άλλα 17,83 έτη ενώ ο Μ.Ο στην Ευρώπη είναι 17,16 και οι ελληνίδες άλλα 19,77 έτη με αντίστοιχο Ευρωπαϊκό Μ.Ο 20,67.

Πίνακας 2.4 : Προσδόκιμο επιβίωσης (ΠΕ) στη γέννηση και στην ηλικία των 65 ετών κατά φύλο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2008

	Άνδρες		Γυναίκες	
	0 έτους	65 ετών	0 έτους	65 ετών
Αυστρία	77,75	17,71	83,28	21,14
Βέλγιο	76,92	17,29	82,56	20,92
Βουλγαρία	69,78	13,53	77,03	16,7
Γαλλία	77,8	18,53	84,84	23,04
Γερμανία	77,63	17,55	82,68	20,69
Δανία	76,52	16,62	80,99	19,49
Ελλάδα	77,69	17,83	82,35	19,77
Εσθονία	68,71	13,61	79,52	18,89
Ηνωμένο Βασίλειο	77,82	17,71	81,89	20,27
Ιρλανδία	77,54	17,2	82,3	20,43
Ισπανία	78,2	18,1	84,5	22,07
Ιταλία	79,15	18,17	84,48	21,96
Κύπρος	78,51	17,96	83,11	20,45
Λετονία	66,97	13,01	77,77	17,66
Λιθουανία	66,29	13,35	77,63	18,09
Λουξεμβούργο	78,11	17,4	83,06	20,99
Μάλτα	76,9	16,83	81,88	19,6
Ολλανδία	78,43	17,39	82,47	20,68
Ουγγαρία	69,98	13,95	78,25	18,12
Πολωνία	71,26	14,76	80,02	19,14
Πορτογαλία	76,24	16,87	82,41	20,3
Ρουμανία	69,71	14,01	77,22	17,16
Σλοβανία	70,64	13,77	78,98	17,77
Σλοβενία	75,53	16,43	82,59	20,53
Σουηδία	79,19	18,04	83,25	20,95
Τσεχία	74,06	15,29	80,52	18,82
Φινλανδία	76,47	17,48	83,28	21,35
ΕΕ27	76,38	17,18	82,37	20,67

Πηγή: Μπάγκαβος Χρ., Κατάσταση Υγείας και δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, αρ. μελέτης 20, Αθήνα, 2011.

Πίνακας 2.5: Έτη Υγιούς Επιβίωσης (EYE) στη γέννηση και στην ηλικία των 65 ετών κατά φύλο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2008

	Άνδρες		Γυναίκες	
	0 έτους	65 ετών	0 έτους	65 ετών
Αυστρία	58,02	7,32	59,51	7,32
Βέλγιο	63,2	10,28	63,77	10,2
Βουλγαρία	61,92	8,68	65,51	9,28
Γαλλία	62,41	8,67	64,21	9,79
Γερμανία	55,78	6,24	57,42	6,57
Δανία	62,27	12,03	60,66	12,32
Ελλάδα	65,43	8,69	65,79	8,11
Εσθονία	52,75	3,91	57,24	4,15
Ηνωμένο Βασίλειο	64,99	10,72	66,31	11,76
Ιρλανδία	63,16	9,38	64,97	10,28
Ισπανία	63,83	9,81	63,27	8,6
Ιταλία	62,4	7,35	61,21	6,8
Κύπρος	64,48	9,31	65,11	7,68
Λετονία	51,46	4,85	54,15	4,91
Λιθουανία	54,62	5,7	59,34	6,34
Λουξεμβούργο	64,81	10,8	64,2	11,57
Μάλτα	68,62	10,3	71,69	11,2
Ολλανδία	62,41	9,73	59,76	9,57
Ουγγαρία	54,65	5,52	57,97	6,34
Πολωνία	58,42	6,94	62,63	7,55
Πορτογαλία	58,99	6,57	57,22	5,36
Ρουμανία	60,03	7,67	62,64	7,78
Σλοβακία	51,81	2,92	52,3	2,62
Σλοβενία	59,41	9,23	60,9	9,29
Σουηδία	69,22	12,93	68,71	13,77
Τσεχία	61,16	7,4	63,33	8,16
Φινλανδία	58,56	8,05	59,38	8,92
ΕΕ27	60,89	8,22	61,96	8,38

Πηγή: Μπάγκαβος Χρ., Κατάσταση Υγείας και δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, αρ. μελέτης 20, Αθήνα, 2011.

Όμως, η εικόνα αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ε.Ε. αλλάζει σημαντικά όταν συγκρίνουμε τις τιμές του δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης κατά τη γέννα και τις αντίστοιχες τιμές στην ηλικία των 65 ετών στις διαφορετικές χώρες. Τα έτη υγιούς επιβίωσης των ελλήνων κατά τη γέννηση είναι 65,43 με Μ.Ο στην ΕΕ τα 60, 89 αλλά στην ηλικία των 65 ετών είναι 8,89 έτη με ΜΟ στην Ε.Ε. τα 8,22, και στις γυναίκες 65,79 (Μ.Ο. Ε.Ε. 61,96) και 8,11 (Μ.Ο Ε.Ε. 8,38). Η αναλυτική εξέταση των στοιχείων του Πίνακα 2.5 μας δείχνει ότι χώρες όπως είναι η Δανία, η Ιρλανδία, η Ισπανία, και το Λουξεμβούργο, ενώ υστερούν απέναντι στην Ελλάδα αναφορικά με το δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης κατά τη γέννηση, υπερτερούν σημαντικά στο δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Κάτι που προφανώς οφείλεται στην αναποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα παρά το υψηλό κόστος που καταβάλλουν άμεσα και έμμεσα οι πολίτες για αυτές.

Επίσης, οι ανισότητες στην Ε.Ε. είναι ιδιαίτερα μεγάλες αναφορικά με το επίπεδο υγιούς διαβίωσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ ένα αγόρι που γεννήθηκε στη Σουηδία το 2008 είχε μπροστά του 79,2 έτη ζωής από τα οποία τα 69,2 θα είναι με καλή κατάσταση υγείας (87,4%), τα αντίστοιχα μεγέθη για την Λιθουανία ήταν 66,3 και 54,6 (82,4%). Μάλιστα υπάρχουν χώρες, συγκεκριμένα η Εσθονία, η Σλοβακία και η Λετονία στις οποίες τα έτη υγιούς επιβίωσης είναι ακόμη χαμηλότερα από της Λιθουανίας (52,7, 51,8 και 51,5 αντίστοιχα) (Μπάγκαβος, 2011).

Σε ότι αφορά στις γυναίκες, οι προαναφερόμενες διαφορές στη γέννηση, είναι λιγότερο έντονες ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά είναι πιο σημαντικές για τα έτη υγιούς επιβίωσης και συνεπώς για το ποσοστό του βίου τους που θα ζήσουν με καλή υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι πιο υψηλές διαφορές στη μέση διάρκεια ζωής είναι μεταξύ των γυναικών στη Γαλλία (84,8 έτη) και τη Βουλγαρία (77 έτη), ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές στη μέση διάρκεια ζωής χωρίς κανένα περιορισμό στην άσκηση δραστηριοτήτων, εντοπίζονται μεταξύ των γυναικών στη Μάλτα (71,7 έτη) και τη Σλοβακία (52,3 έτη), χώρες στις οποίες συναντάται το υψηλότερο (87,6%) και το χαμηλότερο (66,2%) ποσοστό επιβίωσης με καλή υγεία αντίστοιχα (Μπάγκαβος, 2011).

Πίνακας 2.6: Σταθμισμένα ποσοστά ατόμων (%) χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων (καλή κατάσταση υγείας) κατά φύλο και γεωγραφική ενότητα, Ελλάδα, 2009

	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες
Επίπεδο Nuts_1			
Βόρεια Ελλάδα	74,6	80,1	70,1
Κεντρική Ελλάδα	75,7	79,3	73,0
Αττική	80,5	84,8	75,3
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	75,9	80,5	70,7
Επίπεδο Nuts_2			
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	74,7	79,0	71,3
Κεντρική Μακεδονία	73,4	77,0	70,2
Δυτική Μακεδονία	73,6	85,6	67,3
Θεσσαλία	78,2	88,0	70,4
Ήπειρος	71,3	67,4	73,8
Ιόνια Νησιά	85,0	93,8	76,3
Δυτική Ελλάδα	68,4	74,1	64,0
Στερεά Ελλάδα	74,9	77,8	72,8
Πελοπόννησος	83,2	86,1	81,3
Βόρειο Αιγαίο	73,3	74,3	72,2
Νότιο Αιγαίο	81,2	85,4	77,4
Κρήτη	74,4	80,5	66,4

Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας, 2009, ΕΛΣΤΑΤ.

Όσον αφορά τις περιφερειακές διαφορές στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, ο Πίνακας 2.6 μας δείχνει ότι τα ποσοστά αυτών που είναι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχουν περιορισμούς στην άσκηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων κυμαίνονται μεταξύ 74,6% (Βόρεια Ελλάδα) και 80,5% (Αττική). Επίσης, οι άνδρες φαίνεται ότι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας από ότι οι γυναίκες, ενώ οι διαφορές που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας των δύο φύλων σε περιφερειακό επίπεδο είναι πιο σημαντικές από αυτές που παρατηρούνται σε εθνικό επίπεδο (Μπάγκαβος 2011).

Με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε, χωρίς να προβούμε απαραίτητως στη στατιστική συσχέτιση μεταβλητών όπως είναι το επίπεδο των δαπανών υγείας και η κατάσταση της

υγείας του πληθυσμού, μπορούμε με ασφάλεια να διατυπώσουμε το συμπέρασμα ότι τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν προκύπτει ότι οι υψηλές δαπάνες υγείας διασφαλίζουν την καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Το υψηλό επίπεδο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κατά κοινή ομολογία, δεν φαίνεται να διασφαλίζει αναλόγου εύρους και ποιότητας υπηρεσίες. Επιπλέον, από τις εκτιμήσεις της κατάστασης υγείας του πληθυσμού διαμέσου των ερευνών πεδίου, δεν προκύπτει άμεση σχέση μεταξύ του επιπέδου των δαπανών και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, κατά το 2002, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Πορτογαλία εμφανίζονται να έχουν το χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε αρκετές μεταβλητές προσδιορισμού του όπως είναι για παράδειγμα οι δυσκολίες εκτέλεσης φυσικών λειτουργιών από τα άτομα. Η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χρόνιας νοσηρότητας, περιορισμών στην άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων καθώς και υψηλά ποσοστά προβλημάτων στον αισθητικοκινητικό τομέα, ενώ οι Κάτω Χώρες και η Αυστρία παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα καλής υγείας, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες τους δεν είναι οι υψηλότερες, ακολουθούμενες από την Ιταλία την Ισπανία και την Ελλάδα (Δημουλάς 2011).

2.6.1 Η υφιστάμενη κατάσταση των δαπανών Υγείας

Κατά κοινή ομολογία οι δαπάνες υγείας συνολικά στην Ελλάδα θεωρούνται υψηλές. Πιο συγκεκριμένα οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2007 ήταν 8,9% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ και 9,6% στην Ελλάδα που καταλαμβάνει την 11^η θέση με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο κατάταξης των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Επίσης οι ανά κάτοικο δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 2.984 δολάρια ΗΠΑ στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ και 2.727 δολάρια ΗΠΑ στην Ελλάδα (18^η θέση) (Ιωακείμογλου 2010), OECD(2010).

Οι υψηλές δαπάνες υγείας συνολικά στην Ελλάδα σήμερα, οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην εκτίναξή τους κατά την εικοσαετία 1990-2010 (Πίνακας 2.7). Κατά το διάστημα 1980-2007, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν περίπου διπλάσιος από αυτόν αύξησης του ΑΕΠ, χωρίς να οδηγηθούμε σε ανάλογη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές για την περίοδο 2000-2007 ήταν υψηλότερος από αυτόν για τις περιόδους 1980-1989 και 1990-1999, φτάνοντας το 7,2% (Οικονόμου 2011).

Πίνακας 2.7: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) δαπανών υγείας και ΑΕΠ (1980-2007)

	1980-1989	1990-1999	2000-2007
Συνολικές δαπάνες υγείας	1,9	5,2	7,2
Δημόσιες δαπάνες υγείας	2,0	5,1	7,3
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	1,9	5,2	7,1
ΑΕΠ	0,8	2,1	4,2
Συνολικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,2	3,0	2,9
Δημόσιες δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,2	2,9	2,9
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,1	3,1	2,7

Πηγή: OECD 2009

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες από τον πολίτη πληρωμές αποτελούν το 37,6% του συνόλου των δαπανών υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση το 2,1%, με αποτέλεσμα το 39,7% των δαπανών υγείας να είναι ιδιωτικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να τίθεται σε αμφισβήτηση ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας. Επιπρόσθετα, η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ανέρχεται στο 29,1% του συνόλου των δαπανών υγείας και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση στο 31,2% (Οικονόμου 2011).

Το πρόβλημα της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στην Ελλάδα είναι αντίστροφα προοδευτική λόγω της εκτεταμένης φοροδιαφυγής αλλά και από τον μεγάλο όγκο παραοικονομίας. Ως αποτέλεσμα, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν επιτυγχάνεται και οι δαπάνες υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Οικονόμου 2011).

Όσον αφορά τις δαπάνες και τις παροχές υγείας προς τους μισθωτούς εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα, οι δαπάνες του ασφαλιστικού τους φορέα του ΙΚΑ για παροχές ασθένειας σε είδος ως ποσοστό των συνολικών δαπανών του Ιδρύματος αυξήθηκαν από 23,7% που ήταν το 1999 στο 28,2% το 2010 παρουσιάζοντας μία μέση ετήσια μεταβολή της τάξης του 8% (Πίνακας 2.8).

Πίνακας 2.8: Δαπάνες ΙΚΑ κατά κατηγορία σε Ευρώ (σταθερές τιμές 2010)

Έτος	Παροχές Συντάξεων %	παροχές ασθενείας σε είδος	παροχές ασθενείας σε χρήμα	Δαπάνες Διοίκησης	Σύνολο
1999	6.579.064.822 71%	2.195.355.033 23,7%	245.031.649 2,64%	251.595.582 2,71%	9.271.047.086 100,0%
2000	6.594.700.823 69,8%	2.332.995.529 24,7%	246.084.654 2,61%	271.357.834 2,87%	9.445.138.840 100,0%
2001	7.146.671.070 70%	2.528.278.207 24,8%	273.341.475 2,68%	264.170.405 2,59%	10.212.661.157 100,0%
2002	7.341.111.230 69,0%	2.730.315.941 25,7%	268.390.635 2,71%	263.752.725 2,67%	10.643.570.531 100,0%
2003	7.630.278.269 67,5%	3.057.084.474 27,1%	289.080.611 2,56%	323.587.059 2,86%	11.300.030.413 100,0%
2004	8.038.615.453 67,4%	3.245.286.118 27,2%	303.331.581 2,54%	343.709.463 2,88%	11.930.942.616 100,0%
2005	8.322.598.042 66,4%	3.528.163.726 28,1%	317.121.916 2,53%	368.540.226 2,94%	12.536.423.911 100,0%
2006	8.921.274.506 65,7%	4.027.508.293 29,7%	323.980.176 2,39%	301.943.649 2,22%	13.574.706.624 100,0%
2007	9.187.649.244 65,8%	4.074.691.667 29,2%	341.302.408 2,44%	357.580.192 2,58%	13.961.223.712 100,0%
2008	10.377.831.944 66,5%	4.557.052.726 29,2%	361.992.794 2,32%	306.052.258 1,96%	15.602.929.723 100,0%
2009 ^α	11.891.497.800 67,6%	4.915.936.217 28,0%	377.368.918 2,15%	394.098.448 2,24%	17.578.901.383 100,0%
2010 ^α	11.957.203.822 66,9%	5.115.883.559 28,6%	379.153.300 2,12%	409.449.032 2,29%	17.861.689.713 100,0%
Μέση ετήσια μεταβολή	5,6%	8,0%	4,0%	4,5%	6,1%

Πηγή: ΙΚΑ 1999-2010, Απολογισμοί ΙΚΑ, Επεξεργασία στοιχείων ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, (Γ. Κολιός, Γ. Κρητικίδης).

Πιο συγκεκριμένα οι παροχές υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σε σταθερές τιμές 2010, υπερδιπλασιάστηκαν κατά το διάστημα 1999-2010 και από 2.195.355,042 ευρώ που ήταν το 1999 αυξήθηκαν σε 5.936.217 ευρώ. Αυτή η μεγάλη αύξηση οφείλεται κυρίως στην αύξηση των δαπανών για φάρμακα οι οποίες διπλασιάστηκαν μόλις σε μία πενταετία (2005-2010) και αντιστοιχούν στο 52% των δαπανών του ιδρύματος για παροχές ασθενείας σε είδος, ενώ το 1999, αντιστοιχούσαν μόλις στο 30,1% των αντίστοιχων

δαπανών. Επίσης οι δαπάνες ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης αυξήθηκαν μεν, αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό από ότι οι δαπάνες για φάρμακα. Το 1999 η ιατρική περίθαλψη αντιστοιχούσε στο 20,9% των δαπανών περίθαλψης και το 2010 περιορίστηκε στο 14,3%. Τέλος, η νοσοκομειακή περίθαλψη το 1999 απορροφούσε το 37,3% των δαπανών περίθαλψης του ΙΚΑ και το 2010 περιορίστηκε στο 23,7%. Παρατηρούμε δηλαδή ότι η αύξηση των δαπανών του ΙΚΑ για την φροντίδα υγείας των ασφαλισμένων του οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην αγορά και διάθεση φαρμάκων (Πίνακας 2.9) και όχι στις δαπάνες για άλλες δράσεις και υπηρεσίες υγείας όπως είναι η προληπτική φροντίδα υγείας, οι άμεσες ιατρικές υπηρεσίες και η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Πίνακας 2.9: Εξέλιξη των ετήσιων δαπανών του ΙΚΑ για παροχές υγείας(1999-2010)

ΕΤΟΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ιατρική Περιθαλψη	459.603.818	447.137.040	467.048.055	509.908.386	555.419.755	459.603.818
Φαρμακευτική Περιθαλψη	661.793.339	791.595.325	911.594.277	1.038.977.060	1.184.893.340	661.793.339
Νοσοκομειακή Περιθαλψη	817.958.039	832.665.596	872.847.059	868.825.556	989.994.918	817.958.039
Σανατ. & Προσθ. Περιθαλψη	249.191.444	254.891.645	275.758.813	279.164.750	322.925.692	249.191.444
Δαπαν. Προληπτ. Δράσης	14.336.453	15.906.286	14.571.383	18.607.068	19.580.965	14.336.453
Μείον Παροχές βαρύν. Ταμεία Ξένων Κρατών	-7.528.052	-9.200.363	-13.541.380	-10.252.075	-15.730.195	-7.528.052
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ	2.195.355.041	2.332.995.529	2.528.278.207	2.725.230.746	3.057.084.475	2.195.355.041

.....συνέχεια Πίνακα 33.

ΕΤΟΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Ιατρική Περιθαλψη	587.747.865	648.117.198	635.282.130	555.594.462	683.809.209	717.721.334
Φαρμακευτική Περιθαλψη	1.293.391.297	1.478.877.454	1.774.779.365	2.014.612.968	2.310.419.425	2.509.464.674
Νοσοκομειακή Περιθαλψη	1.018.382.155	1.098.769.242	1.199.113.478	1.122.908.162	1.116.870.375	1.201.461.941
Σανατ. & Προσθ. Περιθαλψη	341.978.252	359.752.998	414.178.665	403.913.398	454.321.891	502.975.710
Δαπαν. Προληπτ. Δράσης	20.329.502	21.353.326	20.651.000	14.031.382	15.772.907	22.205.725
Μείον Παροχές βαρύν. Ταμεία Ξένων Κρατών	-16.542.953	-16.706.492	-16.496.347	-36.368.503	-24.141.082	-37.913.167
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ	3.245.286.118	3.528.163.726	4.027.508.293	4.074.691.867	4.557.052.726	4.915.936.217

Πηγή: Τεύχη Προϋπολογισμών ΙΚΑ, Κλάδος παροχών σε τίτλο 1999-2010, 2009*2010*εκτιμήσεις Προϋπολογισμού. Επεξεργασία: ΙΝΕ/ΓΣΕΕ (Γ. Κολλιός, Γ. Κρητικίδης).

Αυτή η αλόγιστη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, ενισχύθηκε από την αθρόα συνταγογράφηση. Το 1999 στα πολυιατρεία του ΙΚΑ συνταγογραφήθηκαν 25.335.654 συνταγές και το 2010 ανήλθαν σε 33.798.308 (Δημουλάς 2011).

Το ίδιο χρονικό διάστημα το ιατρικό προσωπικό περιορίστηκε σημαντικά και από 8.503 γιατροί που απασχολούνταν το 1999 ο αριθμός τους μειώθηκε στις 6.671 το 2010 από τους οποίους ένας σημαντικός αριθμός εργάζονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου που ανανεώνονται περιοδικά.

Πιο συγκεκριμένα, σε κάθε γιατρό του ιδρύματος αντιστοιχούσαν 646,4 δικαιούχοι υγειονομικής περίθαλψης το 1999 και αυξήθηκαν σε 689,9 άτομα το 2008. Εάν εκφράσουμε αυτή την αναλογία ανά 1.000 δικαιούχους ή ασφαλισμένους διαπιστώνουμε ότι ο αριθμός των διαθέσιμων γιατρών του ιδρύματος ανά 1.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι 1,5 και ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 άμεσα ασφαλισμένους είναι 3,86. Το ίδιο έτος (2008), σύμφωνα με την έκδοση του ΟΟΣΑ *Health at a glance: Europe 2010*, σε 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 6 γιατροί και στον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχούσαν 3,3 γιατροί (OECD, 2010). Αντίστοιχα το 2010 η αναλογία ήταν 836 δικαιούχοι περίθαλψης ανά γιατρό ή 0,8 γιατροί ανά 1.000 ασφαλισμένους στο ΙΚΑ. Αυτή η σχέση επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ στον οποίο απασχολούνται με συμβάσεις χρόνου και έργου λιγότεροι από 22.000 γιατροί όλων των ειδικοτήτων για ένα σύνολο περίπου 9.000.000 ασφαλισμένων. Στον ΕΟΠΥΥ αντιστοιχούν περίπου 2,4 γιατροί ανά 1.000 ασφαλισμένους αναλογία πολύ μικρότερη από αυτή που έχει τη δυνατότητα να παράσχει το διαθέσιμο ιατρικό δυναμικό της χώρας. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο ενός ιδιότυπου ιατρικού προλεταριάτου, που εργάζεται κάτω από ιδιαίτερα δυσμενείς συνθήκες, με χαμηλές αμοιβές και ανασφαλείς προοπτικές απασχόλησης.

Σε αυτό το πλαίσιο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ παράγει μία πληθώρα ιατρικών συνταγών και ιατρικών εξετάσεων που διαχρονικά αυξάνουν με ταχείς ρυθμούς παρά τη μείωση του ιατρικού προσωπικού και του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων, δηλαδή για μικρότερο αριθμό «ασθενών» έχουμε λιγότερους γιατρούς, περισσότερες συνταγές και πολύ περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις (Δημουλάς, 2011).

Η πρόσφατη ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η έκδοση του ενιαίου κανονισμού παροχών υγείας δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει τις διαρθρωτικές αδυναμίες των υπηρεσιών

πρωτοβάθμιας υγείας καθώς διέπεται από την υπόθεση ότι τα προβλήματα στη λειτουργία των υπηρεσιών οφείλονται στο «διεφθαρμένο προσωπικό», που διαχειρίζεται με σπάταλο τρόπο τις παροχές υγείας και επιδιώκεται να συνεντιστεί με τη μείωση των «επίσημων» αμοιβών του.

2.6.2 Η περίπτωση του ΕΟΠΥΥ

Οι παροχές υγείας του ΕΟΠΥΥ καθορίζονται από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας, ο οποίος ορίζει τις προδιαγραφές των παροχών υγείας και τις προϋποθέσεις για να έχουν πρόσβαση οι ασφαλισμένοι σε αυτές. Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας¹⁰⁵ επιδιώκει να εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και εκδόθηκε με σκοπό την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 31 του ν.3863/2010. Πιο συγκεκριμένα, ο ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας αναφέρεται στους ασφαλισμένους στους κλάδους υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ, του ΕΤΑΑ, του ΤΑΥΤΕΚΩ και του ΕΤΑΠ-ΜΜΕ καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους που είναι έμμεσα ασφαλισμένοι στον κλάδο υγείας.

Στο συγκεκριμένο κανονισμό προβλέπονται ορισμένα θετικά μέτρα προληπτικών εξετάσεων χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, όπως είναι εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες, μαστογραφία κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών, test pap, PSA για άνδρες άνω των 50 ετών, κολονοσκόπηση ανά 5ετία μετά τα 50 κ.ά, τα οποία όμως δεν εφαρμόζονται πρακτικά καθώς ο ΕΟΠΥΥ δεν διαθέτει την απαραίτητη εργαστηριακή υποδομή για την ομαλή εκτέλεσή τους ούτε τους απαραίτητους χρηματικούς πόρους για υποχρεωτική εφαρμογή αυτών των εξετάσεων στους ασφαλισμένους.

Επίσης ο κανονισμός παροχών υγείας θέσπισε την αρνητική λίστα φαρμάκων, και το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (ΚΕΝ) για νοσοκομεία του ΕΣΥ και για τις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές. Η υιοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων ενώ είναι θετικό μέτρο προβλέπει την πριμοδότηση των ιδιωτικών κλινικών σε βάρος των δημόσιων νοσοκομείων αφού σε αυτές το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο είναι προσαυξημένο κατά 20% συγκριτικά με τις δημόσιες κλινικές. Ειδικότερα στην περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών εξαιρείται από το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο η ημερήσια φαρμακευτική δαπάνη μέχρι 8 ευρώ την ημέρα καθώς και το κόστος πολλών άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων, η αμοιβή του χειρουργού, του αναισθησιολόγου και τα έξοδα χειρουργείου και αναισθησίας καθώς και τα μοσχεύματα. Επιπρόσθετα,

καθιερώθηκε τιμή πακέτο αρκετά πιο υψηλή από τα τιμολόγια που υπήρχαν πριν τον ΕΟΠΥΥ, για νοσηλεία στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, σε ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) και σε ΜΑΦ(Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας). Έτσι, με το νέο σύστημα τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω του ΕΟΠΥΥ καλούνται να χρηματοδοτήσουν με υψηλότερους πόρους τα δημόσια νοσοκομεία το ίδιο διάστημα που τα έσοδά τους, εξαιτίας της ανεργίας, της μείωσης των μισθών, τις ευελιξίες της εργασίας και της εισφοροδιαφυγής περιορίζονται σημαντικά.

Η προσπάθεια επιβολής ενιαίων κανόνων και κριτηρίων στις παροχές υγείας με τη θέσπιση του ΕΟΠΥΥ υπονομεύεται από την υιοθέτηση και γενίκευση του μοντέλου της «φτηνότερης πρακτικής». Ο Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ, δεν διέπεται από μία φιλοσοφία βελτίωσης της ποιότητας και της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτόν, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι διάχυτη η αντίληψη «περί σπάταλων υπηρεσιών υγείας». Έτσι κατά την ενοποίηση των προϋποθέσεων και των προδιαγραφών που θα πρέπει να διέπουν τις παροχές υγείας δεν υιοθετήθηκαν οι καλύτερες πρακτικές από το κάθε μεμονωμένο ταμείο, ούτε υπήρξε μία στιβαρή ανάλυση της κατάστασης και των αναγκών υγείας του πληθυσμού καθώς και των προτεραιοτήτων που θα πρέπει να υπάρχουν στις υπηρεσίες και τις παροχές υγείας, αλλά προτάχθηκε η απαίτηση της μεγάλης περικοπής των δαπανών υγείας, ανεξαρτήτως εάν αυτό επηρεάζει την ποιότητα και την επάρκειά τους. Στην κατεύθυνση αυτή, στην οργάνωση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ επιλέχτηκε η ταύτιση προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας αντί ο ΕΟΠΥΥ ως φορέας προσφοράς υπηρεσιών υγείας να λειτουργεί με κεντρική επιδίωξη την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών (ενοποιημένος φορέας ασφάλισης).

Αναλυτικότερα, συγκρίνοντας τις παροχές που παρείχαν τα μεμονωμένα ταμεία πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ με τις παροχές υγείας του ΕΟΠΥΥ διαπιστώνουμε ότι:

Με τον ΕΟΠΥΥ παρέχεται ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασφαλισμένους από όλες τις κατά τύπους δομές με ενιαίο τρόπο και διακρίνονται δύο βασικές κατηγορίες ιατρικού προσωπικού. Οι γιατροί που εργάζονται με συμβάσεις χρόνου και αποτελούνται από αυτούς που ήταν εργαζόμενοι στο ΙΚΑ και οι γιατροί που εργάζονται ως συμβεβλημένοι με συμβάσεις έργου. Για την αμοιβή τους υιοθετήθηκε το σύστημα του ΟΑΕΕ δηλαδή η αμοιβή ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που αναλαμβάνουν να παράσχουν υπηρεσίες κατά μήνα. Οι αμοιβές του ιατρικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα χαμηλές με

αποτέλεσμα την επιδείνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και του βαθμού ανταπόκρισης (λίστες αναμονής).

Προσδιορίστηκαν οι παθήσεις στις οποίες χορηγούνται συγκεκριμένα σκευάσματα με ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου 10% επί της δαπάνης ενώ στο προηγούμενο σύστημα δεν υπήρχε συμμετοχή του ασφαλισμένου ούτε πλαφόν ανώτατης τιμής. Η περίθαλψη στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης είτε κλειστής είτε ημερήσιας νοσηλείας παρέχεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο του Π.Δ. 383/2002 στο οποίο περιλαμβάνονται αναλώσιμα υλικά, επιθέματα, καθετήρες, εξετάσεις και υγειονομικό υλικό.

Ορίστηκε ανώτατη ποσότητα χορήγησης αναλώσιμων υλικών, ανώτατο χρηματικό ποσό για άλλα υλικά, και πρόβλεψη συμμετοχής των ασφαλισμένων στη δαπάνη. Παρέχεται αποζημίωση για αποκλειστική νοσοκόμα μόνο στα δημόσια θεραπευτήρια ενώ πριν τον ΕΟΠΥΥ ή συγκεκριμένη κάλυψη δινόταν για 5-8 νύχτες τόσο στα κρατικά όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία (εκτός από τον ΟΓΑ και τον ΟΠΑΔ που δεν προέβλεπαν ανάλογη παροχή). Όσον αφορά τη νοσηλεία σε χώρες της Ε.Ε. όσο και σε χώρες εκτός Ε.Ε. αυτή παρέχεται όταν είναι αδύνατη η θεραπεία στην Ελλάδα και αποζημιώνεται το κόστος νοσηλείας (χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου), επιπλέον καταβάλλεται το αντίτιμο του εισιτηρίου μετάβασης και επιστροφής της οικονομικότερης θέσης και ποσό 90 ευρώ την ημέρα έξοδα διαμονής και διατροφής. Επίσης για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ε.Ε. κατόπιν επιθυμίας του ασφαλισμένου θεσπίζεται συμμετοχή των ασφαλισμένων κατά 70% της δαπάνης νοσηλείας, εξόδων ταξιδιού και διαμονής.

Το καταβαλλόμενο ποσό για έξοδα μετακίνησης των νεφροπαθών για αιμοκάθαρση καθώς και των μεταγγιζόμενων πασχόντων από μεσογειακή αναιμία ανά περιοχή της χώρας με κλιμακούμενα ποσά ανάλογα με το μεταφορικό μέσο από 115 ευρώ μέχρι 400 ευρώ το μήνα, ενώ στο προηγούμενο σύστημα ήταν απεριόριστο.

Ενιαίο χρηματικό ποσό για βοήθημα τοκετού αντί μαιευτικής περίθαλψης (από 900 ευρώ έως 1600 ευρώ) ανάλογα με τον αριθμό των νεογνών. Στο προηγούμενο σύστημα υπήρχε αποζημίωση που ακολουθούσε τους κανόνες που ίσχυαν στις άλλες ασθένειες και σε ορισμένα ταμεία το επίδομα μπορούσε να ανέλθει έως και 1767 ευρώ.

Αποζημίωση φυσικοθεραπειών ανά συνεδρία (επίσκεψη) μέχρι 12 συνεδρίες το 6μηνο και απόδοση 20 ευρώ ανά συνεδρία, με εξαίρεση τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (10 συνεδρίες / μήνα και για 6 μήνες), σε σοβαρά κινητικά προβλήματα (10 συνεδρίες / μήνα και για 6 μήνες με δυνατότητα παράτασης) και σε σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα (12

συνεδρίες / μήνα και μέχρι 6 μήνες). Πριν τον ΕΟΠΥΥ οι παροχές για φυσικοθεραπείες κυμαινόταν ανάλογα με το ταμείο και η αποζημίωση δινόταν κατά πράξη αλλά ήταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα ενώ ταυτόχρονα υπήρχε ανώτατος αριθμός πράξεων ανά έτος όπως και στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ.

Αποζημίωση λογοθεραπευτών για 8 συνεδρίες το μήνα με τιμή 10 ευρώ / συνεδρία. Στο προηγούμενο σύστημα παρέχονταν αμοιβή 30 ευρώ για την πρώτη συνεδρία και 15 ευρώ για κάθε επόμενη χωρίς αριθμητικό περιορισμό. Συμμετοχή των ασφαλισμένων σε ποσοστό 25% ανάλογα με το είδος και την κατηγορία του ασθενούς στις δαπάνες πρόσθετης περίθαλψης. Το επίδομα λουτροθεραπείας δεν ξεπερνά τα 250 ευρώ για κάθε ασθενή ετησίως ενώ στο προηγούμενο σύστημα κυμαινόταν από 400-1600 ευρώ. Το επίδομα αεροθεραπείας καθορίζεται στα 200 ευρώ για κάθε ασθενή ετησίως ενώ στο προηγούμενο σύστημα ήταν περίπου 500 ευρώ. Χρηματοδοτείται η ειδική αγωγή για παιδιά σε συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών και μέχρι συγκεκριμένου συνολικού ποσού με κάλυψη του 100% του ημερήσιου τροφείου σε ειδικά εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία και άσυλα

- σε περιστατικά κινητικών προβλημάτων, φυσικοθεραπείες 10 συνεδρίες / μήνα, με 20 ευρώ ανά συνεδρία,
- σε σοβαρά νοητικά ή ψυχιατρικά προβλήματα 20 συνεδρίες / μήνα, ανά είδος θεραπείας με απόδοση μέχρι 900 ευρώ το μήνα και
- επί διαταραχής ελλειμματικής προσοχής ανώτατο ποσό 300 ευρώ το μήνα.

Μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην κάλυψη των δαπανών.(π.χ. 15% συμμετοχή για την πραγματοποίηση πολλών παρακλινικών εξετάσεων –μικροβιολογικές ακτινογραφίες κτλ.)όταν αυτές δεν πραγματοποιούνται στις δομές του οργανισμού. Δομές που είναι περιορισμένες και έχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ασφαλισμένοι ή θα πληρώνουν τη συμμετοχή του 15% στα ιδιωτικά κέντρα(μέχρι τώρα στον ΟΠΑΔ δεν υπήρχε συμμετοχή των άμεσα ασφαλισμένων) ή θα πάνε στα κέντρα του ΕΣΥ που ήδη είναι επιβαρημένα με τις λίστες αναμονής των ασφαλισμένων του ΟΓΑ(αυξάνει η συμμετοχή τους από 0 σε 15%).

Οι παρακλινικές εξετάσεις πραγματοποιούνται εντός των δομών του Οργανισμού στους σχηματισμούς του ΕΣΥ καθώς και σε συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια. Όταν πραγματοποιούνται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια συμμετέχουν οι

ασφαλισμένοι σε ποσοστό 15% επί της δαπάνης και απαιτείται θεώρηση για εξετάσεις κόστους πάνω από 50 ευρώ. Μειώνεται η συμμετοχή των ασφαλισμένων στον ΟΑΕΕ (από 25%) και αυξάνει η συμμετοχή των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ.

Ο ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας δεν θεσπίζει τον οικογενειακό γιατρό και ένα πιο αποδοτικό και αξιοπρεπές σύστημα αμοιβής των ιατρών με συγκεκριμένο δεσμευτικό πλαίσιο παροχής ιατρικών υπηρεσιών εκ μέρους τους. Οι ρυθμίσεις που προβλέπονται στον κανονισμό αναφορικά με τις αμοιβές των γιατρών θα προκαλέσουν μεγάλη υποβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας προς τους ασφαλισμένους κυρίως του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και των άλλων οργανισμών εκτός του ΟΓΑ (Για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ η κατάσταση λίγο ως πολύ θα παραμείνει ίδια).

Τέλος, απουσιάζει η ουσιαστική μέριμνα για την οδοντιατρική φροντίδα καθώς υιοθετείται το πρότυπο του ΟΠΑΔ του οποίου το κρατικό τιμολόγιο είναι πολύ χαμηλό και πρακτικά αναγκάζει τους ασφαλισμένους να καλύπτουν μόνοι τους της δαπάνες της οδοντιατρικής φροντίδας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κεφάλαιο 3: Η Θεωρία και το Μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου

3.1 Θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου

Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ξεκίνησε στην Αμερική η αναζήτηση των παραγόντων που συντελούν στην οικονομική άνοδο. Οι συγκεκριμένες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αύξηση των κλασικών συντελεστών παραγωγής (γη, εργασία, υλικό κεφάλαιο) δεν ήταν σε θέση να ερμηνεύσει την αύξηση του εθνικού εισοδήματος. Το 1961 πρώτος ο Schultz απέδωσε το ανεξηγήτο μέρος του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας στην εκπαίδευση, ενώ την ίδια περίοδο οι ερευνητικές ομάδες των Πανεπιστημίων του Σικάγο και Κολούμπια της Νέας Υόρκης στοιχειοθέτησαν τη θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου (Mincer, 1958, 1974· Schultz, 1961· Becker, 1964).

Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, βασική πηγή πλούτου για την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας δεν είναι το γνωστό υλικό κεφάλαιο αλλά το ανθρώπινο κεφάλαιο, το οποίο αποτελεί πηγή μελλοντικών ικανοποιήσεων ή κερδών, όπως οι υπόλοιπες μορφές κεφαλαίου. Το ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελεί τη βάση της οικονομικής ανάπτυξης γιατί η υλική ευημερία μπορεί εύκολα να αντικατασταθεί μετά από μια φυσική καταστροφή οι ιδέες όμως, δεν μπορούν να χαθούν (Tyler, 1971).

Λίγα χρόνια αργότερα, οι Romer (1986, 1990, 1992) και Lucas (1988) θεμελιώνουν τη νέα θεωρία της ενδογενούς οικονομικής ανάπτυξης (new growth theory), η οποία υποστηρίζει πως σε μια χώρα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης όλοι οι άλλοι συντελεστές παραγωγής θα λειτουργούν περισσότερο αποτελεσματικά.

Η θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου (Human Capital Theory), αν και προτάθηκε αρχικά από τον Schultz το 1961, αναπτύχθηκε διεξοδικότερα από τον Becker το 1964. Ο Becker ανέλυσε και εξήγησε στη μελέτη του «*Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis to special reference to education*», ότι η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε ιδιαίτερα την δεκαετία του 60' εξαιτίας της συνειδητοποίησης ότι η αύξηση του φυσικού κεφαλαίου παίζει μικρό ρόλο στην αύξηση του εισοδήματος. Στην «ανακάλυψη» της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου έπαιξε σημαντικό ρόλο η περαιτέρω ανάπτυξη της εκπαίδευσης και της μόρφωσης, καθώς και η απόκτηση δεξιοτήτων και ικανοτήτων λόγω

της στρατιωτικής κυρίως εκπαίδευσης των προηγούμενων ετών και οφείλεται κυρίως σε κοινωνικά, πολιτικά, αλλά και οικονομικά αίτια.

Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου προέρχεται από έναν κλάδο της οικονομικής επιστήμης, τα οικονομικά της εργασίας, όπου μελετώνται θέματα που αφορούν το εργατικό δυναμικό, αλλά και εστιάζουν κυρίως σε ποσοτικούς όρους, για αυτό και παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ακριβείας στις προβλέψεις από κάθε άλλο επιστημονικό κλάδο. Ο οικονομολόγος Theodore Schultz εισήγαγε το λεγόμενο Return of Investment (ROI), που δίνει ιδιαίτερη σημασία στην ανάλυση κόστους-οφέλους της εκπαίδευσης και της μόρφωσης. Ο Becker βασίστηκε στην έρευνα του Schultz και ανέπτυξε την θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου όπως την γνωρίζουμε σήμερα. Ο Becker εισήγαγε επίσης τις έννοιες του γενικού ανθρώπινου κεφαλαίου (general human capital) και του στοχευμένου ανθρώπινου κεφαλαίου (firm-specific human capital), το οποίο και χρησιμοποιείται ευρέως από τους επαγγελματίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων.

3.1.1 Επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο

Επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο κατά τον Schultz, αποκαλούνται οι λεγόμενες μη παραγωγικές επενδύσεις (Φραγκουδάκη, 1985), δηλαδή επενδύσεις:

- i. Για τη δημόσια Υγεία
- ii. Για την εκπαίδευση
- iii. Για την εσωτερική μετανάστευση

Οι επενδύσεις αυτές έχουν, κατά τον Schultz, μεγάλη σημασία καθώς αυξάνουν την παραγωγική ικανότητα του ανθρώπου. Η εξασφάλιση της καλής υγείας αποτελεί για τον κάθε άνθρωπο προϋπόθεση για την καλή απόδοση και παραγωγικότητα του ως εργαζόμενου. Η εκπαίδευση το ίδιο. Τέλος η υποβοήθηση της εσωτερικής μετανάστευσης, η οριζόντια κοινωνική κινητικότητα, επιδρά στην παραγωγική ικανότητα του εργαζόμενου καθώς του προσφέρει ευκαιρίες για καλύτερη θέση εργασίας (θεωρητικά τουλάχιστον). Άρα όσο περισσότερες επενδύσεις γίνονται

- στην εκπαίδευση, για την αύξηση των γνώσεων και των ειδικοτήτων
- στην εσωτερική μετανάστευση
- στην δημόσια υγεία για την εξασφάλιση καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού

τόσο περισσότερο αυξάνεται η παραγωγική ικανότητα του εργατικού πληθυσμού και κατά επέκταση επιταχύνεται ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης.

Ο Schultz ερμηνεύει επίσης τις οικονομικές καθώς και τις κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά και ανάμεσα στις ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες, ως μειωμένη επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο.

Βασικό συμπέρασμα είναι ότι θεωρεί την ανώτατη εκπαίδευση και τη συσσώρευση της γνώσης ως προϋπόθεση για την παραγωγή υψηλής τεχνολογίας δηλαδή για την ανάπτυξη της βιομηχανικής κοινωνίας

3.1.2 Η θεωρία ανθρώπινου κεφαλαίου

Σύμφωνα με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, η μόρφωση ή η εκπαίδευση αυξάνει την παραγωγικότητα των εργαζομένων, αφού αποκτούν χρήσιμες γνώσεις και δεξιότητες. Κατ' επέκταση και εν δυνάμει αυξάνεται διαχρονικά το εισόδημα τους (Becker, 1994). Η θεωρία αυτή παίρνει ως δεδομένο ότι οι δαπάνες για την εκπαίδευση είναι υψηλές, και η οποιαδήποτε δαπάνη θα πρέπει να θεωρείται ως επένδυση αφού γίνεται προκειμένου να αποκομίσουμε μελλοντικά οφέλη.

Οφέλη από την εκπαίδευση

Τα οφέλη από την εκπαίδευση είναι πολυδιάστατα και διαχέονται σε πλήθος τομέων της οικονομικής και κοινωνικής ζωής. Εν συντομία αναφέρονται παρακάτω τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη διεθνή βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο θέμα:

- i. **Ιδιωτικά οφέλη:** Κοινή διαπίστωση πληθώρας ερευνών είναι το γεγονός ότι η εκπαίδευση αποφέρει οικονομικά οφέλη τόσο *άμεσα* όσο και *έμμεσα* (Benhabib & Spiegel, 1994· Berman et al., 1998· Μητράκος, 2004· Acemoglu et al., 2006). Τα **άμεσα ιδιωτικά οφέλη** της εκπαίδευσης αναφέρονται στη θετική επίπτωση που έχει η εκπαίδευση του ατόμου στα εισοδήματά του. Μέσω της εκπαίδευσης αυξάνεται η παραγωγικότητα του εργαζόμενου, γεγονός που επιφέρει αύξηση του μισθού του (Psacharopoulos & Patrinos, 2002· Card, 1999). Παράλληλα, το μορφωτικό επίπεδο του εργαζόμενου δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης εργασιακής σταθερότητας (Mincer, 1993) και περιορίζει την πιθανότητα ανεργίας (Bowen & Finegan, 1969· Ashenfelter

& Ham, 1979· Mincer, 1993· Howe, 1993· Heinrich & Hildebrand, 2005). Τα **έμμεσα ιδιωτικά οφέλη** της εκπαίδευσης αναφέρονται στις καλύτερες συνθήκες εργασίας που έχει ο περισσότερο μορφωμένος (Ψαχαρόπουλος, 1999).

- ii. **Θετικές συνέπειες για το εξωτερικό περιβάλλον:** Τα οφέλη της εκπαίδευσης πέρα από το εκπαιδευόμενο άτομο, διαχέονται και σε άλλα μέλη της κοινωνίας και επηρεάζουν το κοινωνικοοικονομικό φάσμα στους εξής τομείς:
- a) Καλύτερη κατάσταση υγείας (Cicccone & Peri, 2006),
 - b) Μεγαλύτερη ποσότητα και καλύτερη ποιότητα γνώσης με αποτέλεσμα τη συνεχή δημιουργία νέας γνώσης. Περισσότερα μορφωμένα άτομα σημαίνει περισσότεροι επιστήμονες, αναλυτές, ερευνητές, τεχνικοί και επομένως αύξηση των καινοτομιών και εισαγωγή νέων διαδικασιών στην παραγωγή (Grossman, 1976),
 - c) Ενίσχυση του δημοκρατικού πολιτεύματος, αυξημένη συμμετοχή στα κοινά, κριτική στάση απέναντι στις πληροφορίες από τα ΜΜΕ (Grossman, 1976, Wolfe, 1984),
 - d) Καταναλωτική αποτελεσματικότητα (Wolfe & Zuvekas, 1999),
 - e) Σεβασμός στο περιβάλλον,
 - f) Κοινωνική συνοχή και κοινωνικό κεφάλαιο (Belfield et al., 1999),
 - g) Μείωση της εγκληματικότητας κ.ά. (Weiwbrod, 1964· Grossman, 1976· Ψαχαρόπουλος, 1999).
- iii. **Η συμβολή της εκπαίδευσης στο ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης:** Η θετική σχέση μεταξύ ετών εκπαίδευσης και ανάπτυξης επιβεβαιώνεται από σειρά ερευνών (Landau, 1983· Denison, 1985· Mankiw et al., 1992· Barro, 1997· Engelbrecht, 1997). Οι μελέτες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας & Ασφάλειας (ΟΟΣΑ), συνηγορούν με τα πορίσματα των πιο πάνω ερευνών, αποδίδοντας τη μισή τουλάχιστον αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας. Σε μακροπρόθεσμη προοπτική ο αντίκτυπος ενός επιπρόσθετου έτους εκπαίδευσης στην οικονομική αποδοτικότητα των χωρών του ΟΟΣΑ είναι της τάξης του 6% (OECD, Education at a glance, 2007). Παράλληλα, τα πορίσματα ερευνών της τελευταίας δεκαετίας εισηγούνται πως οι πολιτικές που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης (Hanusek & Kimko,

2000· Coulombe et al., 2004), αλλά και στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Μητράκος, 2004), μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη μακροχρόνια βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη αλλά και στην άμβλυνση των οικονομικών ανισοτήτων.

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως στις σύγχρονες κοινωνίες των ανθρώπων η εκπαίδευση δεν επιτελεί μόνο κοινωνικούς και πολιτιστικούς σκοπούς αλλά έχει και οικονομική αξία αφού, μέσω της συγκεκριμένης διαδικασίας τα άτομα από τη μια, αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να αυξήσουν την «αξία» τους στην αγορά εργασίας και από την άλλη, συμβάλλουν καθοριστικά στο ρυθμό οικονομικής ανόδου της χώρας.

Η προσέγγιση του ανθρωπίνου κεφαλαίου χρησιμοποιείται συχνά για να εξηγήσει μισθολογικές διαφορές. Το ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να θεωρηθεί σε γενικές γραμμές, σαν την ικανότητα να διαβάζεις και να γράφεις, ή με ειδική ορολογία, σαν την απόκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων – δεξιοτήτων με περιορισμένη βιομηχανική εφαρμογή. Από αυτή την άποψη, το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι παρόμοιο με τις φυσικές μεθόδους παραγωγής όπως τα εργοστάσια ή τα μηχανήματα.

Μπορεί δηλαδή ένα άτομο να επενδύσει σε ανθρώπινο κεφάλαιο μέσω συνεχούς εκπαίδευσης, επιμόρφωσης ή και παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η απόδοση της επένδυσης αυτής εξαρτάται από το ROI (*return of investment*) του ανθρώπινου κεφαλαίου που το άτομο αυτό έχει. Με λίγα λόγια, το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ένας τρόπος παραγωγής, στον οποίο κάθε επιπλέον επένδυση αποφέρει επιπλέον αποτέλεσμα. Τέλος το ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να αντικατασταθεί, αλλά όχι να μεταβιβαστεί όπως η γη, η εργασία ή το χρηματικό κεφάλαιο.

3.1.2.1 Η Σημασία της Θεωρίας του Ανθρώπινου Κεφαλαίου

Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου επηρέασε τις κυβερνήσεις κυρίως των δυτικοευρωπαϊκών χωρών και τους διεθνείς οργανισμούς. Τα συμπεράσματα της θεωρίας με το μεγαλύτερο αντίκτυπο είναι τα εξής:

- Το συμπέρασμα που λέει ότι οι σπουδαιότερες ατέλειες μιας οικονομίας διορθώνονται με την αύξηση των δαπανών για την εκπαίδευση και τη δημόσια

υγεία μέσω της αύξησης των επενδύσεων σε ανθρώπινο δυναμικό και όχι με φυσικά αγαθά

- Το επίσης οικονομικό συμπέρασμα που υπαγορεύει, ότι η μείωση της άνισης κατανομής του εισοδήματος ευνοεί την οικονομική ανάπτυξη.

Τα συμπεράσματα αυτά οδηγούν στην αντίληψη ότι η οικονομική ανάπτυξη εξασφαλίζεται μέσω της τεχνολογικής προόδου, η οποία δεν επιτυγχάνεται χωρίς την παραγωγή γνώσης.

3.2 Το Μοντέλο του ανθρώπινου κεφαλαίου (The Human Capital Model)

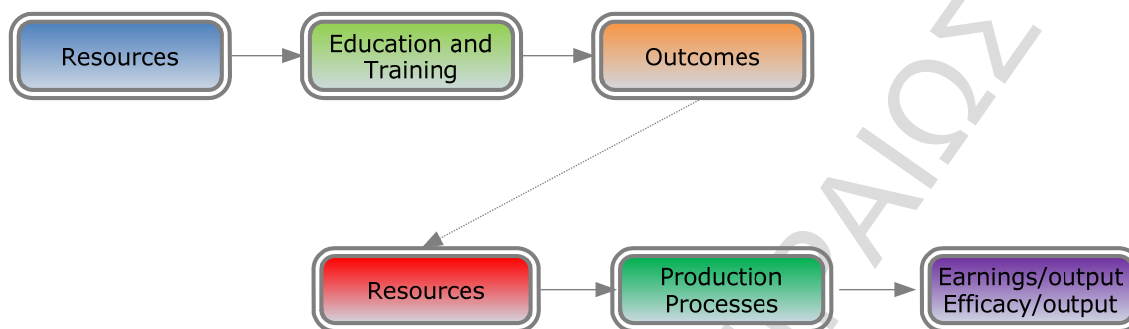
Το μοντέλο του ανθρώπινου κεφαλαίου προτείνει ότι η απόφαση ενός ατόμου να επενδύσει σε μόρφωση και εκπαίδευση, βασίζεται σε προσεκτική μελέτη της καθαρής παρούσας αξίας του κόστους και του οφέλους μιας τέτοιας επένδυσης. Θεωρεί ότι τα άτομα επενδύουν στην εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια μιας αρχικής περιόδου και λαμβάνουν τις αποδόσεις ή τα οφέλη της επένδυσης αυτής σε παρεπόμενες περιόδους. Οι εργαζόμενοι πληρώνουν για την εκπαίδευσή τους, λαμβάνοντας έναν μισθό, ο οποίος είναι μικρότερος από τον μισθό που θα έπαιρναν αλλού κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Από τη στιγμή που η εκπαίδευση θεωρείται ότι κάνει τους εργαζόμενους πιο παραγωγικούς, οι εργαζόμενοι συλλέγουν τις αποδόσεις από την επένδυσή τους σε βάθος χρόνου, μέσω υψηλότερων οριακών προϊόντων και υψηλότερων μισθών. Το μοντέλο του ανθρώπινου κεφαλαίου συνήθως διαχωρίζει την εκπαίδευση σε δυο κατηγορίες:

- i. Την γενική εκπαίδευση
- ii. Την ειδική – εξειδικευμένη εκπαίδευση

Η ειδική εκπαίδευση αυξάνει την παραγωγικότητα σε μόνο μια επιχείρηση, ενώ η ειδική αυξάνει την παραγωγικότητα σε πολλές επιχειρήσεις. Η γενική εκπαίδευση συνήθως χρηματοδοτείται από τους εργαζόμενους, οι οποίοι λαμβάνουν και όλες τις μελλοντικές αποδόσεις από την εκπαίδευσή τους. Στην αντίθετη περίπτωση, τα οφέλη από την ειδική εκπαίδευση τα λαμβάνουν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες. Παρόλο την ύπαρξη της διαφοράς αυτής ανάμεσα σε γενική και ειδική εκπαίδευση, το μοντέλο

προβλέπει ότι και τα δύο είδη εκπαίδευσης χαμηλώνουν τον αρχικό μισθό του εργαζόμενου και παράλληλα αυξάνουν το ρυθμό μεταβολής του μισθού.

Σχήμα 3.1 : Το Μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου



3.3 Βασικές Υποθέσεις της Θεωρίας Ανθρώπινου Κεφαλαίου

Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου για να λειτουργήσει και να εφαρμοστεί, υποθέτει τα εξής:

1. Την ύπαρξη αγορών κεφαλαίου που υποδηλώνουν την ελεύθερη είσοδο στην αγορά
2. Ο μισθός είναι μια συνάρτηση του ανθρώπινου κεφαλαίου

$$W_t = r_t^H H_t$$

Όπου, r_t^H : Rate of return to Human Capital

H_t , : Stock of Human Capital

3.3.1 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές προέρχονται από την παραπάνω εξίσωση , πιο συγκεκριμένα:

Ανεξάρτητες μεταβλητές

Το απόθεμα του ανθρώπινου κεφαλαίου το περιλαμβάνει την επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, την υποτίμηση της αξίας του ανθρώπινου κεφαλαίου, τον χρόνο που χρειάζεται να αποκτηθεί το ανθρώπινο κεφάλαιο, και επίσης την επένδυση σε αγαθά που είναι απαραίτητα προκειμένου να γίνει η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Μια άλλη ανεξάρτητη μεταβλητή είναι αυτή του ποσοστού απόδοσης του ανθρώπινου κεφαλαίου. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό σημείο που αφορά την μεταβλητή αυτή είναι ότι στην περίπτωση που μιλάμε για επένδυση σε γενικό ανθρώπινο κεφάλαιο (γενική εκπαίδευση), οι αποδόσεις της επένδυσης είναι συνήθως μεγαλύτερες μακροπρόθεσμα, και αυτό γιατί κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ο εργαζόμενος επωμίζεται όλα τα κόστη. Σε περίπτωση που αναφερόμαστε σε επένδυση σε εξειδικευμένο ανθρώπινο κεφάλαιο, τότε η απόδοση της επένδυσης είναι μεν χαμηλότερη, ανεξαρτήτως χρόνου, διότι τα κόστη μοιράζονται ανάμεσα σε εργοδότη και εργαζόμενο.

Εξαρτημένες μεταβλητές

Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται ο μισθός, επειδή διαφέρει ανάλογα με το απόθεμα του ανθρώπινου κεφαλαίου καθώς και με τα ποσοστά απόδοσης της επένδυσης.

3.4 Κριτική στη θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου

Σύμφωνα με τον Block (1990), η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου είναι μια «φτωχή» έννοια του κεφαλαίου. Και αυτό γιατί είναι αδύνατον να εκλάβουμε την δραστηριότητα του ατόμου ως τίποτα άλλο από την ανταλλαγή αγαθών και εμπορευμάτων, και επίσης η έννοια του «μισθωμένου» κεφαλαίου είναι καθαρά ποσοτική. Η άποψη αυτή αστοχεί να συλλάβει το γεγονός ότι το κεφάλαιο είναι μια ανεξάρτητη κοινωνική δύναμη όπου η δημιουργία κοινωνικής αξίας προέρχεται μέσα από τη συσσώρευση κεφαλαίου. Το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι μια αφηρημένη μορφή εργασίας και όχι καθαρό κεφάλαιο. Μια άλλη κριτική που ασκήθηκε στη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου βασίζεται στην υπόθεση ότι η μόρφωση πράγματι βελτιώνει την παραγωγικότητα και έτσι μπορούμε να δικαιολογήσουμε υψηλότερους μισθούς. Οι επικριτές της θεωρίας αναρωτήθηκαν το

κατά πόσο αληθής είναι η υπόθεση αυτή. Σίγουρα η υπόθεση αυτή είναι ιδανική, αλλά αμφισβητήσιμη. Η υψηλή παραγωγικότητα όντως μπορεί να δικαιολογήσει αύξηση μισθών, παρόλα αυτά υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, επίσης υπάρχουν διαφορές στους μισθούς σε διαφορετικές ή ακόμα και σε ίδιες περιοχές. Οι μισθοί επίσης εξαρτώνται από το είδος της εργασίας του ατόμου και σε πολλές περιοχές και βιομηχανίες οι μισθοί εξαρτώνται και ρυθμίζονται από εργατικές ενώσεις και σωματεία.

3.5 Ανθρώπινο κεφάλαιο και υγεία

Σύμφωνα με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, η εκπαίδευση αυξάνει τις γνώσεις, την παραγωγικότητα και συμβάλλει στη ανάπτυξη και εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Η εκπαίδευση όμως επηρεάζει και την οικονομία, αφού κάνει τους εργαζόμενους πιο παραγωγικούς, συνεπώς με τον τρόπο αυτό συνεισφέρει στην κινητικότητα των εργαζομένων, ενισχύοντας την απασχόληση και την ανταγωνιστικότητα (Καθαράκη & Κιουλάφας 2006).

Στην παραπάνω διαπίστωση μπορούμε να προσθέσουμε την διάσταση της υγείας του ανθρώπινου κεφαλαίου, που σύμφωνα με τον Schultz (1961), Mushkin (1962), Romer (1986), αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της οικονομικής ανάπτυξης.

Η επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, εκτιμάται από την δομή μιας κοινωνίας και από την οργάνωση της οικονομίας και τη μορφή της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή (Πετράκης 2010). Ο Marmot (2002) διακρίνει τους εξής τρόπους με τους οποίους το εισόδημα μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο υγείας:

- i. Με τη στήριξη της κοινωνικής συμμετοχής στον έλεγχο των συνθηκών διαβίωσης
- ii. Με την εξασφάλιση υλικών αγαθών.

Ωστόσο ισχύει και ότι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της ενίσχυσης της οικονομίας μιας χώρας.

Σύμφωνα με τους Bloom & Canninig (2003), η βελτίωση της υγείας και της μακροζωίας δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως παράγωγα της οικονομικής ανάπτυξης, αντιθέτως είναι βασικοί καθοριστικοί της παράγοντες και επομένως αποτελούν το μέσο για την

επίτευξη της οικονομικής ανάπτυξης και μείωση της φτώχειας. Σύμφωνα με τους Alsan et al. (2006), πολιτικές που προωθούν την επένδυση σε ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας, συμβάλουν στη δημιουργία πλουσιότερων οικονομιών. Η υγεία συμβάλει στην οικονομική ευημερία καθώς εξασφαλίζει την αύξηση της παραγωγικότητας συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην εκπαίδευση στο ανθρώπινο κεφάλαιο (Bloom & Canninig 2003).

Κατά τον Grossman (1972), η υγεία χαρακτηρίζεται ως ένα διαρκές καταναλωτικό αγαθό το οποίο σε όρους «υγιή χρόνου», αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της εργασίας. Οι άνθρωποι κληρονομούν ένα αρχικό κεφάλαιο υγείας το οποίο με τη πάροδο του χρόνου μειώνεται, μπορεί όμως να αυξηθεί μέσα από μια σειρά επενδύσεων που αναφέρονται στην βέλτιστη φροντίδα κατά την παιδική ηλικία, την διατροφή, τη στέγαση, την ένδυση, τις επαρκείς και αποτελεσματικές ιατρικές υπηρεσίες αλλά και την αποτελεσματική ικανοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Σε κάθε περίπτωση η υγεία διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στον προσδιορισμό των φυσικών αλλά και ψυχικών ικανοτήτων του ατόμου. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η υγεία είναι ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου κεφαλαίου, η βελτίωση του οποίου, οδηγεί στη βελτίωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Επειδή το εισόδημα και η παραγωγικότητα είναι θετικά συσχετιζόμενες μεταβλητές και η υγεία αυξάνει τη παραγωγικότητα, συνεπάγεται ότι η υγεία αυξάνει το εισόδημα.

Επιπλέον, η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας διαμορφώνει μικροοικονομικά, συνθήκες σε επίπεδο οικογένειας, εργαζομένου και επιχείρησης, που συμβάλουν στην αύξηση της παραγωγικότητας και μείωση του κόστους παραγωγής και κατά συνέπεια δυνατότητα αύξησης των κερδών και –θεωρητικά- αύξησης των αποδοχών των εργαζομένων (Πετράκης, 2010).

Πιο συγκεκριμένα:

Η καλή υγεία ενισχύει την παραγωγικότητα των εργαζομένων με τη βελτίωση των σωματικών και ψυχικών-πνευματικών ικανοτήτων τους. Όπως είναι εύκολα αντιληπτό, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα οδηγούν σε λιγότερα χρόνια παραγωγικής ζωής. Το υψηλό επίπεδο υγείας αυξάνει την προσφορά εργασίας μέσα από την ελαχιστοποίηση της απουσίας από την εργασία που οφείλεται σε κακή υγεία, ενώ ταυτόχρονα «παρακινεί» αυτούς των οποίων η υγεία βελτιώνεται να επανενταχθούν στο εργατικό δυναμικό, αλλά

επιτρέπει και στο υφιστάμενο εργατικό δυναμικό να μείνει ενεργό για συναπτά έτη, χωρίς να χρειάζεται να λάβει πρόωγη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας. Η αύξηση των εσόδων ως αποτέλεσμα της καλής υγείας, σε αρκετές περιπτώσεις, ίσως οδηγήσει τα άτομα να εργάζονται λιγότερο το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της προσφοράς εργασίας (Baker, 2009).

Όπως έχει γίνει εμφανές μέχρι στιγμής το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ένας από τους κύριους παραγωγικούς συντελεστές της οικονομίας γι' αυτό γίνονται και τόσες επενδύσεις προς βελτίωση του. Συνεχίζοντας και εμβαθύνοντας στην ανάλυση μας και εξετάζοντας τον ανθρώπινο παράγοντα σε μικροοικονομικό επίπεδο, τον θεωρούμε ως ένα πάγιο «περιουσιακό» στοιχείο κάτι που εξηγεί απόλυτα το λόγο για τον οποίο οι επιχειρήσεις προσπαθούν να τον διατηρήσουν και να τον προστατέψουν λαμβάνοντας μέτρα (Schultz 2002, WHO, 2004). Πιο συγκεκριμένα τα μέτρα αυτά προσανατολίζονται τόσο στη διασφάλιση της φυσικής όσο και της ψυχικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Η υγεία βελτιώνεται με μέτρα πρόληψης εργατικών ατυχημάτων και προστασίας από τους επαγγελματικούς κινδύνους. Ακόμη η ψυχολογική στήριξη των εργαζομένων και η απαλλαγή τους από το εργασιακό άγχος που επηρεάζει τόσο την εργασιακή όσο και την κοινωνική τους υπόσταση κρίνεται ως αναγκαία. Τέτοιου τύπου επενδύσεις διασφαλίζουν το απόθεμα υγείας του ανθρώπινου κεφαλαίου (ψυχικό, συναισθηματικό, βιολογικό) το οποίο σύμφωνα με τον Grossman (1972, 2004) επιδρά στην παραγωγικότητα. Συνοψίζοντας λοιπόν η αύξηση του επιπέδου υγείας αυξάνει την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων μέσω της αύξησης της παραγωγικότητας των εργαζομένων.

Προβάλλει λοιπόν ως επιτακτική ανάγκη, η κατανόηση από τους διευθυντές των επιχειρήσεων, της σημαντικότητας του παράγοντα της υγείας. Η επένδυση στην υγεία θα μπορούσε να παρομοιαστεί με την επένδυση στο marketing. Όπως στο τομέα του marketing έτσι και στην υγεία τα αποτελέσματα απόδοσης είναι δύσκολο να μετρηθούν σε απόλυτα μεγέθη, παρ' όλα αυτά αναγκαία. Κατά συνέπεια ο χρονικός ορίζοντας είναι μακροχρόνιος και απαιτούνται συνεχείς και επίπονες προσπάθειες εξασφάλισης της υγείας.

Τέλος, η απουσία οικονομικών επενδύσεων στην υγεία, αποτελεί γνώρισμα των αναπτυσσόμενων (ή υποανάπτυκτων συστημάτων). Παρά το γεγονός ότι η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα σε ένα σύστημα υγείας, η έλλειψη πόρων μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο η οικονομική ανάπτυξη καθιστά αδύνατη την αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κεφάλαιο 4: Δαπάνες Υγείας και Επένδυση σε ανθρώπινο Κεφάλαιο στις χώρες του ΟΟΣΑ

4.1 Σκοπός μελέτης

Η βασική ιδέα για την μελέτη αυτή, είναι να διερευνήσει την τάση των δαπανών για την υγεία σε –επιλεγμένες- χώρες του ΟΟΣΑ και να την συγκρίνει με το βέλτιστο ύψος των δαπανών για την υγεία σε κατάσταση steady – state.

4.1.1 Εισαγωγή

Η μακροπρόθεσμη αύξηση των δαπανών Υγείας εγείρει μια ανησυχία όσον αφορά τον καταμερισμό των κυρίως των δημόσιων, αλλά και των ιδιωτικών πόρων. Σε πολλές χώρες το να προβλέψει κανείς την ακριβή τάση της αύξησης των δαπανών καθώς και το να βρει ένα βέλτιστο επίπεδο δαπανών, έχει γίνει πολύ δύσκολο αλλά και κρίσιμο έργο. Κατά καιρούς έχουν γίνει διεξοδικές μελέτες που αφορούν τον περιορισμό του κόστους των δαπανών των υπηρεσιών Υγείας (Scheffer, 1984) ,(Gerdtham, 1992). Οι μελέτες αυτές έχουν επιβεβαιώσει το γεγονός ότι το ύψος των δαπανών για την Υγεία συνδέεται σχεδόν άμεσα με το ύψος του ΑΕΠ μιας χώρας (King, 1996). Όσο το εισόδημα αυξάνεται, οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας δεν είναι πλέον θέμα ζωής και θανάτου, αλλά ένας τρόπος μέσω του οποίου κάποιος βελτιώνει την ποιότητα ζωής του. Παρόλο που οι διάφοροι μελετητές δεν έχουν καταλήξει σε κάποιο ομόφωνο συμπέρασμα, όσον αφορά την ανάλυση με βάση μια συγκεντρωτική συνάρτηση ζήτησης, οι υπηρεσίες υγείας στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες θεωρούνται σαν αγαθά πολυτελείας (Getzen, 2000), για τα οποία οι δαπάνες αυξάνονται γρηγορότερα από ότι το εισόδημα (Newhouse, 1977; Gerdtham, 1992). Για αυτό το λόγο, θα ήταν απερίσκεπτο να συμπεράνουμε ότι οι δαπάνες για την υγεία διογκώνονται χωρίς έλεγχο έχοντας απλώς ως σημείο αναφοράς την αναλογία των δαπανών σε σχέση με το ΑΕΠ. Από τη στιγμή που το ύψος του εισοδήματος τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σε πολλές χώρες, οι δαπάνες για την υγείας θα πρέπει να παρουσιάζουν επίσης μια αυξητική τάση. Αυτό που πραγματικά έχει σημασία είναι εάν πραγματικά η αύξηση αυτή γίνεται μέσα σε λογικά πλαίσια.

Στο παρόν κεφάλαιο, προκειμένου να προβλέψουμε (όσο το δυνατόν περισσότερο) την αύξηση των δαπανών υγείας, θα δημιουργήσουμε ένα θεωρητικό μοντέλο που θα βασίζεται στο μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης του Solow, και το οποίο θα εξηγεί τη σημασία των δαπανών υγείας στο ανθρώπινο κεφάλαιο, ακολουθούμενο από ένα μοντέλο που θα ενσωματώνει παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος των δαπανών, όπως το ΑΕΠ και οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία οι οποίες θεωρούνται επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Θα δημιουργήσουμε επίσης ένα υποθετικό μοντέλο «steady-state», όπου οι δαπάνες θα θεωρούνται ως σημείο αναφοράς του βέλτιστου ύψους δαπανών για κάθε χώρα διαχρονικά. Εν συνεχεία η βάση αυτή θα συγκριθεί με το πραγματικό ύψος των δαπανών. Στην πραγματικότητα όμως, το «steady-state» δεν μπορεί να υπάρξει, από τη στιγμή που η τεχνολογία, οι περιβαλλοντικές αλλαγές και οι πολιτικές κάθε χώρας αλλάζουν συνεχώς, αλλά για ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα το φυσικό και το ανθρώπινο κεφάλαιο θεωρούμε ότι είναι σταθεροί. Η υποθετική αυτή steady-state κατάσταση για κάθε περίοδο μπορεί να προσομοιωθεί παρουσιάζοντας τους λόγους που οδηγούν στην αύξηση των δαπανών σαν στατικούς.

4.1.2 Το Μοντέλο

Ο Mushkin (1962), ο Becker (1964) και ο Fuchs (1966) επεσήμαναν ότι το κεφάλαιο υγείας είναι ένα συστατικό του αποθέματος του ανθρώπινου κεφαλαίου. Επιπλέον, στο σύγχρονο μοντέλο ανάπτυξης, το κεφάλαιο υγείας εισέρχεται στην συνάρτηση παραγωγής μιας οικονομίας:

$$Y(t) = F(K(t), H(t), L(t), t) \quad (1)$$

Όπου:

Y(t): η ροή του αποτελέσματος που παράγεται σε δεδομένο χρόνο *t*

K: το φυσικό κεφάλαιο

H: το κεφάλαιο υγείας

L: η εργασία

Η συνάρτηση παραγωγής βασίζεται στον χρόνο *t*, προκειμένου να αντικατοπτρίσει το αποτέλεσμα της τεχνολογικής προόδου. Για λόγους ευκολίας, υποθέτουμε ότι υπάρχει

έναν τομέα παραγωγής στον οποίο η έξοδος (output), είναι ένα ομοιογενές αγαθό που μπορεί να καταναλωθεί, έστω $C(t)$, το οποίο μπορεί να επενδυθεί στο κεφάλαιο K , για να διατηρήσει ή να δημιουργήσει νέες μονάδες φυσικού κεφαλαίου $K(t)$, ή να επενδυθεί στην υγεία H , προκειμένου να διατηρήσει ή να δημιουργήσει νέες μονάδες κεφαλαίου υγείας $H(t)$. Σε μια κλειστή οικονομία το αποτέλεσμα (output) ισοδυναμεί με το εισόδημα και το ποσό που επενδύεται ισούται με το ποσό που αποθηκεύεται - αποταμιεύεται. Έστω s_k και s_h το κλάσμα της εξόδου που αποθηκεύεται (και δεν επενδύεται ή καταναλίσκεται) για το φυσικό κεφάλαιο και το κεφάλαιο υγείας αντίστοιχα. Υποθέτουμε επίσης ότι δ_k και δ_h είναι τα αντίστοιχα ποσοστά υποτίμησης. Η επόμενη αύξηση στο απόθεμα του φυσικού κεφαλαίου και του κεφαλαίου υγείας ισούται με την καθαρή επένδυση μείον την υποτίμηση (Becker 1964):

$$\dot{K} = s_k F(K, H, L, t) - \delta_k K \quad (2)$$

$$\dot{H} = s_h F(K, H, L, t) - \delta_h H$$

Όπου « $\dot{\cdot}$ », η διαφορά σε σχέση με το χρόνο t και ισχύει $0 \leq s_k$ και $s_h \leq 1$. Για να χρησιμοποιήσουμε τη μορφή ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας, οι εξισώσεις αυτές γίνονται:

$$\dot{k} = s_k f(k, h) - (n + g + \delta_k)k \quad (3)$$

$$\dot{h} = s_h f(k, h) - (n + g + \delta_h)h$$

Όπου n το ποσοστό ανάπτυξης του πληθυσμού και g ο ρυθμός ανάπτυξης της τεχνολογίας. Στη steady-state μορφή, όπου οι διάφορες ποσότητες αυξάνονται με σταθερό ρυθμό, τόσο το \dot{k} όσο και το \dot{h} είναι ίσα με το μηδέν, που σημαίνει ότι οι αποτελεσματικές ανά μονάδα μεταβλητές k , h , y και c , δεν αυξάνονται στην κατάσταση του steady-state και το ύψος των μεταβλητών H , K , Y και C αυξάνονται ανάλογα με το ποσοστό αύξησης του πληθυσμού n (Becker 1964).

Για να δούμε το αποτέλεσμα της συσσώρευσης κεφαλαίου διαχρονικά, τα ποσοστά αύξησης των δυο μορφών κεφαλαίου, προέρχονται εάν διαιρέσουμε και τα δύο σκέλη της εξίσωσης (3) με το αντίστοιχο απόθεμα κεφαλαίου:

$$\dot{k}/k = s_k f(k, h)/k - (n + g + \delta_k) = \gamma_k \quad (4.1)$$

$$\dot{h}/h = s_h f(k, h)/h - (n + g + \delta_h) = \gamma_h \quad (4.2)$$

Σε μια –θεωρητική– γραφική παράσταση, το πρώτο σκέλος της εξίσωσης, μας δίνει για δεδομένο ύψος αποθέματος κεφαλαίου, μια επικλινή προς τα κάτω καμπύλη, ασύμπτωτη με το άπειρο όταν το k ή h είναι μηδέν και να πλησιάζει το μηδέν όταν το k ή h τείνει στο άπειρο (Becker 1964). Το δεύτερο σκέλος της εξίσωσης μας δίνει μια οριζόντια γραμμή. Έτσι η κάθετη απόσταση ανάμεσα στην καμπύλη και στη γραμμή ισούται με την αύξηση του ποσοστού του φυσικού κεφαλαίου ανά άτομο. Στην steady-state κατάσταση το ποσοστό αύξησης του k ή h είναι μηδέν, γεγονός που σημαίνει ότι το σημείο τομής της καμπύλης και της γραμμής αντιστοιχεί στο steady-state (Knowles, 1997). Σαν αποτέλεσμα, για μια οικονομία με πλεόνασμα κεφαλαίου, το ποσοστό αύξησης του αντίστοιχου κεφαλαίου μειώνεται, πλησιάζει το μηδέν στο steady-state και γίνεται αρνητικό εάν το απόθεμα κεφαλαίου είναι περισσότερο από το απόθεμα κεφαλαίου της ανά αποτελεσματικής μονάδας εργασίας (Knowles, 1997).

$$k^* = \frac{s_k f(k, h)}{(n + g + \delta_k)}, \quad h^* = \frac{s_h f(k, h)}{(n + g + \delta_h)} \quad (5)$$

Για το αποτέλεσμα της ανά μονάδα αποτελεσματικής εργασίας μιας οικονομίας, το ποσοστό ανάπτυξης δίνεται από την εξίσωση:

$$\gamma_y = y/y = s_k(k) \gamma_k + s_h(h) \gamma_h \quad (6)$$

Εαν στην παραπάνω εξίσωση αντικαταστήσουμε τις εξισώσεις (4.1) και (4.2) καταλήγουμε στην παρακάτω εξίσωση:

$$\gamma_y = s_k f(k, h) - (n + g + \delta_k) s_k(k) + s_h f(k, h) - (n + g + \delta_h) s_h(h) \quad (7)$$

Υποθέτουμε ότι και οι δυο μορφές κεφαλαίου υποτιμώνται με τον ίδιο λόγο δ (Mankiw, 1992). Διαφοροποιώντας σε σχέση με το κεφάλαιο i , καταλήγουμε στην παρακάτω εξίσωση:

$$\frac{\partial \gamma_y}{\partial i} = \frac{f_{ii}i\gamma_i - f(n+g+\delta)[1-sh(i)-sh(j)] + f_{ij}j\gamma_j}{f(k,h)} < 0 \quad (8)$$

Έπειτα υποθέτουμε ότι το διασταυρούμενο αποτέλεσμα (cross effect) των δυο κεφαλαίων f_{ij} είναι σχετικά μικρό και αμελητέο, και ότι το ποσοστό αύξησης του κεφαλαίου i δεν είναι αρνητικό, πράγμα αληθές σχεδόν για όλα τα παρατηρούμενα δεδομένα για όλες τις χώρες του OECD. Ο αντίκτυπος του i στο γ_y είναι αρνητικό, που σημαίνει ότι όταν τα κεφάλαια συσσωρεύονται, η ανάπτυξη επιβραδύνεται (Mankiw, 1992).

4.1.3 Ο χρυσός κανόνας της συσσώρευσης κεφαλαίου

Για μια δεδομένη συνάρτηση παραγωγής και δεδομένες τιμές του n, g, δ υπάρχει μια μοναδική σταθερή τιμή k^* για κάθε μια τιμή των ποσοστών αποταμίευσης s_k και s_h . Το επίπεδο κατανάλωση εργασίας σε steady-state κατάσταση είναι (Mankiw, 1992):

$$c^* = f[k^*(s), h^*(s)] - (n+g+\delta)[k^*(s) + h^*(s)]. \quad (9)$$

Η ποσότητα του c^* επιτυγχάνει το μέγιστο όταν η παράγωγος μηδενίζεται, και αυτό όταν:

$$[f_k(k^*, h^*) + f_h(k^*, h^*) - (n+g+\delta)] \frac{dk^*}{ds_k} = 0 \quad (10)$$

$$[f_k(k^*, h^*) + f_h(k^*, h^*) - (n+g+\delta)] \frac{dh^*}{ds_h} = 0$$

Από τη στιγμή που $\frac{dk^*}{ds_k} > 0$ και $\frac{dh^*}{ds_h} > 0$, οι όροι στις παρενθέσεις στην παραπάνω εξίσωση πρέπει να είναι ίσοι με μηδέν. Θεωρούμε ότι το k και το h ικανοποιούν την παραπάνω συνθήκη σαν k_{gold} και h_{gold} για c^* μέγιστο. Το αντίστοιχο ποσοστό αποταμίευσης υποδηλώνεται σαν s_{kgold} και s_{hgold} s_k , και το σχετικό επίπεδο της ανά μονάδα αποτελεσματικής κατανάλωσης εργασίας δίνεται από την εξίσωση:

$$C_{gold} = f(k_{gold}, h_{gold}) - (n+g+\delta)k_{gold} - (n+g+\delta)h_{gold} \quad (11)$$

Η παραπάνω εξίσωση υπονοεί ότι ποσοστά αποταμίευσης υψηλότερα από s_{kgold} και s_{hgold} θα είναι ανεπαρκή επειδή υψηλότερες ποσότητες αποτελεσματικής ανά μονάδα κατανάλωσης εργασίας μπορούν να αποκτηθούν σε όλα τα σημεία στο χρόνο μειώνοντας τα ποσοστά αποταμίευσης. Παρόλα αυτά εάν τα ποσοστά αποταμίευσης πέσουν σε χαμηλότερα επίπεδα από s_{kgold} και s_{hgold} τότε η ποσότητα της αποτελεσματικής ανά μονάδα κατανάλωση εργασίας μπορεί να αυξηθεί αν αυξηθούν τα ποσοστά αποταμίευσης. Τα βέλτιστα ποσοστά αποταμίευσης εξαρτώνται από το πως τα νοικοκυριά αντιμετωπίζουν (προγραμματίζουν) την σημερινή κατανάλωση τους σε σχέση με τη μελλοντική κατανάλωση. Έτσι, η βέλτιστη επένδυση σε κεφάλαιο υγείας και σε φυσικό κεφάλαιο εξαρτάται από αυτό το χρυσό κανόνα.

Το παραπάνω θεωρητικό μοντέλο εξηγεί το φαινόμενο ότι στις φτωχότερες χώρες όπου το φυσικό κεφάλαιο και το απόθεμα υγείας είναι χαμηλό, είναι περισσότερο πιθανό να παρατηρήσουμε γρηγορότερη οικονομική ανάπτυξη από τις πλουσιότερες χώρες. Η εξίσωση δείχνει ότι το steady-state απόθεμα κεφαλαίου καθορίζεται από τα ποσοστά αποταμίευσης του αντίστοιχου κεφαλαίου και το ύψος του αποτελέσματος $f(k, h)$. Για τις πιο πλούσιες χώρες το steady-state απόθεμα κεφαλαίου είναι μεγαλύτερο και το απόθεμα υγείας όπως και η ποιότητα ζωής είναι υψηλότερες από ότι σε φτωχότερες χώρες. Εάν μια κυβέρνηση εισάγει μια νέα πολιτική που αυξάνει το ποσοστό αποταμίευσης της οικονομίας, τότε το steady-state απόθεμα κεφαλαίου θα αυξηθεί και το τρέχων ποσοστό ανάπτυξης του κεφαλαίου επίσης θα αυξηθεί, έστω και προσωρινά. Όταν το k ή το h αυξηθεί η οικονομία κινείται προς ένα νέο σημείο steady-state, ενώ η ανάπτυξη του ποσοστού του αποθέματος κεφαλαίου μειώνεται και πλησιάζει το μηδέν (Mankiw, 1992). Κάθε χώρα σε διαφορετική χρονική περίοδο έχει διαφορετικό επίπεδο εισοδήματος. Οι επενδύσεις σε k και h για διάφορες χώρες σε διαφορετικές χρονικές περιόδους με διαφορετικά επίπεδα εισοδήματος έχουν ως αποτέλεσμα διαφορετικά ποσοστά οικονομικής ανάπτυξης. Ως εκ τούτου, για τις πλουσιότερες χώρες, περιμένουμε ότι το βέλτιστο επίπεδο επενδύσεων να είναι υψηλότερο από τις φτωχότερες χώρες. Εάν μια χώρα αναπτύσσεται συνεχώς, τότε το βέλτιστο επίπεδο επένδυσης θα πρέπει επίσης να αυξάνεται συνεχώς (Mankiw, 1992).

Μια μόνιμη βελτίωση στο επίπεδο της τεχνολογίας δεν έχει παρόμοια, αλλά πρόσκαιρα αποτελέσματα στον ρυθμό ανάπτυξης της ανά αποτελεσματικής μονάδας εργασίας. Μια ανοδική αλλαγή στην συνάρτηση παραγωγής σημαίνει μια ανοδική μεταβολή στην $s_{if}(k,$

h) καμπύλη. Σαν αποτέλεσμα, παρατηρείται μια πρόσκαιρη αύξηση στο ποσοστό ανάπτυξης του ανά μονάδα αποτελεσματικού αποθέματος κεφαλαίου. Μακροχρόνια η μόνιμη βελτίωση της τεχνολογίας δημιουργεί υψηλότερα επίπεδα k , h , και y , αλλά το ποσοστό αύξησης μειώνεται σταδιακά μέχρι να γίνει μηδέν καθώς η οικονομία πλησιάζει το steady state (Mankiw, 1992).

4.1.4 Εμπειρική Μελέτη

Για να διερευνήσουμε το βέλτιστο ύψος επένδυσης σε Υγεία μιας οικονομίας, θα χρησιμοποιήσουμε τις δαπάνες υγείας προκειμένου να κάνουμε την αξιολόγηση. Το βέλτιστο σημείο επένδυσης υπάρχει όταν μια οικονομία κινείται προς την κατάσταση του χρυσού κανόνα. Όπως αναφέραμε νωρίτερα η κατάσταση steady-state δεν μπορεί να υπάρξει στην πραγματικότητα εξαιτίας της συνεχούς ανάπτυξης της τεχνολογίας, των διαφορετικών πολιτικών κτλ. Παρόλα αυτά, θεωρούμε ότι υπάρχει ένα υποθετικό steady-state όπου οι παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι σταθεροί σε δεδομένη χρονική στιγμή, εισάγοντας ένα μοντέλο παλινδρόμησης με σταθερούς όρους τις χώρες και την επίδραση του χρόνου, και μόνο οι επενδύσεις σε φυσικό και ανθρώπινο κεφάλαιο είναι μεταβλητές. Πολλοί μελετητές δίνουν έμφαση στην άμεση σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και ύψους εισοδήματος (Clemete, 2004), παρόλα αυτά οι δαπάνες υγείας καθορίζονται από πολλές άλλες μεταβλητές, όπως το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας, από περιβαλλοντικούς παράγοντες, τον ρυθμό ανάπτυξης του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη κτλ. Οι μεταβλητές αυτές όπως γίνεται αντιληπτό δεν είναι στενά συνδεδεμένες με τις δαπάνες υγείας. Επιπλέον, υποθέτουμε ότι τα ποσοστά αύξησης των παραπάνω μεταβλητών είναι μηδέν. Το μέρος της εμπειρικής ανάλυσης είναι διπλό, πρώτον, υπολογίζουμε ένα επίπεδο steady-state για κάθε χώρα σε κάθε χρονική περίοδο. Το steady-state αυτό υποθέτουμε ότι βρίσκεται στη βέλτιστη μορφή του χρυσού κανόνα, υποθέτοντας ότι όλες οι χώρες αυτομάτως μεγιστοποιούν την χρησιμότητά τους μέσα από τις δυνάμεις τις αγοράς. Δεύτερον, εφαρμόζουμε μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων για να υπολογίσουμε την εξίσωση των δαπανών υγείας, υποθέτοντας πάλι ότι τα ποσοστά αύξησης της επένδυσης υγείας είναι ενδογενή και υπόκεινται στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες.

4.1.4.1 Εμπειρική μελέτη του Steady-state

Στο πρώτο σκέλος της εμπειρικής ανάλυσης πρέπει να προβλέψουμε το βέλτιστο επίπεδο του steady-state. Από τη μελέτη του Mankiw υιοθετούμε την υπόθεση ότι τα y ποσοστά υποτίμησης για το φυσικό και ανθρώπινο κεφάλαιο είναι τα ίδια (Mankiw, Romer, Weil, 1992). Από τις εξισώσεις (4.1) και (4.2) παίρνουμε την εξίσωση του αποτελέσματος (output) του steady-state:

$$\ln(y^*) = \ln A(0) + gt - \frac{\alpha+\beta}{1-\alpha-\beta} \ln(n+g+\delta) + \frac{\alpha}{1-\alpha-\beta} \ln(s_k) + \frac{\beta}{1-\alpha-\beta} \ln(s_h) \quad (12)$$

Όπου y^* , το αποτέλεσμα του steady-state ανά μονάδα εργασίας, $A(0)$ είναι η αρχική τεχνολογία και α, β οι συντελεστές του φυσικού και ανθρώπινου κεφαλαίου αντίστοιχα. Στο εμπειρικό αυτό μοντέλο περιλαμβάνονται επίσης τόσο μεταβλητές που αφορούν την Υγεία, όσο και μεταβλητές που αφορούν την εκπαίδευση. Τα δεδομένα μας αφορούν 15 χώρες του ΟΟΣΑ και αφορούν το διάστημα από το 1980 έως και το 2000²⁴. Καθορίζουμε το ύψος του ΑΕΠ σε σταθερές τιμές 1995 ως y , την αναλογία του συνολικού κεφαλαίου ως s_k , την αναλογία της δαπάνης για εκπαίδευση σε σχέση με το ΑΕΠ ως s_{edu} και την αναλογία των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ σαν s_{health} , τον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού ως n και υποθέτουμε ότι το $g+\delta$ ισούται με 0,05 όπως αναφέρεται και στη μελέτη των Mankiw, Weil και Romer (1992). Αφού εφαρμόσουμε τη μέθοδο παλινδρόμησης σταθερού όρου- αποτελέσματος, και προκειμένου να βρούμε το R^2 , η εξίσωση (12) διαμορφώνεται ως εξής (παρουσιάζονται και οι τιμές των t-statistics στις παρενθέσεις):

$$\ln(y^*) = 5.119 + 0.315 \ln(s_k) + 0.544 \ln(s_{edu}) - 0.832 \ln(n+g+d)$$

(14.48) (13.87) (-4.88)

Στην περίπτωση αυτή το $R^2 = 0.941$

$$\ln(y^*) = -23.761 + 0.165 \ln(s_k) + 0.053 \ln(s_{edu}) + 0.132 \ln(s_{health}) - 0.191 \ln(n+g+d)$$

(13.07) (2.04) (3.48) (-2.09)

²⁴ Δεδομένα πριν το 1980 είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπή και μετά το 2000 παρουσιάζουν ανομοιογένεια ανά είδος και χώρα.

Στην περίπτωση αυτή το $R^2 = 0.943$

Εάν συγκρίνουμε τα δύο αυτά αποτελέσματα – προβλέψεις, βλέπουμε αρχικά ότι υπάρχει διαφορά σε επίπεδο συντελεστών. Από τη στιγμή που η μεταβλητή $ln_{(Health)}$ έχει βαρύνουσα σημασία στη δεύτερη εξίσωση, στην πρώτη εξίσωση έχουμε πρόβλημα μιας και η μεταβλητή αυτή παραλείπεται. Όταν η παραλειπόμενη μεταβλητή έχει θετική συσχέτιση με τις υπάρχουσες μεταβλητές, τότε οι υπάρχουσες μεταβλητές θα παρουσιαστούν υπερεκτιμημένες (Mankiw, Romer, Weil, 1992), γεγονός που παρατηρείται στην πρώτη εξίσωση παραπάνω. Επιπλέον, εάν συγκρίνουμε τα αποτελέσματα τις δεύτερης εξίσωσης με αποτελέσματα άλλων ερευνών και με άλλες βιβλιογραφικές πηγές, συναντάμε μεγάλη ομοιότητα²⁵. Για αυτό και χρησιμοποιούμε την πρόβλεψη που μας δίνει η δεύτερη εξίσωση.

4.1.5 Δαπάνες Υγείας²⁶

Πολλές μελέτες, όπως αυτές των Culyer (1990), Gerdtham (1992), Hitiris and Posnett (1992), Hitiris (1997), Zewifel et al. (1999), Richardson and Roberstson (1999), Moise and Jacobzone (2003) and Jonsson and Eckerlund (2003), προσπαθούν να εντοπίσουν και να προσδιορίσουν ποιοι είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας σε διάφορες χώρες. Οι αναλύσεις τους εστιάζουν σε πλήθος παραγόντων τόσο θεσμικούς όσο και παράγοντες «υποβάθρου», όπως το εισόδημα και δημογραφικούς και δημοσιονομικούς περιορισμούς. Παίρνοντας ως δεδομένο αυτό που μας προσφέρεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι ανά κεφαλή δαπάνες υγείας έχουν τρεις κύριες πηγές προσδιοριστικών παραγόντων, αυτές είναι:

- 1) Το εισόδημα
- 2) Εξωγενείς παράγοντες, όπως το ποσοστό του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός κρεβατιών, νοσοκομείων, μη ιατρικούς προσδιοριστές υγείας (Hitiris and Posnett, 1992) κτλ.
- 3) Δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι αντικατοπτρίζουν την ηλικιακή δομή του πληθυσμού.

²⁵ McDonald and Roberts (2002), McDonald and Roberts (2002).

²⁶ Από το σημείο αυτό όπου αναγράφεται **HE** εννοούμε Δαπάνες υγείας (Health Expenditures)

Στην ανάλυση παλινδρόμησης που θα παρουσιαστεί παρακάτω, περιλαμβάνονται και οι τρεις προαναφερθέντες κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα:

- i. Η μεταβλητή που αναφέρεται στο εισόδημα είναι στην περίπτωση μας το GDP(y),
- ii. Για δημογραφικούς δείκτες χρησιμοποιήθηκαν, ο αδρός δείκτης θνησιμότητας, το συνολικό ποσοστό πληθυσμού και ο δείκτης πυκνότητας και μεγέθυνσης του πληθυσμού,
- iii. Όσον αφορά τους εξωγενείς παράγοντες, χρησιμοποιήθηκε το εξής τρίπτυχο δεικτών:
 - **D**: κάλυψη ασφάλισης, φύση του συστήματος υγείας,
 - **E**: περιβαλλοντικοί μεταβλητές, μόλυνση υδάτων, περιοχή (εάν βρίσκεται στη Ασία ή όχι)
 - **Z**: απόθεμα δομών υγείας, αριθμός κρεβατιών, αριθμός επαγγελματιών υγείας

Επειδή κύριος σκοπός της ανάλυσης που έπεται είναι η προβολή, κατά κάποιο τρόπο, του βέλτιστου ποσού επένδυσης στο steady-state, χρειαζόμαστε και κάποιες επιπλέον μεταβλητές. Έτσι χρησιμοποιούμε τον δείκτη του ποσοστού ανάπτυξης του ΑΕΠ καθώς και το δείκτη του ποσοστού των δαπανών υγείας κάθε χώρας.

Για να υπολογίσουμε τώρα τη βέλτιστη δαπάνη υγείας για κάθε χώρα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, η εξίσωση της παλινδρόμησης γίνεται ως εξής (Grossman, 1999):

$$HE_{i,t} = f(HEG_{i,t}, dy_{i,t}, h_{i,t}, y_{i,t}, k_{i,t}, D_{i,t}, E_{i,t}, Z_{i,t}) \quad (12)$$

Όπου:

HE_{i,t}: δαπάνη υγείας ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας για τη χώρα *i* τη χρονική στιγμή *t*.

HEG: ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης υγείας ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας.

y: το κατά κεφαλή ΑΕΠ

dy: ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ

και οι μεταβλητές **D**, **E**, **Z** που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη σελίδα.

Τα δεδομένα όπως έχει ήδη αναφερθεί αφορούν 15 χώρες του ΟΟΣΑ, όπως αυτές περιγράφονται στο παράρτημα, σε περίοδο 20 ετών (1980-2000).

Για να φτάσουμε στο σημείο να εξάγουμε το βέλτιστο ύψος των δαπανών υγείας στη κατάσταση του steady-state, εφαρμόζουμε τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων, χαρακτηρίζοντας το ποσοστό αύξησης των δαπανών υγείας σαν ενδογενή μεταβλητή δεδομένου ότι είναι η μεταβλητή στην οποία βασιστήκαμε προκειμένου να προσδιορίσουμε την τιμή του steady-state, και καθορίζεται από άλλους κοινωνικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Επίσης, χρησιμοποιούμε δυο τύπους εξαρτημένων μεταβλητών, το ποσοστό δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ (ratio of health expenditure to GDP) και την πραγματική δαπάνη ανά κεφαλή. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης – παλινδρόμησης για τις δύο μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1 παρακάτω:

Πίνακας 4.1: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης

<i>Variables</i>	<i>Share of GDP</i>	<i>HE Per Capita</i>
Mortality Rate	-0.044(-1.04)	-0.009(-1.85)**
Urban Population	-0.112(-1.19)	0.011(0.98)
Unemployment rate	- 0.068(-2.82)***	-0.012(-4.45)***
Population Growth	-0.002(-0.71)	-0.001(-2.23)***
Population Density	-2.626(-6.10)***	-0.242(-6.66)***
Bed number	2.650(4.61)***	0.450(7.04)***
Physical Capital	0.096(0.41)	0.033(1.23)
Health Employment	0.507(5.33)***	0.062(5.47)***
GDP	- 6.798(-4.08)***	-0.148(-0.78)
Coverage	2.253(7.50)***	0.169(5.60)***
Public HE Share	-1.199(-3.11)***	-0.211(-4.66)***
Water pollution	-0.186(-1.90)**	-0.050(-4.85)***
Water Pollution	-0.000(-7.12)***	-0.000(-6.88)***
Growth rate of GDP	-0.312(5.94)***	-0.042(-6.81)***
Asia	1.406(1.33)	-0.167(-1.32)
Growth rate of HE	0.442(4.88)***	0.060(5.80)***

(Στις παρενθέσεις αναγράφονται οι τιμές *t*)

=10%, *=5%, ****=1% level of significance

Το αρνητικό πρόσημο που παρατηρούμε στο ποσοστό θνησιμότητας (mortality rate), υποδεικνύει ότι εάν μια κοινωνία θεωρεί το αγαθό της Υγείας ως κάτι το μη ιδιαίτερα σημαντικό, δαπανά λιγότερα σε αυτό, γεγονός που οδηγεί σε λιγότερο υγιεινό περιβάλλον άρα σε μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας.

Το αρνητικό πρόσημο στο ποσοστό ανεργίας (unemployment rate), υπονοεί ότι σε μια κοινωνία με χαμηλό δείκτη απασχολησιμότητας θα αφιερώνει σαφώς λιγότερα χρήματα σε υπηρεσίες υγείας και επίσης το κράτος θα εισπράττει λιγότερα για να προβεί σε δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

Οι πιο πυκνοκατοικημένες χώρες και οι χώρες με υψηλό δείκτη πληθυσμιακής ανάπτυξης επίσης δεν μπορούν αν αντέξουν πολλές δαπάνες. Χώρες με υψηλό ποσοστό κεφαλαίου υγείας, δηλαδή υψηλό αριθμό κρεβατιών και υγειονομικού προσωπικού απαιτούν υψηλά ποσά για να καλύψουν τις δαπάνες. Από αυτό μπορούμε να καταλάβουμε είτε ότι οι χώρες αυτές αντιμετωπίζουν ή μάλλον αξιολογούν την Υγεία περισσότερο, είτε ότι αυτές οι χώρες έχουν υψηλές δαπάνες απλά για να διατηρούν το επίπεδο της υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

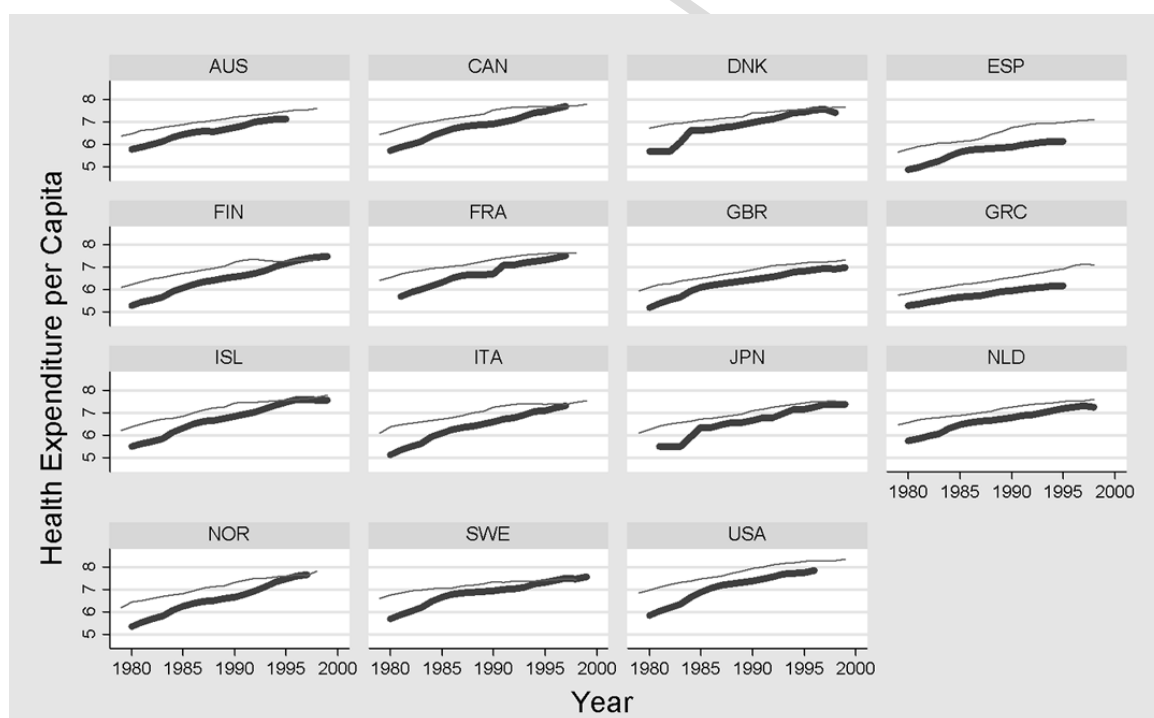
Οι συντελεστές του ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ παρουσιάζουν αρνητικό πρόσημο με δείκτη σημαντικότητας 1%. Πιο συγκεκριμένα, για 1% αύξηση του ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία στο ΑΕΠ μειώνονται κατά 0,31% στην πρώτη παλινδρόμηση (πίνακας 4.1, στήλη *Share of GDP*), και μειώνονται 0,04% ανά αποτελεσματική μονάδα δαπανών στη δεύτερη παλινδρόμηση (πίνακας 4.1, στήλη *HE Per Capita*). Όπως αναφέραμε προηγουμένως, οι πλουσιότερες χώρες τείνουν να έχουν χαμηλότερο ποσοστό ανάπτυξης του ΑΕΠ από τις φτωχότερες, αλλά αντιμετωπίζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής με περισσότερη βαρύτητα, έτσι οι δαπάνες για την υγεία είναι μεγαλύτερες. Σαν αποτέλεσμα του γεγονότος αυτού, παρατηρούμε και την αρνητική σχέση στον πίνακα 4.1.

Οι συντελεστές κοινωνικής πολιτικής (coverage) επίσης παρουσιάζουν αναμενόμενα αποτελέσματα. Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό ανθρώπων καλύπτεται από την δημόσια ασφάλιση, γεγονός που διογκώνει τις δαπάνες υγείας ενός κράτους. Ένα μεγάλο ποσοστό δημόσιας δαπάνης για την υγεία, παρόλα αυτά, μας δίνει μικρότερες συνολικές εθνικές δαπάνες για την υγεία και στις δύο παλινδρομήσεις (Πίνακας 4.1). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι μια χώρα έχει συνήθως περισσότερο έλεγχο στο τι ξοδεύει, μέσω της ύπαρξης ενός κεντρικού μηχανισμού.

Οι περιβαλλοντικές μεταβλητές παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και στις δυο παλινδρομήσεις. Τα αρνητικά πρόσημα εξηγούνται με τον ίδιο τρόπο όπως το αρνητικό πρόσημο που εμφανίζεται στο ποσοστό θνησιμότητας.

Όπως αναφέρουμε και στον σκοπό της μελέτης, προσπαθούμε να διερευνήσουμε την τάση των δαπανών για την υγεία σε –επιλεγμένες– χώρες του ΟΟΣΑ και να την συγκρίνουμε με το βέλτιστο ύψος των δαπανών για την υγεία σε κατάσταση steady – state. Για να επιτύχουμε το σκοπό μας προβάλλουμε τη βέλτιστη steady – state δαπάνη για κάθε χώρα σε δεδομένη χρονική στιγμή. Τα αποτελέσματα φαίνονται στα παρακάτω διαγράμματα:

Διάγραμμα 4.1: Σχέση μεταξύ πραγματικών δημοσίων δαπανών ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας και προβλεπόμενης βέλτιστης τιμής.

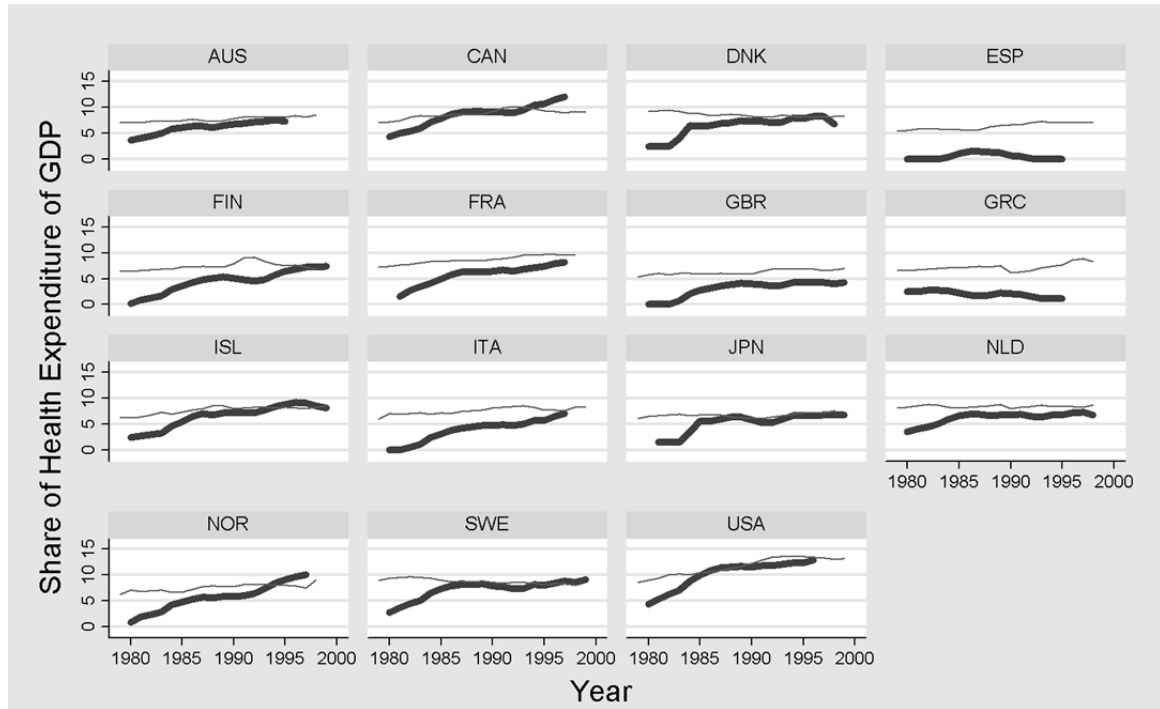


Το παραπάνω διάγραμμα (4.1) παρουσιάζει την πραγματική δημόσια δαπάνη ανά αποτελεσματική μονάδα εργασίας (PPP) και τη σύγκριση αυτής με τη πρόβλεψη της βέλτιστης τιμής.

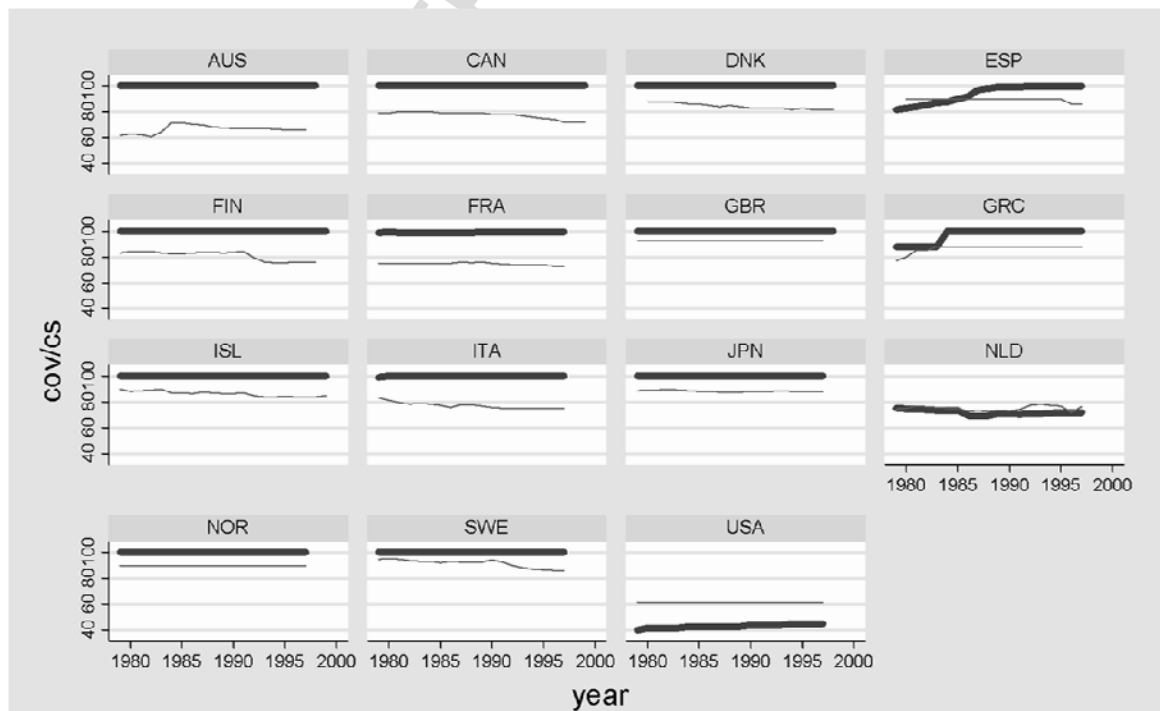
Το διάγραμμα 4.2 δείχνει τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και τις συγκρίνει επίσης με την βέλτιστη προβλεπόμενη τιμή.

Και στα δυο διαγράμματα οι έντονες γραμμές αντιπροσωπεύουν τις τιμές πρόβλεψης, και οι λεπτές γραμμές τις πραγματικές τιμές.

Διάγραμμα 4.2: Σχέση μεταξύ πραγματικού ύψους δημόσιας δαπάνης σε σχέση με το ΑΕΠ και πρόβλεψη αυτής



Διάγραμμα 4.3: Ποσοστό ασφαλισμένων και μερίδιο δημοσίων δαπανών για την υγεία



Λεπτή γραμμή: μερίδιο δημοσίων δαπανών για την υγεία. Παχιά γραμμή: ποσοστό ασφαλισμένων

Σχεδόν όλες οι χώρες εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δαπανών για την υγεία σε σχέση με τη βέλτιστη προβλεπόμενη τιμή, πράγμα που σημαίνει ότι οι υπερβολικές δαπάνες για την υγεία είναι μια συνήθης τακτική. Εάν εξετάσουμε με προσοχή τα διαγράμματα, παρατηρούμε ότι σε ορισμένες χώρες οι δύο γραμμές κινούνται όλο και πιο κοντά με τη πάροδο του χρόνου έως ότου επικαλύπτονται, όπως για παράδειγμα στον Καναδά, τη Δανία, τη Φιλανδία, το Ισραήλ, την Ιταλία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εν λόγω χώρες έχουν πραγματοποιήσει με επιτυχία μια διαδικασία περιορισμού των δαπανών τους. Ακόμα και εάν οι δύο γραμμές, τόσο η έντονη όσο και η λεπτή (διάγραμμα 4.1 και 4.2), για τις παραπάνω χώρες δείχνουν την αυξανόμενη τάση με τη πάροδο του χρόνου, η προβλεπόμενη βέλτιστη τιμή του steady-state αυξάνεται με γρηγορότερο ρυθμό από ότι το ύψος της πραγματικής δαπάνης. Για άλλες χώρες, όπως η Ολλανδία, η Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το πόσο της υπέρβασης των δαπανών μειώνεται, αλλά οι δαπάνες υγείας δεν έχουν φτάσει ακόμα το βέλτιστο ύψος. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι για αυτές τις χώρες χρειάζεται επιπλέον έλεγχος των δαπανών για την υγεία. Για τις υπόλοιπες χώρες δηλαδή για Ελλάδα και Ισπανία δεν παρατηρούμε κάποια συρρίκνωση στο κενό μεταξύ των δύο γραμμών, πράγμα που σημαίνει ότι τη περίοδο 1980-2000 στις δύο αυτές χώρες οι δαπάνες για την υγεία είναι σχετικά σταθερές.

4.2 Συμπεράσματα εμπειρικής μελέτης

Η εμπειρική αυτή μελέτη εφαρμόζει τη θεωρία της Οικονομικής ανάπτυξης προσπαθώντας να εξηγήσει τη μακροπρόθεσμη φύση της αύξησης των δαπανών υγείας σε μια οικονομία. Η κατανάλωση υγείας θεωρείται ως επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, δεδομένου ότι βελτιώνει την ικανότητα εργασίας των ανθρώπων. Δεδομένου ότι το αγαθό της Υγείας έχει χαρακτηριστεί ως αγαθό πολυτελείας σε πολλές βιβλιογραφικές αναφορές και μελέτες, είναι εύλογο να υποθέσουμε ότι μια επένδυση στον τομέα Υγείας υπόκειται σε φθίνουσα οριακή απόδοση. Αναπτύξαμε ένα θεωρητικό μοντέλο σύμφωνα με το μοντέλο ανάπτυξης του Solow, προκειμένου να εξηγήσουμε την αυξητική φύση των δαπανών υγείας και την επένδυση είτε σε φυσικό είτε σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Στην εμπειρική αυτή ανάλυση χρησιμοποιήσαμε στοιχεία 15 χωρών του ΟΟΣΑ προκειμένου να συγκρίνουμε την πραγματική δαπάνη για την Υγεία με μία θεωρητικά προβλεπόμενη

τιμή. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης – παλινδρόμησης είναι συνεπή τόσο με τις συμβατικές προβλέψεις όσο και με τα αποτελέσματα άλλων μελετών. Η σύγκριση μεταξύ των πραγματικών και των προβλεπόμενων τιμών δείχνει ότι οι περισσότερες χώρες προβαίνουν σε υπέρ-δαπάνη για την υγεία. Ορισμένες χώρες εμφανίζουν σημάδια επιτυχίας όσον αφορά τη συγκράτηση των δαπανών, ενώ άλλες χώρες δεν εμφανίζουν σημάδια συγκράτησης των δαπανών (Ισπανία, Ελλάδα).

Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής δείχνει ότι για τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ οι δαπάνη υγείας ανά μονάδα αποτελεσματικής εργασίας, παρουσιάζει μια αυξανόμενη τάση τόσο και για τις πραγματικές όσο και για τις προβλεπόμενες τιμές όταν η δαπάνη υγείας μετράται από τη σκοπιά του μεριδίου του ΑΕΠ, το πρότυπο ανάπτυξης είναι ισχυρό για τη προβλεπόμενη βέλτιστη τιμή (με εξαιρέσεις Ισπανία και Ελλάδα), αλλά η πραγματική αναλογία των δαπανών είναι αρκετά σταθερή για όλες τις χώρες.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη χρειάζεται επέκταση σε διερεύνηση σε κανονικές συνθήκες όπου δεν θα ισχύουν οι κανόνες του steady – state, προκειμένου να εξακριβωθούν και να συγκριθούν τα αποτελέσματα όταν εισέρχονται και άλλες μεταβλητές στο μοντέλο, όπως αυτός της τεχνολογικής προόδου. Παρόλα αυτά, η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει τη βάση σε όποιον θέλει να ασχοληθεί με το σχεδιασμό πολιτικών υγείας σχετικές με τις δαπάνες υγείας.

Κεφάλαιο 5: Γενικά συμπεράσματα

Από την ανάλυση των παραπάνω μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα που αφορούν τόσο τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας, τις δαπάνες υγείας και την επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Πιο συγκεκριμένα:

Αρχικά πρέπει να σχολιάσουμε το κατά πόσο υπάρχει τελικά το μοντέλο του Νότιου Ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. Γεγονός αποτελεί ότι η ιστορική πορεία της Ευρώπης ήταν σε μεγάλο βαθμό κοινή, καθώς και το ότι ίδια δεδομένα με διαφορετικό καταλύτη επιφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα. Μία ακόμη διαπίστωση αποτελεί ότι τα κοινά στοιχεία των τεσσάρων χωρών είναι περισσότερο κοινά με άλλα Ευρωπαϊκά κράτη, παρά μεταξύ τους.

Ακόμη και μέσα από ομάδα των τεσσάρων κρατών αναφέρονται δύο συστάδες (Ελλάδα - Ιταλία και Ισπανία - Πορτογαλία), μέσα στις οποίες διαπιστώνονται σημαντικές, ειδικά μεταξύ της Ιταλίας και της Ελλάδας, χώρες της άνησης κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

Επίσης, παρατηρείται ότι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νότιο - ευρωπαϊκού προτύπου δεν είναι άλλο παρά ακραίες εκφάνσεις ή στρεβλώσεις του ηπειρωτικού προτύπου²⁷. Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε την οικονομική υστέρηση των κρατών αυτών έναντι των υπολοίπων της ΕΕ την περίοδο θεμελίωσης του δικού τους κράτους πρόνοιας με αποτέλεσμα την υπανάπτυξή του, την μετακύληση ή την επικουρική συνεισφορά των λειτουργιών του από παραδοσιακούς θεσμούς πρόνοιας, και την ανάπτυξη εξωθεσμικών ομάδων συμφερόντων.

Εν κατακλείδι, η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας των κρατών αυτών μέσα σε απολυταρχικά, συντηρητικά, και κορπορατιστικά καθεστώτα, βάσισαν την αρχική ανάπτυξή τους στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης μέσα σε καθεστώς «συνδιαλλαγής» με συγκεκριμένους κλάδους παραγωγής, δίχως τους απαραίτητους πόρους, με αποσπασματικά και επιλεκτικά προγράμματα, με κατακερματισμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, και κατ' επέκταση την υπολειμματική οικοδόμηση ενός μηχανισμού προστασίας κοινωνικής συγκρίσιμου με αυτούς των ανεπτυγμένων βιομηχανικών κρατών.

²⁷ «στα συστήματα κοινωνικής προστασίας της νότιας Ευρώπης υπάρχουν όλες οι διαστρεβλώσεις του» συντηρητικού προτύπου "αλλά σε έναν υψηλότερο βαθμό». (Matsaganis, 1999, σ. 22)

Συνεπώς, δεν συνιστούν ξεχωριστό μοντέλο κοινωνικού κράτους, αλλά μια παραλλαγή του ηπειρωτικού με χαρακτηριστικό την καθυστέρηση οικοδόμησης του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και τις αυξημένες δαπάνες για την υγεία.

Η αποτυχία της αγοράς στην περίπτωση της παροχής υπηρεσιών υγείας να λειτουργήσει ανταγωνιστικά, λόγω ελλιπούς πληροφόρησης, δημιουργεί την ανάγκη για κρατική παρέμβαση. Καθώς η ζήτηση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι απρόβλεπτη και εμπεριέχει ψηλό κόστος θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την αγορά ασφάλειας υγείας στην ελεύθερη αγορά, στην περίπτωση απουσίας κρατικής παρέμβασης. Αυτό όμως θα άφηνε κάποια άτομα με προβλήματα υγείας χωρίς ασφάλιση καθώς ο ιδιωτικός τομέας πολύ πιθανόν να χρειαστεί να υποστεί το ψηλό κόστος της περίθαλψής τους (adverse selection). Άρα το κράτος παρεμβαίνει και για σκοπούς κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας με την παροχή δωρεάν ιατρικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες ή σε αυτούς που την χρειάζονται περισσότερο. Επίσης το κράτος παρεμβαίνει μέσω της κρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας για σκοπούς αναδιανομής του εισοδήματος από τις ψηλότερες εισοδηματικές τάξεις (αφού η κρατική ιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω φορολογίας/εισφορών) στις χαμηλότερες.

Όσον αφορά στις δαπάνες για την υγεία, είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται παγκοσμίως η τάση για αύξηση των δαπανών, παρόλα αυτά και σύμφωνα με τις πρόσφατες οικονομικές, αλλά και κοινωνικές εξελίξεις,

Τα τελευταία στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν μια επιβράδυνση της ανάπτυξης ή ακόμη και πτώση των δαπανών για την υγεία. Ενώ την περίοδο 2000-2009 οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν, σε πραγματικούς όρους, κατά 5% ανά έτος, το 2010 σημειώθηκε μηδενική αύξηση των δαπανών. Η πτώση των μεγεθών οφείλεται και στις περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία κατά 0,5% (2010), κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες. Συγκεκριμένα, οι κυβερνητικές πολιτικές για περιστολή των δημοσίων δαπανών οδήγησαν και σε περικοπή των δαπανών για την υγεία αντίστοιχα π.χ. 7,6% στην Ιρλανδία, 7,5% στην Ισλανδία. Όσον αφορά την Ελλάδα, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά 6,5% το 2010 ενώ την προηγούμενη δεκαετία (2000-2009) σημειωνόταν ετήσια αύξηση κατά μέσο όρο 6%.

Η Ελλάδα όμως, λόγω της δυσχερούς οικονομικής θέσης στην οποία έχει περιέλθει, αλλά και λόγω των διαρθρωτικών αλλαγών που προσπαθεί να πετύχει, αποτελεί μια

ιδιάζουσα περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα, Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκαν με ιδιαίτερα υψηλούς ρυθμούς κατά την τελευταία εικοσαετία, χωρίς ωστόσο να οδηγήσουν σε ανάλογη βελτίωση της ποιότητας και της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας προς τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Το καλό επίπεδο υγείας που απολαμβάνουν οι έλληνες και οι ελληνίδες εργαζόμενοι κατά τη γέννησή τους δεν διατηρείται και κατά την ενήλικη ζωή τους και κυρίως κατά τη συνταξιοδότησή τους, εξαιτίας της κακής ποιότητας στις συνθήκες εργασίας αλλά και του τρόπου ζωής τους. Μεγάλο μέρος της αύξησης των δαπανών υγείας οφείλεται στις ιδιωτικές δαπάνες. Οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν κυρίως στο σκέλος της φαρμακευτικής δαπάνης και τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της αύξησης οφείλεται στη δημογραφική γήρανση και τις ανάγκες των ηλικιωμένων σε φάρμακα και υγειονομικό υλικό. Ένα άλλο μέρος, ίσως το σημαντικότερο, οφείλεται στη φιλοσοφία που διέπει το σύστημα υγείας στη χώρα μας το οποίο στηρίζεται στη χαμηλή αμοιβή του στελεχιακού ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τη θεσμική τους υποβάθμιση σε διεκπεραιωτές θεσμικών προδιαγραφών διαχείρισης της ασθένειας, δηλαδή στη διαχείριση των εργαστηριακών εξετάσεων και της χρήσης φαρμάκων από τους κατά κανόνα ηλικιωμένους και χρόνια ασθενείς. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα μας δεν ασκεί, στο επίπεδο της πρακτικής, τα καθήκοντα του λειτουργήματός του αλλά διαχειρίζεται γραφειοκρατικά τα προβλήματα των ασθενών. Χαρακτηριστική είναι από αυτή την άποψη η απουσία βιώσιμων ρυθμίσεων για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και την προληπτική ιατρική καθώς επίσης και η υποβάθμιση της ιατρικής της εργασίας.

Οι προσπάθειες της τελευταίας τριετίας (2009-2012), για τον εξορθολογισμό των δαπανών και των υπηρεσιών υγείας κινούνται σε μία ακραία διαχειριστική λογική νεοφιλελεύθερης έμπνευσης που επικεντρώνεται αποκλειστικά στη διοικητική επιβολή των «φτηνότερων λύσεων» ανεξάρτητα από τις ενδεχόμενες επιπτώσεις τους στην υγεία των πολιτών. Αυτή η πολιτική μειώνει άμεσα τις δημόσιες δαπάνες υγείας με αντίτιμο την υποβάθμιση της ποιότητας, της επάρκειας και της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Μεσομακροπρόθεσμα οι δημόσιες δαπάνες υγείας αναμένεται να συνεχίσουν την ανοδική τους πορεία καθώς αυξάνει η μέση ηλικία του πληθυσμού και δεν αντιμετωπίζονται προληπτικά τα προβλήματα υγείας που συνοδεύουν τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Η τελευταία επιλογή προϋποθέτει το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εναλλακτικού μοντέλου παροχής των υπηρεσιών υγείας το οποίο θα

στηρίζεται στις προληπτικές δράσεις και κυρίως στην διασφάλιση της ποιότητας στην εργασία και τον τρόπο καθημερινής διαβίωσης των εργαζομένων αντί της επικρατούσας λογικής διαχείρισης της ασθένειας.

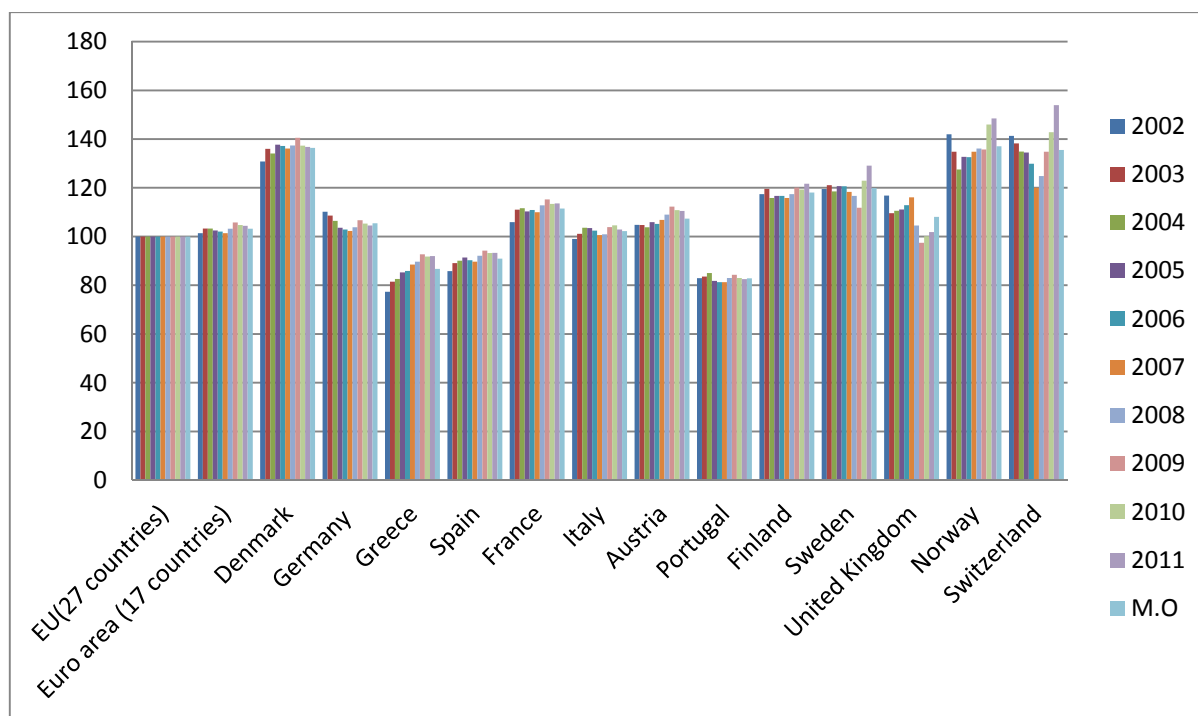
Στη μελέτη αυτή, επιχειρήθηκε επίσης να εξεταστεί το κατά πόσο η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει τις δαπάνες υγείας. Για αυτό το λόγο διενεργήθηκε μια εμπειρική αυτή μελέτη η εφαρμόζει τη θεωρία της Οικονομικής ανάπτυξης προσπαθώντας να εξηγήσουμε τη μακροπρόθεσμη φύση της αύξησης των δαπανών υγείας σε μια οικονομία (Η κατανάλωση υγείας θεωρείται ως επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, δεδομένου ότι βελτιώνει την ικανότητα εργασίας των ανθρώπων).

Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής δείχνει ότι για τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ οι δαπάνη υγείας ανά μονάδα αποτελεσματικής εργασίας, παρουσιάζει μια αυξανόμενη τάση τόσο και για τις πραγματικές όσο και για τις προβλεπόμενες τιμές όταν η δαπάνη υγείας μετράται από τη σκοπιά του μεριδίου του ΑΕΠ, το πρότυπο ανάπτυξης είναι ισχυρό για τη προβλεπόμενη βέλτιστη τιμή (με εξαιρέσεις Ισπανία και Ελλάδα), αλλά η πραγματική αναλογία των δαπανών είναι αρκετά σταθερή για όλες τις χώρες.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη χρειάζεται επέκταση, εκτενέστερη έρευνα και διερεύνηση σε κανονικές συνθήκες όπου δεν θα ισχύουν οι κανόνες του steady – state, προκειμένου να εξακριβωθούν και να συγκριθούν τα αποτελέσματα όταν εισέρχονται και άλλες μεταβλητές στο μοντέλο, όπως αυτός της τεχνολογικής προόδου. Παρόλα αυτά, η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει τη βάση σε όποιον θέλει να ασχοληθεί με το σχεδιασμό πολιτικών υγείας σχετικές με τις δαπάνες υγείας.

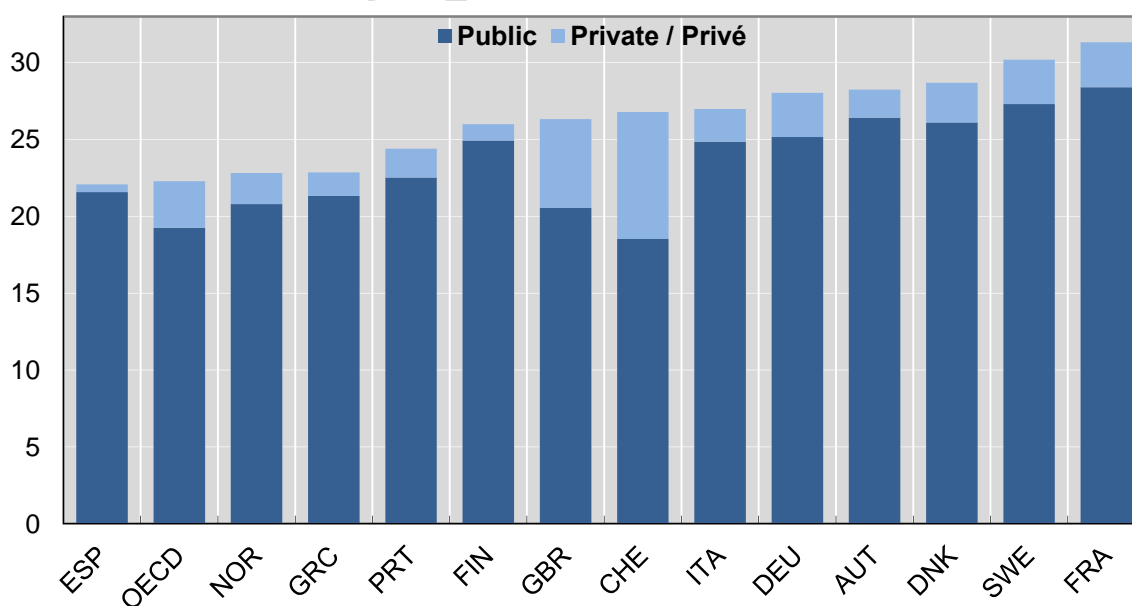
Παράρτημα

Διάγραμμα 1.1 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές αγοράς (PPS, EU-27 = 100, 2002 - 2011).



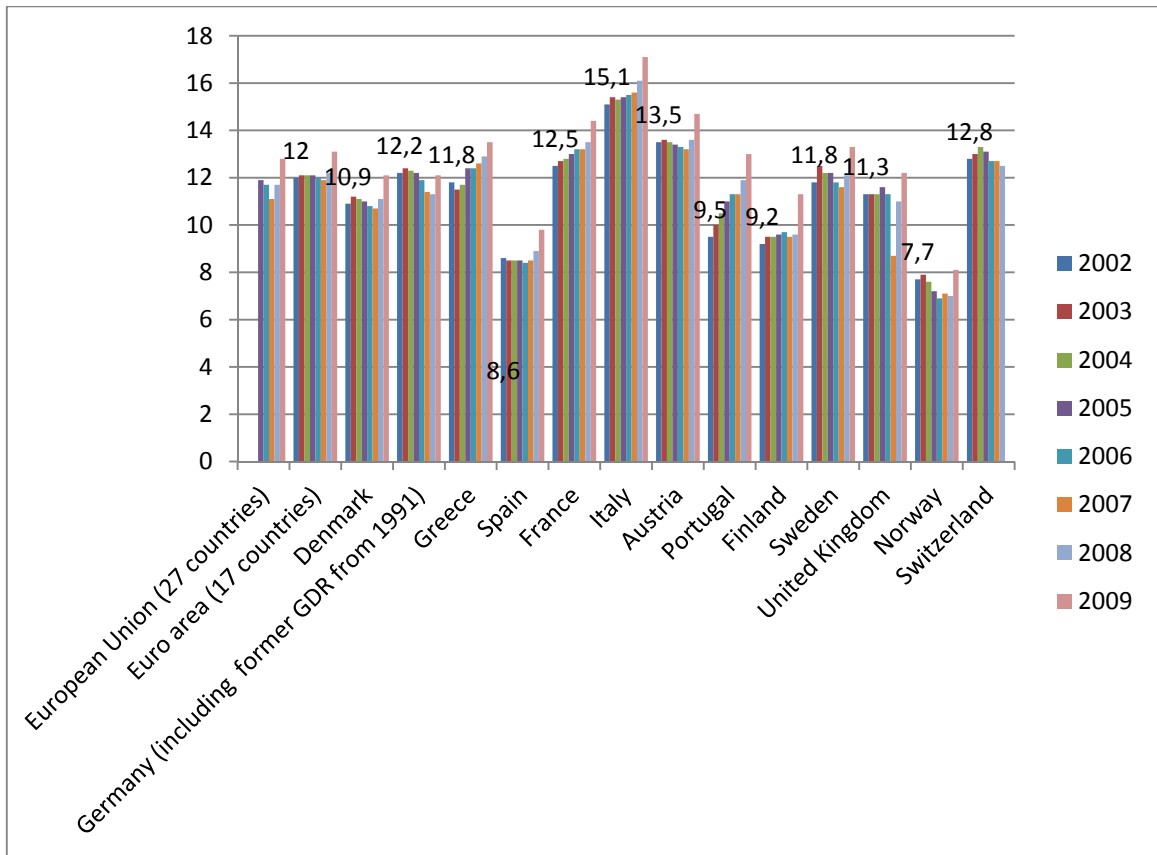
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.2: Public and private social expenditure in percentage of GDP (2007)



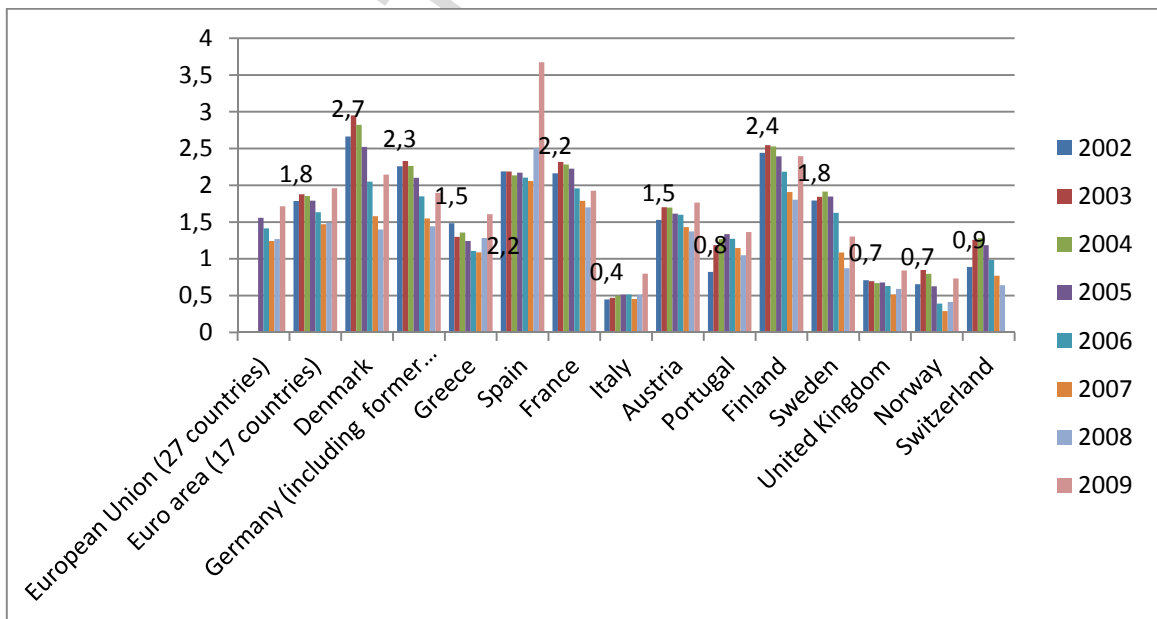
πηγή : OECD 2007

Διάγραμμα 1.4: Κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)



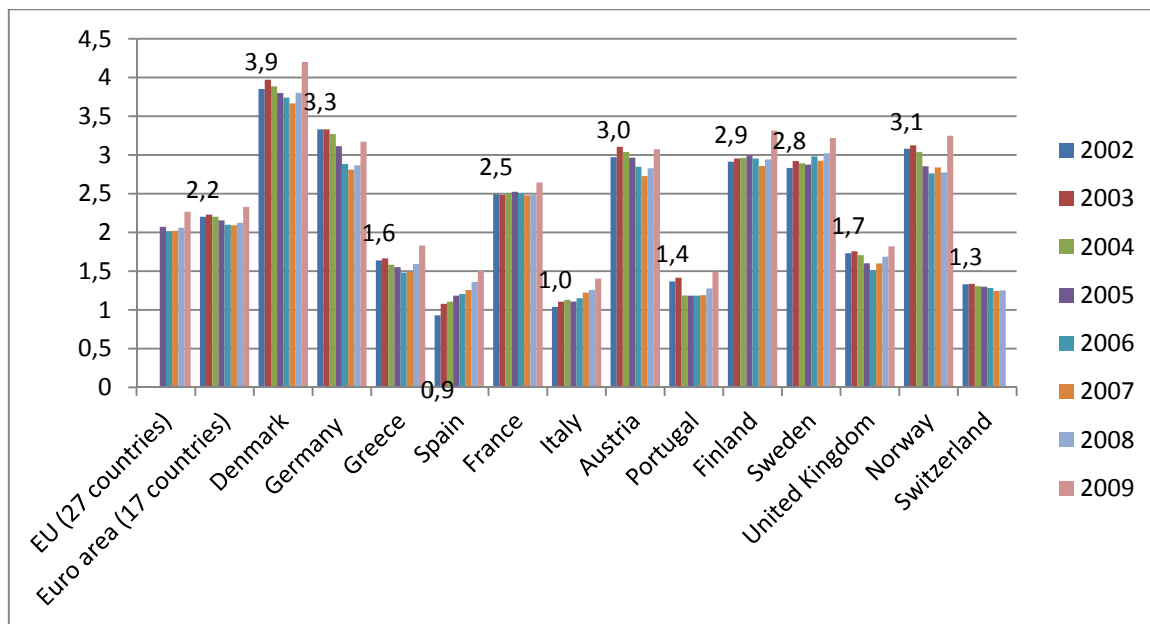
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.5: Κοινωνικές δαπάνες για τους ανέργους ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)



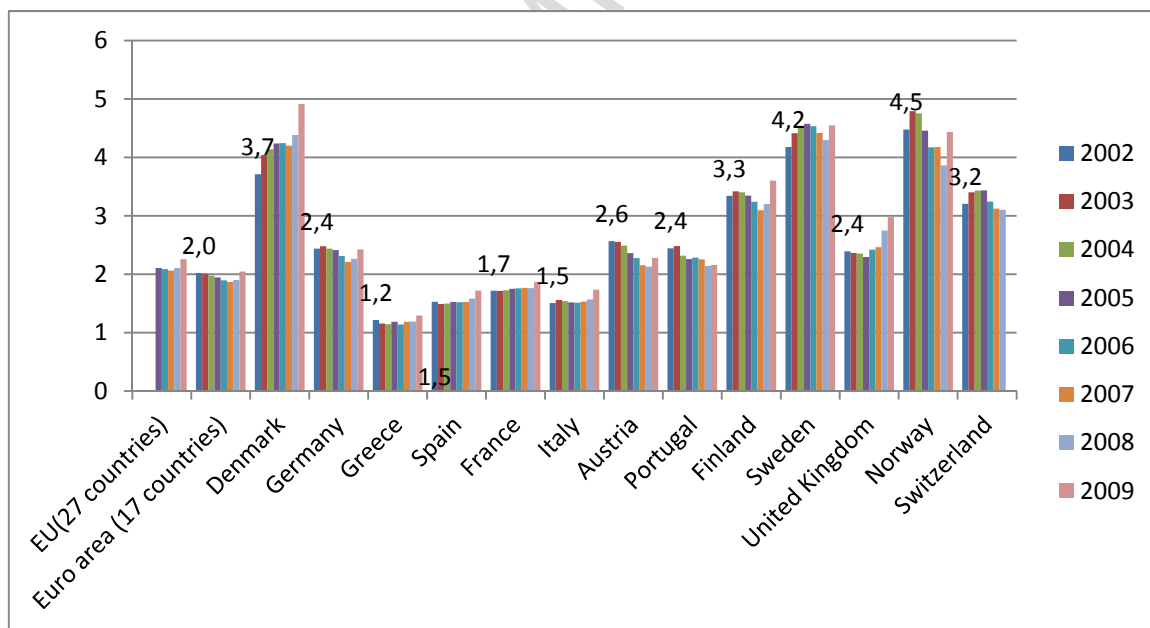
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.6: Κοινωνικές δαπάνες για τα παιδιά και την οικογένεια ως ποσοστό των συνολικών παροχών(2002-2009)



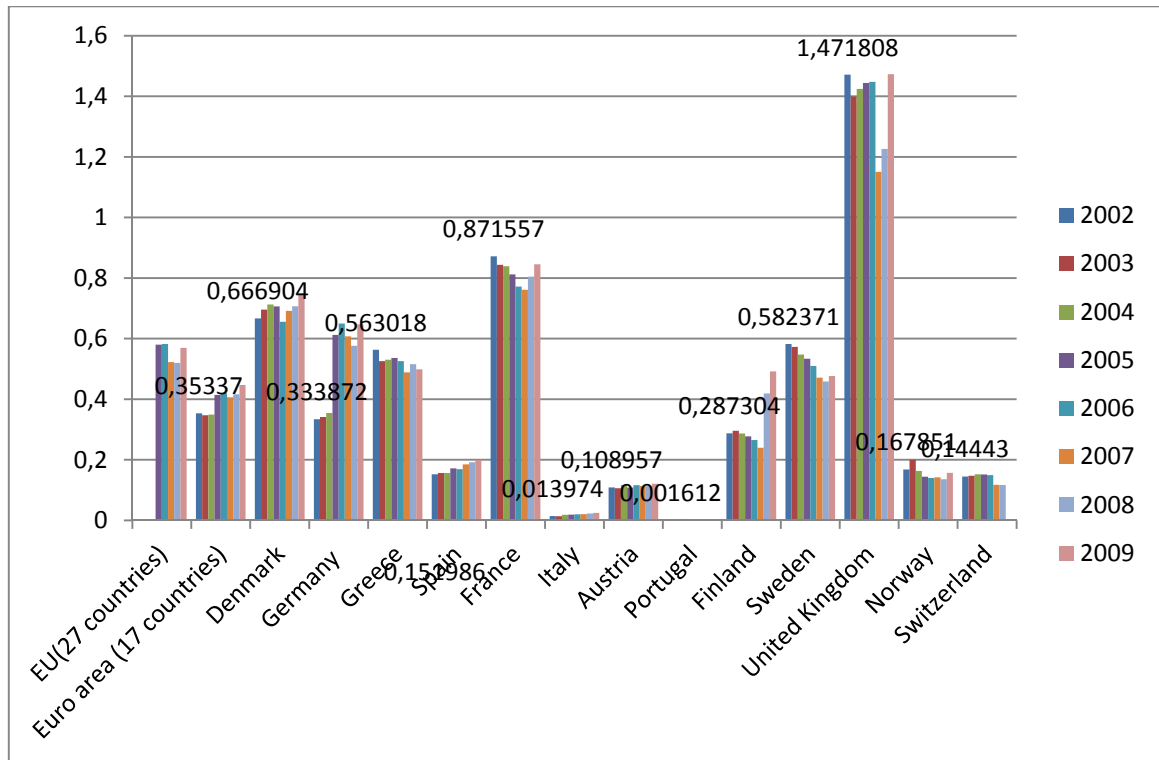
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.7: Κοινωνικές δαπάνες για τους ΑμΕΑ ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)



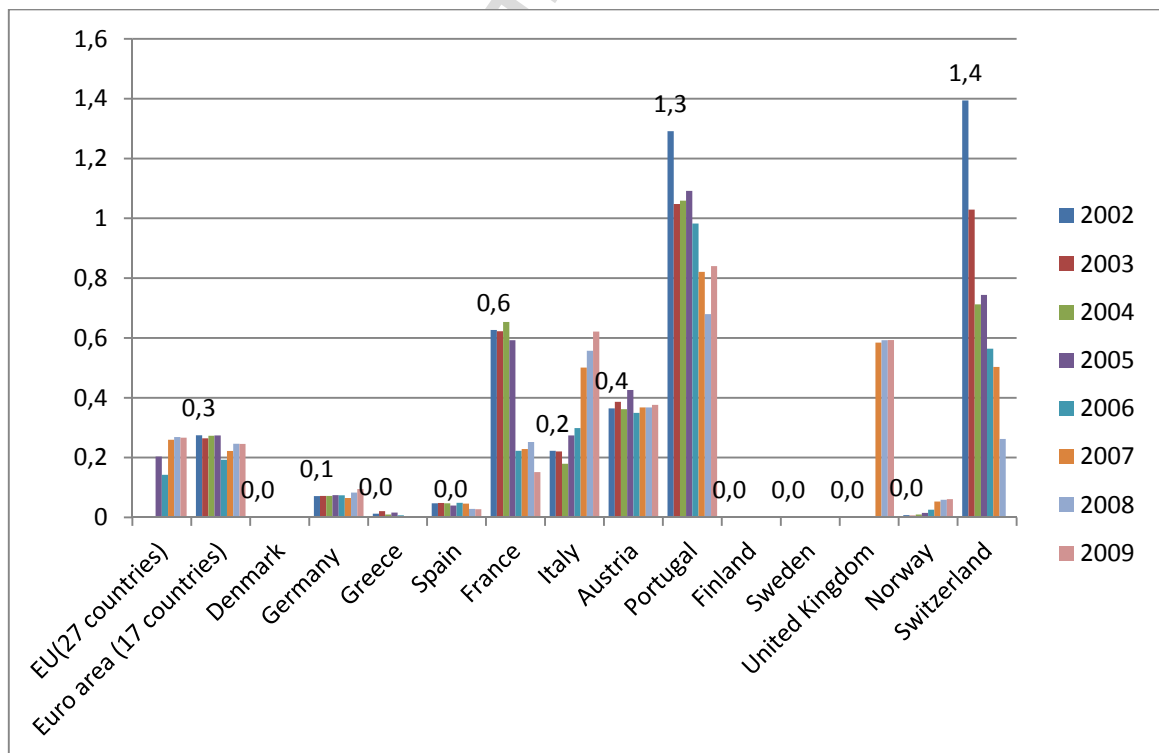
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.8: Κοινωνικές δαπάνες για την στέγαση ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)



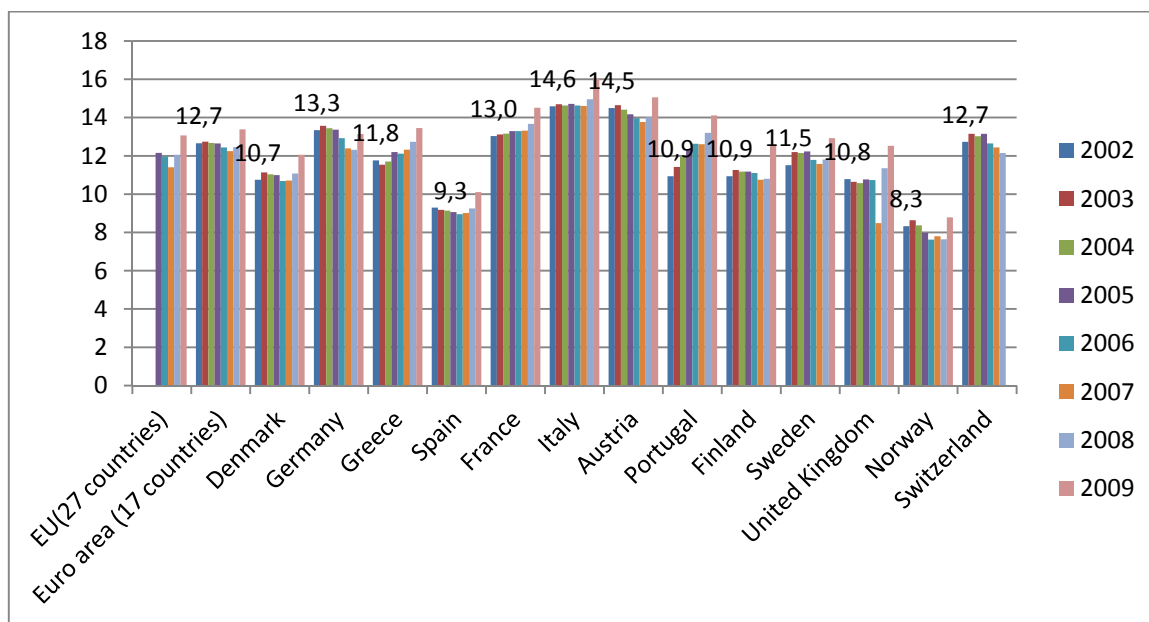
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.9: Λοιπές Κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών παροχών (2002-2009)



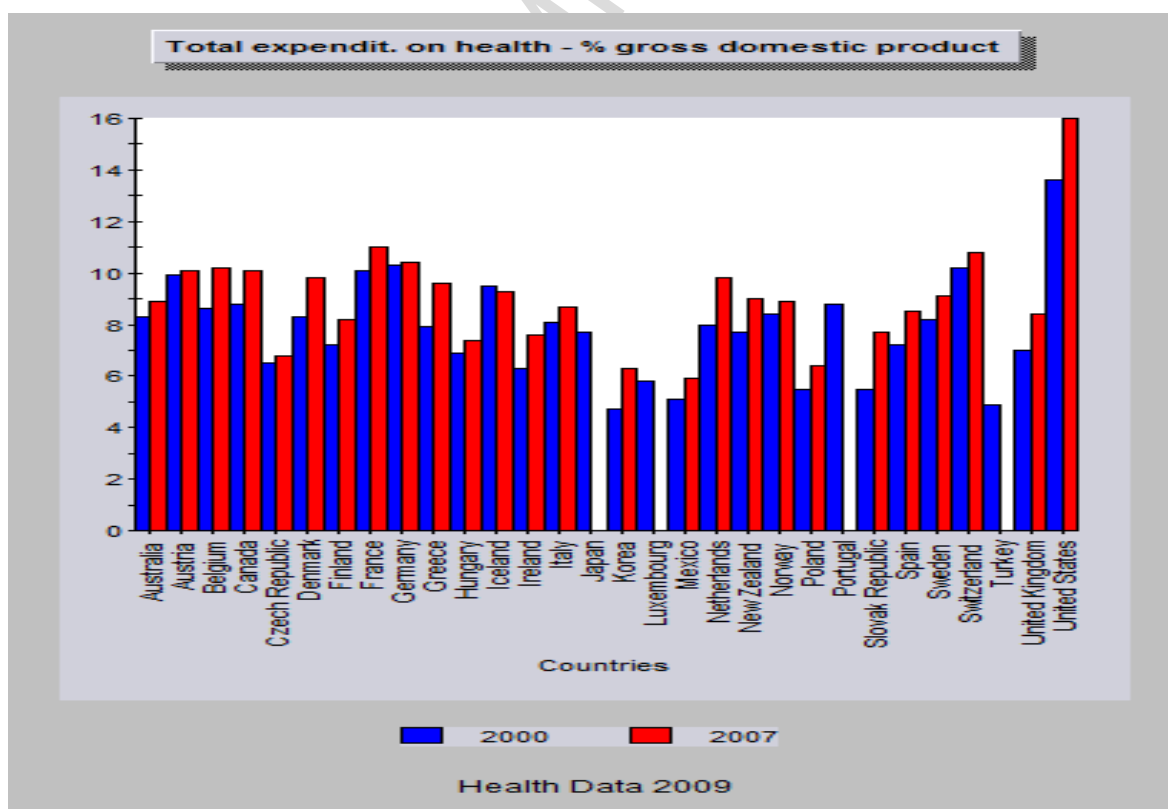
πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 1.10: Συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ (2002-2009)



πηγή : EUROSTAT 2009

Διάγραμμα 2.1: Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.



Πηγή: OECD Health Data 2009

Οι 15 χώρες του ΟΟΣΑ που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της εμπειρικής μελέτης είναι:

Αυστρία, Καναδάς, Ισπανία, Ελλάδα, Δανία, Φιλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Ιταλία, Ισλανδία, Ολλανδία, Ιαπωνία, Νορβηγία και ΗΠΑ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση:

- **Barros, Pedro Pita; Martinez Giralt, Xavier (2002)**, “*Public and Private Provision of HealthCare*” *Journal of Economics and Management Strategy* 11(1), σελ.109-33
- **Becker, G. S. (1964)**, “*Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education.*” Chicago, University of Chicago Press
- **Burner, Sally T. & Daniel R. Waldo (1995)**, “*National Health Expenditure Projections, 1994-2005*” *Health Care Financing Review* 16(4), σελ.221-242.
- **Burnet, S. T., Waldo, D. R. and McKusick, D. R. (1992)**, “*National Health Expenditures Projections Through 2030*” *Health Care Financing Review* 14(1), σελ.1-29.
- **Clemente, Jesus, Marcuello, C., Montanes, A., Pueyo, F.(2004)**, “*On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?*” *Journal of Health Economics* 23, σελ.589-613.
- **Cowan, Cathy A., Bradley R. Braden, Patricia A. McDonnell, and Lekha Sivarajan (1996)**, “*Business, Households, and Government: Health Spending, 1994*” *Health Care Financing Review* 17(4), σελ.157-179.
- **Culyer, A. J. (1988)**, *Health Care Expenditure in Canada: Myth and Reality*, Canadian Tax Paper Series 82, Canadian Tax Foundation, Toronto.
- **Dinopoulos, Elias, Thompson, Peter,(1999)**, *Reassessing the Empirical Validity of the Human Capital Augmented Neoclassical Growth Model*, *Journal of Evolutionary Economics* 9(1), January, σελ.135-54.
- **Feldstein, Martin S,(1973)**, “*The Welfare Loss of Excess Health Insurance,*” *Journal of Political Economy* 81(2), Part I, March-April, σελ.251-80.
- **Fuchs, V. R. (1982)**, “*Time preference and health: An exploratory study*”, in V. R. Fuchs, ed., *Economic Aspects of Health* (University of Chicago Press for the National Bureau of Economic Research, Chicago) σελ.93-120.
- **Gerdtham, U. G. and B. Jonsson (1991)**, “*Conversion Factor Instability in International Comparisons of Health Care Expenditure*” *Journal of Health Economics* 10, σελ.227-234.

- **Gerdtham, U-G., Sogaard, J. Andersson, F. and Jonsson B. (1992)**, “*An econometric analysis of health care expenditure: a cross section study of the OECD countries*” *Journal of Health Economics* 11, σελ.63-84.
- **Getzen, T. (2000)**, “*Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditure,*” *Journal of Health Economics* 19, σελ.259-270.
- **Govindaraj, Ramesh, Gnanaraj Chellarag & Christopher J. L. Murray (1997)**, “*Health Expenditures in Latin America and the Caribbean*” *Social Science Medicine* 44(2), σελ. 157-169.
- **Greene, S. B. and Bunselman, D. L. (1986)**, “*Cost Sharing and Its Effect on Hospital Utilization*” *Medical Care* 24(8), σελ.711-720.
- **Grossman M. (1999)**, “*The Human Capital Model of the Demand for Health*”, Newhouse, Joseph P. and Anthony J. Culyer (eds.) *Handbook of Health Economics. Amsterdam: North-Holland, 2000.*
- **Hansen, Paul & Alan King (1996)**, “*The Determinants of Health Care Expenditures: A Co-integration Approach*” *Journal of Health Economics* 15, σελ.127-137.
- **Hansen, Paul & Alan King (1998)**, “*Health Care Expenditure and GDP: Panel Date Unite Root Test Results—Comment*” *Journal of Health Economics* 17, σελ.337-381.
- **Hitiris, R. & J. Posnett (1992)**, “*The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries*” *Journal of Health Economics* 11, σελ.173-181.
- **Hitiris, (1997)**, “*Health care expenditure and integration in the countries of the European Union,*” *Applied Economics*, Jan1997, Vol. 29 Issue 1, σελ.1-6
- **Knowles, S., Owen, P. D. (1995)**, “*Health capital and cross-country variation in income per capita in the Mankiw-Romer-Weil model,*” *Economics Letters* 48, σελ.99-106.
- **Knowles, Stephen and Owen, P. Dorian (1997)**, “*Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model,*” *Economic Record* 73(223), December 1997, σελ.314-28.

- **Leu, Robert E. (1986)**, “*The Public-Private Mix and International Health Care Costs*,” Public and private health services: Complementarities and conflicts, σελ. 41-63, Oxford and New York, Blackwell.
- **Levit, Katharine R., Helen C. Lazenby, Cathy A. Cowan, Darleen K. Won, Jean M. Stiller, Lekha Sivarajan, and Madiw W. Stewart (1995)**, “*State Health Expenditure Accounts: Building Blocks for State Health Spending Analysis*” Health Care Financing Review 17 (1), σελ.201-254.
- **Mankiw, N Gregory, David Romer, David N. Weil (1992)**, “*A contribution to the Empirics of Economic Growth*”, the Quarterly Journal of Economics 107 (2), σελ.407-437.
- **McCoskey, Suzanne K. & Thomas M. Selden (1998)**, “*Health Care Expenditures and GDP: Panel Data Unit Root Test Results*” Journal of Health Economics 17, σελ.369-376.
- **McDonald, S & Roberts, J. (2002)**, “*Growth and multiple forms of human capital in an augmented Solow model: a panel data investigation*,” Economics Letters 74, σελ.271-276
- **Miller, Robert H. & Harold S. Luft (1995)**, “*Estimating Health Expenditure Growth Under Managed Competition*,” JAMA 273, σελ.656-662.
- **Milne, R. and H. Molana (1991)**, “*On the Effect of Income and relative Price on Demand for Health Care: EC Evidence*” Applied Economics 23, σελ.1121-1226.
- **Moise, P. and Jacobzone, S. (2003)**, “*Population ageing, health expenditure and treatment: an ARD perspective*”, in A Disease-based Comparison of Health Systems, OECD, Paris.
- **Mushkin, S. J. (1962)**, “*Health as an investment*”, Journal of Political Economy 70, supplement, σελ.129-157
- **Newhouse, J. P. (1977)**, “*Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey*,” Journal of Human Resources 12, σελ.115-125.
- **Newhouse, J. P. (1987)**, “*Cross-National Differences in Health Spending: What Do They Mean?*” Journal of Health Economics 6, σελ.159-162.
- **Parkin, D., McGuire, A., Yule, B. (1987)**, “*Aggregate Health Care Expenditures and National Incomes: Is Health Care a Luxury Good?*” Journal of Health Economics 6 σελ. 109-127.

Ελληνόγλωσση

- **Boyer R., (1988)**, «*Η θεωρία της ρύθμισης: Κριτική ανάλυση*», Εξάντας, Αθήνα
- **Γετίμης Π., Γραβάρης Δ., et.al., (1993)**, «*Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική: Η σύγχρονη προβληματική*», Θεμέλιο, Αθήνα
- **Δημουλάς Κ. (2011)**, *Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ*, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων: Αθήνα
- **Esping - Andersen C., Πετμεζίδου Μ. (επ.), (2003)**, «*Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ(2011)**, *Πληθωρισμός και Ανεργία στην Ελλάδα*, Ενημέρωση, τεύχος 77, Αθήνα.
- **Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων (2011)**, *Κρίση Δημόσιου Χρέους στην Ελλάδα, Αιτίες και Προοπτικές*, Αθήνα.
- **Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων (2011)**, *Η Χρηματοπιστωτική κατάσταση του Δημόσιου Τομέα στην Ελλάδα*, Αθήνα.
- **Ιωακείμογλου Ηλίας (2010)**, «*Υπηρεσίες υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα.*» ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- **Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π. (2007)**, «*Υπηρεσίες Υγείας*», Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- **Κασιμάτης Γ., (1974)**, «*Περί αρχής της επικουρικότητας*», Αθήνα
- **Κατρούγκαλος Γ., (2004)**, «*Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο*», Α.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- **Κατρούγκαλος Γ., (2006)**, «*Τα κοινωνικά δικαιώματα*», Α.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- **Κυριόπουλος Γ. & Νιάκας Δ. (1993)**, «*Το σύστημα υγείας την δεκαετία του '90*», στο Κυριόπουλος – Νιάκας (επιμ), *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας*, ΚΕΥ, Αθήνα

- **Ματθαίου Α., (1990)**, «*Ο έλεγχος οικονομικών μέσων ως προϋπόθεση απονομής κοινωνικών παροχών*», ΕΚΔΑ ΛΒ
- **Ματσαγγάνης Μ., et.al., (1999)**, «*Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στην Ν. Ευρώπη*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Μουζέλης Ν., (1978)**, «*Ελληνική κοινωνία, Απόψεις για την υπανάπτυξη*», Έξαντας, Αθήνα
- **Μπάγκαβος Χρ. (2011)**, «*Κατάσταση Υγείας και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των εργαζομένων στην Ελλάδα*», ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- **Νικολακοπούλου Η., Στεφάνου, (1992)**, «*Σύγκληση συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στην Δυτική Ευρώπη*», Σιδέρης, Αθήνα
- **Οικονόμου Χ., (1999)**, «*Μοντέρνες τάσεις και τα προβλήματα του συστήματος υγείας*», στο Τ. Σακελλαρόπουλος (επιμ.), *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*, Κριτική, Αθήνα
- **Οικονόμου Χ. (2011)**, «*Το θεσμικό πλαίσιο των παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- **Πετμεζίδου Μ. (1987)**, «*Κοινωνικές τάξεις και μηχανισμοί της αναπαραγωγής*», Έξαντας, Αθήνα
- **Σακελλαρόπουλος, Θ., (1999)**, «*Αναζητώντας το νέο Κοινωνικό Κράτος*», στο Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.), *Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*, Τόμ. Α', (σσ. 23-67), Κριτική, Αθήνα
- **Σωτηρόπουλος Δ., (2007)**, «*Κράτος και Μεταρρύθμιση στην σύγχρονη Ν. Ευρώπη: Ελλάδα - Ισπανία - Ιταλία - Πορτογαλία*», Ποταμός, Αθήνα
- **Φίλιας Β., (1981)**, «*Δύναμη και κοινωνία* », Gutenberg, Αθήνα
- **Χίλσον Μ. (2012)**, «*Το Σκανδιναβικό Μοντέλο*», Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.

Ηλεκτρονικές Πηγές

- http://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/user/serie/SelectSerie.cfm (Ameco Database)
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>(Eurostat) INE
- <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/01/weodata/index.aspx> (World Economic Outlook Database)
- www.oecd.org (Organization for Economic Co-operation and Development)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ