

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία:

ΘΕΜΑ: Τα Κοινωνικά Δικαιώματα σε κρίση.

Η περίπτωση της Υγείας στην Ελλάδα.



Επιμέλεια:
Γκάτσου Αικατερίνη

Επιβλέπων Καθηγητής:
Οικονόμου Χαράλαμπος

στη Θοδωρούλα μου,

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
Abstract.....	9
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο εννοιολογικός προσδιορισμός των Κοινωνικών Δικαιωμάτων.....	14
1.1 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα.....	16
1.2 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα με βάση Διεθνή Καταστατικά Κείμενα.....	18
1.2.1 Ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ).....	19
1.2.2 Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ).....	23
1.2.3 Τα Διεθνή Σύμφωνα περί Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.....	24
1.2.4. Το Καταληκτικό Κείμενο της Συνόδου Κορυφής των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ) του Σεπτεμβρίου 2005.....	28
1.2.5 Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΧΘΔΕΕ).....	28
1.2.6 Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (ΕΚΧ).....	33
1.3 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα στην Ελλάδα.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το Κοινωνικό Δικαίωμα στην Υγεία.....	46
2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας.....	48
2.2 Η Υγεία ως Κοινωνικό και Ατομικό Δικαίωμα.....	51
2.3 Η προσέγγιση της Υγείας ως «παγκόσμιο δημόσιο αγαθό».....	52
2.4 Το Δικαίωμα της Υγείας στο Δίκαιο.....	54
2.4.1 Η Ενωσιακή έννομη τάξη.....	54

2.4.2 Η Διεθνής έννομη τάξη.....	58
2.5 Περιεχόμενο, φορείς και αντικείμενο του Δικαιώματος στην Υγεία.....	63
2.6 Οι ανισότητες στην Υγεία ως εμπόδιο της άσκησης του Κοινωνικού Δικαιώματος.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Υποβαθμίζοντας τα Κοινωνικά Δικαιώματα. Το κόστος της λιτότητας στην Ευρώπη και την Ελλάδα.....	75
3.1 Η Οικονομική κρίση στην Ευρώπη.....	76
3.1.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα Κοινωνικά Δικαιώματα.....	78
3.1.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Κοινωνική Πολιτική.....	80
3.1.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Υγεία.....	83
3.1.4 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα Συστήματα Υγείας.....	88
3.1.5. Πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης στα Συστήματα Υγείας της Ευρώπης.....	92
3.2. Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα	94
3.2.1 Πριν από την κρίση.....	95
3.2.2 Στα πρόθυρα της κατάρρευσης.....	96
3.2.3 Μία χώρα υπό καθεστώς λιτότητας.....	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση.....	109
4.1 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα μέχρι το 2010.....	110
4.2 Η ατέρμονη προσπάθεια των μεταρρυθμίσεων του Ε.Σ.Υ.	115
4.3 Μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις την περίοδο των Μνημονίων.....	119
4.4 Τα οικονομικά του Συστήματος Υγείας μετά τις Μνημονιακές Πολιτικές.....	125
4.5 Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την Υγεία των πολιτών.....	134

4.6 Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα των Μνημονίων.....137

4.7 Η ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από το Σύστημα Υγείας.....143

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπερασματικές Διαπιστώσεις.....148

Βιβλιογραφία.....153

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ε Υ Ρ Ε Τ Η Ρ Ι Ο

ΠΙΝΑΚΩΝ		
A/A		Σελ.
1.	Τα θεμελιώδη δικαιώματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)	29
2.	21 στόχοι για την Υγεία στον 21ο αιώνα	70
3.	Πίνακας 3: «Υγεία 20–20»	71
4.	Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης	73
5.	ΕΕ: Ποσοστά ανεργίας, 2010 – 2014	104
6.	Ποσοστά Μακροχρόνιας Ανεργίας 2010 - 2014	105
7.	Ποσοστιαία μεταβολή Κοινωνικών Δεικτών 2009 – 2013 / 14	105
8.	ΕΕ: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2009 – 2013	108
9.	Οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα μέχρι το 2010	111
10.	Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης από τις Υπηρεσίες Υγείας κάθε χώρας	118
11.	Μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην περίοδο της κρίσης	120
12.	Euro Health Consumer Index 2015	145

ΣΧΗΜΑΤΩΝ		
A/A		Σελ.
1.	Τα Κοινωνικά Δικαιώματα	13
2.	Οι κοινωνικές δαπάνες σαν ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα	44
3.	Θεωρητικό πλαίσιο για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τις ανισοτιμίες στην υγεία	68
4.	Κοινωνική Ευημερία – Συστήματα Υγείας	92

ΧΑΡΤΗ		
A/A		Σελ.
1.	ΕΕ: Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας	144

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ		
A/A		Σελ.
1.	Μείωση του ΑΕΠ απ' το 2008 έως το 2014	99
2.	Εξέλιξη του χρέους ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ	100
3.	Χώρες Ευρωζώνης: Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2014	100
4.	Δημοσιονομικό Έλλεμμα 2008 – 2014	101
5.	Μεταβολή στην πραγματική δημόσια δαπάνη και το ΑΕΠ 2007 – 08 και 2012 – 13	102
6.	Επιπτώσεις στη διαχείριση του οικογενειακού εισοδήματος	103
7.	Ποσοστά ανεργίας 36 χωρών – μελών ΟΟΣΑ	106
8.	Ποσοστό ενηλίκων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο στην Ε.Ε.	107
9.	Νέα Οργανωτική Δομή του Ε.Σ.Υ.	124
10.	Κατά – κεφαλήν Δαπάνη Υγείας 2012	126
11.	Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά- κεφαλήν δαπανών υγείας 2000 – 2012	127

12.	Μέση ετήσια εξέλιξη της κατά- κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης υγείας 2000 – 2012	128
13.	Κλίνες ανά 1000 κατοίκων για τα έτη 2000 και 2011 για τα κράτη του ΟΟΣΑ	130
14.	Εν ενεργεία ιατροί ανά 1.000 πληθυσμού, κατά τα έτη 2000 και 2013	131
15.	Εν ενεργεία νοσηλευτές ανά 1.000 πληθυσμού κατά το έτος 2012 και ετήσια μεταβολή (%) κατά την περίοδο 2000-2012	132
16.	Αναλογία νοσηλευτικού προς ιατρικό προσωπικό (2013)	133
17.	Μεταδοτικές Ασθένειες	135
18.	Ποσοστά αυτοκτονιών 2007 – 2012	136
19.	Κάλυψη αναγκών Υγείας	139
20.	Κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας Υγείας	140
21.	Δυσκολίες πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη	141
22.	Συνέπειες των δυσκολιών πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη	142
23.	Euro Health Consumer Index 2006 – 2015	147

Περίληψη

Η Ευρώπη, τα τελευταία χρόνια, διανύει τη βαθύτερη οικονομική ύφεση από την εποχή του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Η αμφισβήτηση των σοβαρών συνεπειών της κρίσης, συνεπειών που εκδηλώνονται όχι μόνο στην οικονομία αλλά και στα πεδία της δημοκρατίας και των κοινωνικών δικαιωμάτων γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη.

Η κρίση είχε σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα. Μεταξύ άλλων: καλπάζουσα ανεργία, η οποία σε χώρες όπως η Ελλάδα έφτασε σε πρωτοφανή επίπεδα, υποβάθμιση της προστασίας του εργατικού δυναμικού, της κοινωνικής ασφάλισης και προστασίας· φορολογικές μεταρρυθμίσεις που εντείνουν τη φτώχεια και τον αποκλεισμό· πτώση του βιοτικού επιπέδου, συνήθως κάτω από το επίπεδο που θεωρείται επαρκές σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο· περιορισμοί στο υπέρτατο κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης η όξυνση των οικονομικών προβλημάτων σε μια οικονομική αγορά προκαλεί ντόμινο αντίστοιχων αντιδράσεων σε διεθνές επίπεδο με αντίστοιχες επιπτώσεις στο κοινωνικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, στην παρούσα μελέτη, αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης για την Ελλάδα, την ευρωπαϊκή χώρα που χτύπησε πιο σκληρά η κρίση, στην οποία καταδείχθηκαν ολοφάνερα τα αποτελέσματά της, ενώ η μετάβαση πραγματοποιήθηκε σε συντομότερο διάστημα σε σχέση με άλλες χώρες. Ένας από τους τομείς ο οποίος υφίσταται τις δυσμενέστερες επιπτώσεις της κατάστασης που σκιαγραφήθηκε συνοπτικά παραπάνω, είναι αυτός της υγείας. Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία.

Οι παραβιάσεις των Κοινωνικών Δικαιωμάτων, βάσει Διεθνών (Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών, Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα του ΟΗΕ), αλλά και Ευρωπαϊκών (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης) Καταστατικών Κειμένων, θεωρήθηκαν ως «αναγκαίο κακό» στη γενική διαχείριση της κρίσης.

Abstract

Europe, in recent years, is experiencing its deepest recession since the Second World War. The question of the serious consequences of the crisis, the consequences are manifested not only in economy but also in the fields of democracy and social rights is becoming increasingly difficult. The crisis has had serious and lasting repercussions on economic, social and cultural rights. Among others: galloping unemployment, which in countries such as Greece reached unprecedented levels, reduction of the protection of labor, social security and protection; tax reforms that intensify poverty and exclusion; impoverishment, usually under the level considered adequate in accordance with international law; limits on supreme social right to health. In the context of globalization, the deepening of economic problems in a financial market causes domino respective reactions at international level with corresponding effects on the social level and in health.

In this context, the present study analyzes the impact of the economic crisis for Greece, the European country hit hardest by the crisis, which clearly demonstrated effects, while the transition took place in a shorter time compared to other countries. One of the areas which suffered the harsh consequences of the situation briefly outlined above is that of health. A serious economic crisis, as this has a serious impact on health, causing problems in the financing of health systems, threatening the viability of private insurance companies and charged to the functioning of public health care units due to increased demand. The society and the welfare state to test the limits of their strength trying to manage their reduced budgets for health.

Violations of Social Rights under International (UN Charter, Covenant on Economic, Social and Cultural UN Rights) and European (EU Charter of Fundamental Rights, European Social Charter) constitutional text, considered as a "necessary evil" the general management of the crisis.

Εισαγωγή

Δεν θα αποτελούσε ίσως υπερβολή να ισχυρισθεί κανείς ότι η ιστορία του 20^{ου} αιώνα δεν είναι μόνο η ιστορία των τεχνολογικών επιτευγμάτων ή των δύο παγκοσμίων πολέμων, αλλά και η ιστορία του «κοινωνικού ανθρώπου». Κοινωνική διαμαρτυρία, κοινωνικές επαναστάσεις, πόλεμοι, κοινωνικά κινήματα συνέβαλαν στη συγκρότηση του «κοινωνικού» δίπλα στην οικονομία και στους φορείς της που ανέδειξε ο 19^{ος} αιώνας και αποκρυσταλλώθηκε στην θεσμοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων, την οργάνωση και ανάδειξη του κοινωνικού κράτους, τη διατύπωση κοινωνικών πολιτικών και γενικότερα την κατίσχυση ενός «κοινωνικού συμβολαίου» όπου το οικονομικό κριτήριο της μεγιστοποίησης του κέρδους συμβιβάστηκε με την ανάγκη νομιμοποίησης του συνολικού παραγωγικού συστήματος, την κοινωνική ειρήνη και τον ταξικό συμβιβασμό (Σακελλαρόπουλος, 2011).

Η εγγύηση των κοινωνικών δικαιωμάτων νομιμοποιεί μια βάση ανάπτυξης τη εθνικής και της υπερεθνικής κοινωνικής πολιτικής. Η έννοια του κοινωνικού δικαιώματος είναι ο πυρήνας της έννοιας της κοινωνικής πολιτικής (Βενιέρης, 2013). Η οικονομική κρίση όμως που βιώνουμε σήμερα, βάζει στον «οδοστρωτήρα» την έννοια των κοινωνικών δικαιωμάτων. Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην Παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση των εισοδημάτων των πολιτών.

Τα Κοινωνικά Δικαιώματα (σχήμα 1), όπως το Δικαίωμα στην εργασία, την παιδεία, την κοινωνική ασφάλιση και την υγεία έχουν μπει κάτω από τον οδοστρωτήρα μιας βαθιάς και καθολικής κρίσης (Παπαδοπούλου, 2012).

Για παράδειγμα, το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία που έχει δικαίως “*αξιακή προτεραιότητα σε σχέση με άλλα αγαθά*” (Παπακωνσταντίνου, 2007), έχει υποστεί σοβαρές μεταβολές τα τελευταία χρόνια, μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, τη μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας.

Για την Ελλάδα, οι συνέπειες της Παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είναι ακόμα πιο εμφανείς καθώς οι οικονομικές πολιτικές των τριών τελευταίων δεκαετιών έφεραν τη χώρα στα πρόθυρα της χρεοκοπίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τη συρρίκνωση των κεκτημένων κοινωνικών δικαιωμάτων και σε ορισμένες περιπτώσεις την οριστική εξάλειψή τους. Η οικονομική κρίση οδηγεί σε επισφαλή εργασία, ανεργία, και τελικά φτώχεια που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει την κρίση που βιώνουν, σε παγκόσμιο επίπεδο τα κοινωνικά δικαιώματα και πόσο αυτό επιδρά στον ευαίσθητο τομέα της υγείας των πολιτών, κυρίως της Ελλάδας, η οποία υπέστη την κρίση με ιδιαίτερη σφοδρότητα.

Αφενός, θ' αναδειχθεί πώς οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που τίθενται ως προϋποθέσεις για τη χρηματοδότηση παραβιάζουν τα κοινωνικά δικαιώματα, και αφετέρου θ' αποδειχθεί ότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα είναι πράγματι υπόλογες για τις ενέργειες της Τρόικας, με δεδομένο ότι δεσμεύονται από τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Την ίδια στιγμή, ωστόσο, και το ίδιο το ελληνικό κράτος οφείλει να προχωρήσει στην επικύρωση διεθνών συνθηκών για τα ανθρώπινα δικαιώματα στις οποίες δεν είναι συμβαλλόμενο μέρος, ενώ και η Δικαιοσύνη θα πρέπει να λάβει υπόψη ως σοβαρά νομολογιακά δεδομένα τις αποφάσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για παραβίαση θεμελιωδών Συμβάσεων Εργασίας, προχωρώντας στην ακύρωση όλων των μέτρων που θίγουν τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των εργαζομένων (Fischer – Lescano, 2014).

Πρόκειται για μια σύνθετη αλληλεπίδραση που διαμορφώνεται από ένα υβριδικό μοντέλο λήψης αποφάσεων που εξαρτάται από τις παγκόσμιες αγορές, καθορίζεται από τον υπερεθνικό δανεισμό και οιονεί εφαρμόζεται από την εθνική πολιτική διαχείριση, η οποία θυσιάζει την κοινωνία στο βωμό της οικονομίας και της αγοράς (Βενιέρης, 2012). Αποφάσεις που ελήφθησαν εν θερμώ, επιβλήθηκαν βίαια και βρίσκονται σε αντιδιαστολή με τη ραγδαία επιδεινούμενη κοινωνική πραγματικότητα. Η μελέτη βασίζεται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές και αναλύει τις ριζικές αλλαγές στην κοινωνική πολιτική την εποχή της κρίσης, σκιαγραφώντας τη δύναμη έκβασή τους στην κοινωνική ευημερία.

Το πρώτο κεφάλαιο κάτω από τον τίτλο «*Ο εννοιολογικός Προσδιορισμός των Κοινωνικών Δικαιωμάτων*», θέτει το πλαίσιο θεωρητικής ανάλυσης και κατανόησης των κοινωνικών δικαιωμάτων, καθώς και την ισχύ τους μέσα από τα Διεθνή καταστατικά κείμενα. Αναλύει τα Κοινωνικά Δικαιώματα και την Κοινωνική Πολιτική στη χώρα μας και αναπτύσσει την προβληματική που έχει τεθεί γύρω από αυτά.

Το δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο «*Το Κοινωνικό Δικαίωμα στην Υγεία*», περιλαμβάνει τον εννοιολογικό προσδιορισμό της υγείας, καθώς και διατάξεις τόσο στην ενωσιακή όσο και τη διεθνή έννομη τάξη, που εντάσσουν την υγεία αναμφίβολα στον πυρήνα της κρατικής υποχρέωσης για κοινωνική ασφάλεια. Επεξηγεί γιατί η υγεία είναι ένα «παγκόσμιο κοινωνικό αγαθό» και θέτει το πλαίσιο για το περιεχόμενο, τους φορείς και το αντικείμενο του Δικαιώματος στην Υγεία. Παρουσιάζει τέλος, τις βασικές παραμέτρους των ανισοτήτων στην Υγεία και πώς αυτές επηρεάζουν τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες των κρατών.

Το τρίτο κεφάλαιο με τίτλο «*Υποβαθμίζοντας τα Κοινωνικά Δικαιώματα. Το κόστος της λιτότητας στην Ευρώπη και την Ελλάδα*», αναφέρεται αρχικά στις επιπτώσεις που έχει η οικονομική κρίση στα κοινωνικά δικαιώματα, στην Κοινωνική Πρόνοια, στην Υγεία και στα Συστήματα Υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Κατά δεύτερον, αναλύει πώς και σε πιο βαθμό επηρέασε η οικονομική κρίση την Ελλάδα.

Το τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «*Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση*», εξετάζει αφενός τις πολιτικές υγείας στη χώρα μέχρι το 2010, και αφετέρου τις Μνημονιακές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, καθώς και τις συνέπειες αυτών, στο Σύστημα Υγείας και την Υγεία των Ελλήνων πολιτών.

Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο κάτω από τον τίτλο «*Συμπερασματικές Διαπιστώσεις*», αναφέρεται στα συμπεράσματα που προκύπτουν για την κρίση που βιώνουν τα Κοινωνικά Δικαιώματα στην εποχή μας και πώς η λιτότητα επηρεάζει τον τομέα της υγείας των Ελλήνων πολιτών.

Λέξεις – Κλειδιά: Κοινωνικά Δικαιώματα, Οικονομική κρίση, Υγεία, Παγκοσμιοποίηση, Κοινωνικό Κράτος, Ευρωπαϊκή Ένωση, Πολιτική Λιτότητας, Συστήματα Υγείας, Ανεργία, Φτώχεια.

Σχήμα 1: Τα Κοινωνικά Δικαιώματα



Κεφάλαιο 1

Ο Εννοιολογικός Προσδιορισμός των Κοινωνικών Δικαιωμάτων

«Δεν υπάρχει τίποτε πιο άνισο από την ίση μεταχείριση των ανίσων»

Αριστοτέλης

Μια προσεκτική προσέγγιση της ιστορικής διαμόρφωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων μπορεί να αποβεί πολλαπλά χρήσιμη –και κρίσιμη– για να φωτίσουμε τις σημερινές εξελίξεις:

Σε όλες τις ιστορικές κοινωνίες κάποια μορφή βοήθειας δινόταν στα πιο αδύναμα μέλη τους, με τη μορφή φιλανθρωπίας. Στην κλασική Ελλάδα, έχουμε παραδείγματα κρατικά χορηγούμενων βοηθημάτων, τα οποία όμως αποτελούσαν, ουσιαστικά, παρακολούθημα των πολιτικών δικαιωμάτων και δεν μπορούν να θεωρηθούν κοινωνικά, με τη σύγχρονη έννοια¹. Η γενεαλογία των κοινωνικών δικαιωμάτων ανάγεται στην Αγγλία του Ερρίκου του 8^{ου} αιώνα (Κατρούγκαλος, 2006).

Αργότερα ο αντίκτυπος της γαλλικής επανάστασης και ο φόβος επέκτασής της και από την άλλη μεριά της Μάγχης, ευνόησε για ένα σύντομο χρονικό διάστημα μια αναθεώρηση του συστήματος προς πιο ανθρωπιστικές κατευθύνσεις. Η απαίτηση για αλληλεγγύη και αδελφοσύνη που ήταν ένα από τα συναισθήματα του τρίπτυχου της γαλλικής Επανάστασης (Liberté, Egalité, Fraternité) επέβαλε από την αρχή την ιδεολογική αναγνώριση της αναγκαιότητας μέτρων κοινωνικής πρόνοιας. Η γαλλική Επανάσταση του 1789 ήδη προσέφερε ένα εναλλακτικό πρότυπο, υπό την επήρεια των πιο ριζοσπαστικών και πληβειακών στρωμάτων της (Κατρούγκαλος, 2006).

Τελικά, η οικοδόμηση του κράτους πρόνοιας, δηλαδή η ανάληψη από την δημόσια εξουσία λειτουργιών που να εγγυώνται την ελάχιστη επιβίωση του πληθυσμού σε συνθήκες ρύθμισης της οικονομίας της αγοράς, επιβλήθηκε σα νομοτελειακή αναγκαιότητα των νέων κοινωνικών σχέσεων που προέκυψαν από την

¹ Κατά τον Αριστοτέλη (Αθηναίων Πολιτεία, XIV) πάνω από 20.000 πολίτες έπαιρναν κάποια μορφή οικονομικής ενίσχυσης από την πολιτεία.

πλήρη επικράτηση της βιομηχανικής επανάστασης και του κεφαλαιοκρατικού συστήματος (Κατρούγκαλος, 2006).

Η ευρύτερη έννοια των δικαιωμάτων και ο ρόλος τους στο καπιταλιστικό σύστημα κυφορούν, στην ιστορική συνέχεια, θεμελιώδεις αντιφάσεις. Η αφετηρία των ατομικών δικαιωμάτων πηγάζει από την οριοθέτηση της ιδιωτικής περιουσίας. Παράλληλα, όμως, οικοδομούν εκ των πραγμάτων ένα πλαίσιο κοινωνικού ελέγχου – ανεξάρτητα από το εάν υποκρύπτονται ή όχι τέτοιοι απώτεροι στόχοι. Τα κοινωνικά δικαιώματα διασφαλίζονται από τη συλλογική κρατική εξουσία και διατηρούν πολιτικό χαρακτήρα. Ενώ είναι δυνατόν να προσεγγίζονται ως ατομικά, στην πράξη ορίζονται σε σχέση με υποχρεώσεις είτε εκείνων που είναι υπεύθυνοι για τη διασφάλισή τους είτε εκείνων που ωφελούνται από αυτά. Τα κοινωνικά δικαιώματα συχνότατα απηχούν διαπραγματεύσιμες συλλογικές απαιτήσεις κοινωνικών ομάδων (Esping – Andersen, 1985). Υποβόσκει διαρκώς εδώ ένας στη θεωρία εύλογος αλλά στην πράξη μάλλον αποπροσανατολιστικός διαχωρισμός (Βενιέρης, 2013) μεταξύ των δικαιωμάτων που αποβλέπουν στον κοινωνικό έλεγχο και εκείνων που απορρέουν από τους κοινωνικούς αγώνες. Διαχωρισμός με κυρίαρχη θέση στις θεωρητικές προσεγγίσεις ο οποίος μάλλον αποδίδει δυσανάλογη έμφαση στη μεταφορική αιτία σε σχέση με το κυριολεκτικό αποτέλεσμα. Διαχωρισμός ο οποίος αναπαράγεται δυναμικά, όταν προσεγγίζεται η σχέση κοινωνικών δικαιωμάτων και κοινωνικής πολιτικής.

Τα κοινωνικά δικαιώματα προσβλέπουν στην υποκατάσταση μιας ανταγωνιστικής και άνισης κοινωνίας από μια κοινωνία που προάγει την αλληλεγγύη και την ισότητα. Διαγράφουν τα ευαίσθητα όρια της ιδιότητας του πολίτη, έννοιας που κατ' αρχήν αντιμάχεται τους ταξικούς διαχωρισμούς. Καλλιεργούν ένα πνεύμα κοινωνικής συνοχής που – πέρα από τα αυτονόητα και αυθύπαρκτα ατομικά και κοινωνικά ωφελήματα – συνιστά ένα δομικό στοιχείο ανάπτυξης του σύγχρονου καπιταλιστικού συστήματος. Σύμφωνα με μια εστιασμένη οπτική το εξέχον κριτήριο για τα κοινωνικά δικαιώματα πρέπει να είναι ο βαθμός στον οποίο καθιστούν τους ανθρώπους ανεξάρτητους από τις δυνάμεις της αγοράς, αναφορικά με τις συνθήκες της ζωής τους και το εν γένει βιοτικό τους επίπεδο (Polanyi 1944, Esping – Andersen 1990). Σε κάθε περίπτωση, τα κοινωνικά δικαιώματα συναρθρώνουν τη ραχοκοκαλιά του κοινωνικού κράτους ευημερίας και, υπό μια θετική προσέγγιση, αναγκάζουν τα σύνορα της καπιταλιστικής ισχύος να υποχωρήσουν (Heimann, 1929).

Η διαμόρφωση, λοιπόν, των κοινωνικών δικαιωμάτων – ως συνάρτηση της ισότητας απέναντι στο νόμο και της ισότιμης πρόσβασης σε δημοκρατικές διαδικασίες – συνδέεται άμεσα με την ισότιμη παροχή μέσων για την πλήρη κοινωνική συμμετοχή. Η σύνθεση αστικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων αποφέρει την κατά Marshall «συνθετική κοινωνία» του «δημοκρατικού προνοιακού καπιταλισμού» (1981). Η πρώτη αποτελεί προϋπόθεση της ανάπτυξης του δεύτερου. Μια σταθερά αξιοπρεπής ισορροπία μεταξύ οικονομίας και κοινωνικών δικαιωμάτων σπανίως επιταχύνεται – οι οικονομικές ελευθερίες συνεχίζουν να καθορίζουν το πλαίσιο που θα κινηθούν οι κοινωνικές διεκδικήσεις. Μια ισόρροπη, επίσης, ανάπτυξη μεταξύ αστικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων εξακολουθεί να αποτελεί μάλλον στόχο, παρά πραγματικότητα. Βεβαίως η πορεία ανάπτυξης των κοινωνικών δικαιωμάτων συμπορεύεται με την τάση ανάπτυξης των ανισοτήτων που παράγει το καπιταλιστικό σύστημα. Η μαρσαλιανή εξιδανικευμένη «σύνθεση» οικονομικής ανάπτυξης, πολιτικής δημοκρατίας και κοινωνικής συμμετοχής παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό στη σφαίρα της προσδοκίας για τους θιασώτες ή της υπεραπλούστευσης για τους επικριτές (Βενιέρης, 2013).

Εν ολίγοις η ιστορική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι η φύση των κοινωνικών δικαιωμάτων είναι δυναμική και διαμορφώνεται σε συνάρτηση με τρεις κυρίας στρατηγικές παραμέτρους νομιμοποίησης. Πρώτον, τους ηθικούς κανόνες και τα κοινωνικά πρότυπα που διέπουν την κοινωνία. Δεύτερον, τις ιδεολογικές αντιλήψεις και τις αντικειμενικές δυνατότητες που χαρακτηρίζουν την οικονομία. Τρίτον, τις διαδικασίες και τις προτεραιότητες που δεσμεύουν την πολιτική (Βενιέρης, 2013).

1.1 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα

Όλοι έχουν λόγο για την αξία των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Φιλελεύθεροι, συντηρητικοί, μαρξιστές, σοσιαλιστές, αναρχικοί, χριστιανοί, μουσουλμάνοι, ινδουιστές, βουδιστές, άθεοι και τόσοι άλλοι. Πέρα όμως από τις διαφορές τους, όλοι πρέπει τελικά να απολήγουν σε κοινές σημασιακές και ουσιαστικές τοποθετήσεις, τις οποίες οι κυβερνήσεις και οι λαοί οφείλουν να κατανοούν και να τιμούν. Το ζήτημα είναι αν τα διεθνή κείμενα και οι διαδικασίες προσεγγίζουν ένα κοινό παρονομαστή, ιδίως με την παρατηρούμενη σήμερα ρητορεία σε πλήθος τομέων των διεθνών σχέσεων. Όταν δεν ανευρίσκεται κοινός παρονομαστής – νόμος κοινός κατά φύσιν –

τότε, είτε η διεθνής ρύθμιση είναι χαλαρότερη εκείνης που έχει ανάγκη μια κοινωνία για να εξελιχθεί αρμονικά, αφού εδώ το θεμελιώδες είναι και στοιχειώδες, είτε η στάθμη της προστασίας έχει τοποθετηθεί σε τέτοια ψηλά επίπεδα, που την καθιστούν για πολλούς ανεφάρμοστη (Reteln, 1990).

Συνήθως κοινωνικά θεωρούνται τα δικαιώματα που αφορούν αποκλειστικά τη χορήγηση κοινωνικών παροχών, οικονομικών αγαθών ή υπηρεσιών (Μάνεσης, 1995). Στο πλαίσιο αυτό, κοινωνικό είναι κάθε δικαίωμα που συνεπάγεται κρατική παροχή ή, εν πάση περιπτώσει, θετική ενέργεια. Ο ορισμός αυτός ανάγεται στην κλασσική γερμανική νομική δογματική και ιδίως στο Jellinek. Κατά το μεγάλο αυτό συγγραφέα, υποκειμενικό δικαίωμα είναι η εξουσία εκείνη που προστατεύεται από την έννομη τάξη και επιτρέπει στο άτομο να απαιτήσει από το κράτος αποχή, παροχή ή συμμετοχή. Το είδος της απαίτησης καθορίζει και το καθεστώς τους σε *status negatives*, *positives* και *actives*, που προσδιορίζει, αντίστοιχα, τριών ειδών δικαιώματα: τα ατομικά, τα κοινωνικά και τα πολιτικά (Κατρούγκαλος, 2006).

Τα κοινωνικά δικαιώματα δεν είναι «*παρωνυχίδες*» ούτε πολυτέλεια του ανθρώπου. Αφορούν βασικές πλευρές της ζωής του, την εργασία, την υγεία, τη στέγαση, την παιδεία, τη μητρότητα, τα γηρατειά, το περιβάλλον. Αναφέρονται δηλαδή σε θεμελιώδεις ανάγκες του ανθρώπου και επιδιώκουν να εξασφαλίσουν όχι απλώς την επιβίωση αλλά αξιοπρεπείς όρους ύπαρξης εργασίας και διαβίωσης, μ' άλλα λόγια το «ευ ζην». Η εξασφάλιση αυτού του «ευ ζην», παράλληλα με τη συλλογική ασφάλεια, είναι ουσιώδης αποστολή του δικαιικού συστήματος και χωρίς αναφορά σ' αυτό δεν είναι νοητή η έννοια του «*γενικού συμφέροντος*» που ο Αριστοτέλης αναγνώριζε ως σκοπό του δικαίου (Αλιπράντης, 2005). Το αγαθό, το οποίο υπηρετούν τα δικαιώματα αυτά, είναι κυρίως η κοινωνική δικαιοσύνη αποτελούν κατά τούτο έκφραση του κοινωνικού κράτους (Μάνεσης, 1981).

1.2 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα με βάση καταστατικά Διεθνή Κείμενα

Από την πλευρά του το Μάρτιο 1971, ο Rene Cassin – βραβείο Nobel ειρήνης για το 1968 και ιδρυτής του Διεθνούς Ινστιτούτου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στο Στρασβούργο – όρισε την επιστήμη των δικαιωμάτων του ανθρώπου

«...ως ένα ειδικό κλάδο κοινωνικών επιστημών που έχει ως αντικείμενο τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ του ανθρώπου, σε συνάρτηση με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, με τον προσδιορισμό των δικαιωμάτων και των δυνάμεων, το σύνολο των οποίων είναι αναγκαίο για την ανάπτυξη της προσωπικότητας κάθε ανθρώπινου όντος».

Τα δικαιώματα του ανθρώπου, σήμερα – 68 χρόνια από την υιοθέτηση της πολυσήμαντης Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το 1948 – φαίνεται να σχηματοποιούνται, ως εικόνα, περιεχόμενο και εφαρμογή, με όρους ενός σύνθετου νομικού και πολιτικού λόγου που περιλαμβάνει: τη συνθηματολογία και ιδεολογία, στον αγώνα και τις διεκδικήσεις, την ηθική και την ανατροπή, την πράξη και την υποκρισία των δυο μέτρων, τις επιλεκτικές επιλογές και τις διακρίσεις, τις μαζικές παραβιάσεις, το εγώ – εμείς και την ετερότητα των άλλων, το άτομο και τις συλλογικότητες προσώπων, αλλά και τους κανόνες δικαίου, τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες, θεσμικές και μη, σ’ εθνικό και διεθνές επίπεδο, όπως και τη διάσταση της εξωτερικής πολιτικής κρατών και Διεθνών Οργανισμών σ’ αυτό το πεδίο (Περράκης, 2013).

Σ’ αυτήν την διαδρομή της διεθνούς κοινότητας μετά τον Β’ Παγκόσμιο πόλεμο, διαμορφώθηκε και αναπτύχθηκε ένα εντυπωσιακό corpus κανόνων και αρχών, το διεθνές δίκαιο δικαιωμάτων του ανθρώπου. Εκατοντάδες διεθνείς πράξεις, συμβατικές και μη, συνέθεσαν ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο νομικό πλαίσιο που άλλαξε καθοριστικά τα δεδομένα στις εθνικές κοινωνίες και τη θέση του ατόμου και ομάδων σ’ αυτές και στο διεθνές πεδίο, χάριν κυρίως στη διεθνή δράση κρατών και διεθνών οργανισμών (Περράκης, 2013).

Ωστόσο, μέσα σ’ αυτό το ιστορικό πλαίσιο και μέσα από τη μεταβλητή γεωμετρία των διεθνών δεσμεύσεων των Κρατών, που αμβλύνει την, αρχικά συνολικά, θετική εικόνα εξελίξεων στο επίπεδο των επιτεύξεων, αναδύεται – μελαγχολική διαπίστωση – ένα σοβαρό «έλλειμμα εφαρμογής» των δικαιωμάτων του ανθρώπου κάτι που μεγεθύνεται επικίνδυνα, ιδίως όταν ο διακηρυκτικός λόγος προθέσεων δεν μετουσιώνεται σε πολιτική για την καταπολέμηση των διακρίσεων, την προάσπιση των δικαιωμάτων των παιδιών, των γυναικών, των μεταναστών, των προσφύγων, των μειονοτήτων, των αυτοχθόνων κ.λπ., εκεί που οι αρχές της Οικουμενικής Διακήρυξης του 1948 χάνονται μέσα στις επιλογές μη δημοκρατικών καθεστώτων, μέσα στις πολύμορφες ένοπλες συρράξεις διεθνούς και μη χαρακτήρα,

την ατιμωρησία υπευθύνων για παραβιάσεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου και ανθρωπιστικού δικαίου, με τις ακροβασίες της αντιτρομοκρατικής υστερίας πάνω στο νέο καμβά αντιλήψεων για την ασφάλεια. Έτσι, σήμερα, έντονα και πιεστικά, σ' ευρεία κλίμακα και χώρο, τίθενται θέματα δημοκρατικού ελλείμματος, απουσίας κράτους δικαίου και παραβίασης των δικαιωμάτων του ανθρώπου (Περράκης, 2013).

Κι αν η κατάσταση στις λεγόμενες δημοκρατικές χώρες, με «δυτικές» λογικές και πολιτικές παρουσιάζεται μέχρι ένα σημείο συγκριτικά πολύ καλύτερη, οι αδυναμίες και τα ελλείμματα νομοθεσιών και ιδίως πολιτικών, καθιστούν προβληματικό τον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου και ιδίως των μειονοτήτων. Οι καλές προθέσεις και διακηρύξεις – όπως καταγράφονται σε διεθνή fora – δείχνουν, σωστά, τον δρόμο που πρέπει να ακολουθηθεί από τα μέλη της διεθνούς κοινότητας, αλλά αυτό μένει να υλοποιηθεί και στην πράξη (Περράκης, 2013).

1.2.1 Ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ)

Η εμφάνιση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στη διεθνή έννομη τάξη χαράσσει μια νέα εποχή για τα δικαιώματα του ανθρώπου. Ο Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού, που υπογράφηκε στο San Francisco, στις 26 Ιουνίου 1945, και ο οποίος αποτελεί το ιδεολογικό αποκρυστάλλωμα των αρχών που διέπουν τις διεθνείς σχέσεις στη μεταπολεμική διεθνή κοινωνία, επιχειρεί και την πρώτη, επίσημη, ρητή είσοδο των δικαιωμάτων του ανθρώπου στο διεθνές δίκαιο.

Ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών ενσωματώνει μια σειρά διατάξεων αναφορικά με τα δικαιώματα του ανθρώπου. Οι διατάξεις αυτές εκφράζουν την επιθυμία των Ηνωμένων Εθνών να ευνοήσουν το σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου, καθώς και τη φροντίδα τους για την αναγνώριση της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας σε όλες τις χώρες.

Έτσι στο προοίμιο του ο Χάρτης αναφέρει ότι οι λαοί των Ηνωμένων Εθνών *«είναι αποφασισμένοι να διακηρύξουν εκ νέου την πίστη τους στα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, στην αξιοπρέπεια και την αξία του ανθρώπου, στην ισότητα των δικαιωμάτων ανδρών και γυναικών και εθνών, μεγάλων και μικρών...»* (Περράκης, 2009).

Ο σεβασμός και η προαγωγή των δικαιωμάτων του ανθρώπου διαποτίζουν καίριες καταστατικές διατάξεις και συγκροτούν ένα βασικό άξονα του Χάρτη, μια και η διεθνής ειρήνη – στη διασφάλιση της οποίας εντοπίζεται το κέντρο βάρους του Χάρτη – δεν μπορεί να υπάρξει, εφόσον η καταπίεση, η αδικία ή ο οικονομικός κίνδυνος λυμαινόνται τον κόσμο (Μανωλοπούλου - Βαρβιτσιώτη, 1986).

Όργανα και μέθοδοι προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου στο σύστημα των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ)

Η υιοθέτηση της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ) δεν οριοθέτησε μόνο μια νέα περίοδο στη μεταπολεμική διεθνή έννομη τάξη στον τομέα των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Αποτέλεσε για τα Ηνωμένα Έθνη – και επέκεινα τους περιφερειακούς διεθνείς οργανισμούς – την απαρχή ενός πολυδιάστατου και σημαντικού έργου παραγωγής κανόνων προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Μέσα από μια συνεχόμενη νομοπαραγωγική διαδικασία, τα Ηνωμένα Έθνη κατήρτισαν μια εκτεταμένη σειρά πράξεων, κυρίως διακηρύξεις και συμβάσεις, αλλά και αποφάσεις, γενικές και ειδικές, που καλύπτουν τα δικαιώματα του ανθρώπου, αλλά και τα δικαιώματα ομάδων ατόμων ή κατηγοριών. Οι πράξεις αυτές, πέρα των ουσιαστικών διατάξεων που αναγνωρίζουν κι εγγυώνται την προαγωγή και προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου, εγκαθιδρύουν μεθόδους για τον έλεγχο της εφαρμογής των δικαιωμάτων που προστατεύονται και θεσμοθετούν όργανα που αναλαμβάνουν αυτόν τον έλεγχο. Το Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σε πλήρη ανάπτυξη από το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, αποτελεί σήμερα, ίσως το πλέον δυναμικό κλάδο του διεθνούς δικαίου, με καταλυτικές επιδράσεις, συνολικά, στη διεθνή δικαιοταξία (Cancado – Trindade 2012, Gomez Isa & De Feyter 2009).

Στο θεσμικό πλαίσιο προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου στον ΟΗΕ και στο σύστημα των Ηνωμένων Εθνών παρεμβαίνει μια σειρά από όργανα – με διαφοροποιημένη αρμοδιότητα και μεθοδολογία δράσης.

α) Η Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΑ)

Περιορισμένης συνθέσεως όργανο, εκλεγμένο από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ECOSOC), η ΕΔΑ ύστερα από ένα εντυπωσιακό, πολυσχιδές δίχρονο έργο, έπαψε να λειτουργεί το 2006. Το έργο της περιλαμβάνει, μεταξύ πολλών, την επεξεργασία σημαντικών πράξεων, όπως η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ), την υιοθέτηση εκατοντάδων εκθέσεων, αποφάσεων, την εξέταση μιας ευρύτατης θεματολογίας δικαιωμάτων του ανθρώπου, με πρωτοποριακά στοιχεία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια κατακρίθηκε ως πολιτικοποιημένο και μεροληπτικό όργανο, με αποτέλεσμα να μειωθεί η αξιοπιστία του και να χάσει έδαφος μέσα στην όλη αρχιτεκτονική δικαιωμάτων του ανθρώπου των ΗΕ.

Την ΕΔΑ αντικατέστησε το Συμβούλιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Νάσκου – Περράκη, 2009).

β) Το Συμβούλιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΣΔΑ)

Η απόφαση για τη θεσμοθέτηση του Συμβουλίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σε αντικατάσταση της ΕΔΑ, ασφαλώς συνιστά τη σημαντικότερη θέση σε επίπεδο θεσμών και πολιτικής για την προαγωγή και προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου σε οικουμενικό επίπεδο. Πέρα από τις επιφυλάξεις αναφορικά με την επιλογή των Ηνωμένων Εθνών, αντί για βελτίωση της λειτουργίας της ΕΔΑ, να προχωρήσει στην «εξαφάνιση» της, γίνεται φανερό ότι γύρω από το νεοπαγές Συμβούλιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΣΔΑ) και, δευτερευόντως, τον Ύπατο Αρμοστή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΥΑΔΔ) δομείται το νέο πλαίσιο για τον διεθνή έλεγχο των υποχρεώσεων των κρατών σχετικά με τα δικαιώματα του ανθρώπου. Οι νέες οριοθετήσεις διαδικασιών και μέσων, καθώς και ανακατανομής έργου των οργάνων στην αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων που επιχειρείται, ασφαλώς αποτελεί μια δύσκολη άσκηση για τα Ηνωμένα Έθνη. Το σύνθετο έργο της ΣΔΑ είναι αυτό της προαγωγής, της προστασίας και της πρόληψης. Ο χαρακτηρισμός αυτός συνδέεται από – κατά συρροή επαναλαμβανόμενες, από την Παγκόσμια Διάσκεψη της Βιέννης του 1993 και μετά – αναφορές «κλισέ» για τα δικαιώματα του ανθρώπου: περί του «οικουμενικού» χαρακτήρα τους, του «αδιαίρετου», της «μη διάκρισης», της «μη επιλεκτικότητας». Το ΣΔΑ αποσκοπεί στη διασφάλιση της αποτελεσματικής απόλαυσης «για όλους», όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου, του διεθνούς διαλόγου και της συνεργασίας.

Το ΣΔΑ ανέλαβε την ουσιαστική προώθηση, σε οικουμενικό επίπεδο, του αποτελεσματικού σεβασμού των δικαιωμάτων του ανθρώπου, χωρίς διακρίσεις και διπλά standards. Το γεγονός ότι όλα τα μέλη του ΟΗΕ περνούν από τον έλεγχο του ΣΔΑ, αποτελεί μια σημαντική εξέλιξη στη διαχείριση του ευαίσθητου ζητήματος της συμμόρφωσης τους προς τις διεθνείς δεσμεύσεις δικαιωμάτων του ανθρώπου (Περράκης, 2000).

γ) Ο/Η Ύπατος Αρμοστής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΥΑΔΔ)

Ο θεσμός του ΥΑΔΔ εγκαθιδρύθηκε με την Απόφαση της ΓΣ/ΗΕ A/Res/48/141 της 20^{ης} Δεκεμβρίου 1993, με εντολή να ενεργεί για την προώθηση και προστασία όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου, ατομικών και πολιτικών, κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών καθώς και του δικαιώματος της ανάπτυξης. Δραστηριοποιείται, επίσης και στο πεδίο του ανθρωπιστικού δικαίου (ΔΑΔ), όπου μπορεί να παρεμβαίνει για ζητήματα εφαρμογής του, ιδίως όσον αφορά ορισμένες καταστάσεις στη διάρκεια ενόπλων συρράξεων και τη μεταχείριση των αμάχων, γυναικών και παιδιών, αιχμαλώτων πολέμου. Σε σύντομο χρονικό διάστημα, ο θεσμός επιβλήθηκε και κατέχει πλέον μια δεσπόζουσα θέση στην όλη αρχιτεκτονική δικαιωμάτων του ανθρώπου του ΟΗΕ. Αναδεικνύεται δε πλέον, σε καθοριστικό παράγοντα – συντονιστή πολλών δράσεων προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου σ' επίπεδο ΗΕ, και σε διοργανικό επίπεδο (Περράκης, 1992).

δ) Διεθνές Δικαστήριο (ΔΔ) και Δικαιώματα του ανθρώπου

Ιδιαίτερη είναι η θέση και ο ρόλος του Διεθνούς Δικαστηρίου σε ζητήματα δικαιωμάτων του ανθρώπου (Goy, 2002) κι αφού, προπολεμικά, το Διεθνές Δικαστήριο Διαρκούς Δικαιοσύνης (ΔΔΔΔ) είχε επισταμένως επιληφθεί ζητημάτων μειονοτήτων. Το Διεθνές Δικαστήριο (ΔΔ) σε σειρά υποθέσεων και μέσα από την ποικιλία των διαφορών ή των αιτημάτων γνωμοδότησης, με την εξελισσόμενη νομολογία του, φώτισε πολλές όψεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου (Περράκης, 2001).

Οι ειδικευμένες για τα δικαιώματα του ανθρώπου οργανώσεις των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ)

Σημαντικό είναι το έργο των ειδικευμένων οργανώσεων των Ηνωμένων Εθνών στο πεδίο της προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου κι ειδικά της UNESCO και της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ΔΟΕ).

Σ' αυτήν την κατηγορία συμβατικών πράξεων στο χώρο της UNESCO, περιλαμβάνεται, κυρίως, η Σύμβαση περί απαγορεύσεως των διακρίσεων στην εκπαίδευση (1960), και το Πρωτόκολλο για τη σύσταση επιτροπής συνδιαλλαγής και καλών υπηρεσιών για τη διευθέτηση των διαφορών που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των Κρατών Μερών στη Σύμβαση περί απαγορεύσεως των διακρίσεων στην εκπαίδευση. Και οι δύο πράξεις, με 92 και 33 επικυρώσεις αντίστοιχα δεν δεσμεύουν την Ελλάδα (Χατζηκωνσταντίνου, 1982).

Στο επίπεδο της ΔΟΕ, το πολυσήμαντο συμβατικό της έργο – με περισσότερες από 185 διεθνείς συμβάσεις – καλύπτει τους εργαζομένους και τους μετανάστες εργαζομένους (Περράκης, 2009).

1.2.2 Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ)

Η ιδέα ορισμένων αντιπροσωπειών στη διάσκεψη του San Francisco να ενσωματωθεί στο Χάρτη ΟΗΕ και μια διακήρυξη δικαιωμάτων του ανθρώπου δεν μπόρεσε να πραγματοποιηθεί. Το έργο της κατάρτισης μιας τέτοιας διακηρύξεως ανέλαβε, τελικά, το 1947, η Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, όργανο που δημιουργήθηκε από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, σύμφωνα με την επιταγή του άρθρου 68 Χάρτη ΟΗΕ (Περράκης, 2013).

Στην κορυφαία αυτή καμπή του έργου των ΗΕ, ο άνθρωπος γίνεται δέκτης δικαιωμάτων που του αναγνωρίζουν τα Κράτη, αυτή δε η πολιτειακή δέσμευση ανάγεται στο πεδίο της διεθνούς έννομης τάξεως. Το άτομο, «ο ξεχασμένος άνθρωπος του 20^{ου} αιώνα» (Landheer), έκανε αποφασιστικά - πλέον - την είσοδό του στη διεθνή σκηνή, ένα νέο «κοινωνικό συμβόλαιο» συνέδεε πλέον τα άτομα με τη διεθνή κοινότητα.

Τα φιλόδοξα σχέδια της Επιτροπής Δικαιωμάτων του Ανθρώπου περιελάμβαναν άλλα δύο συνοδευτικά μέρη, εκτός της διακηρύξεως: μια σύμβαση δικαιωμάτων του ανθρώπου και ένα μηχανισμό μέτρων εφαρμογής. Και οι τρεις διαστάσεις του προγράμματος συνολικά, ανταποκρίνονταν στη βούληση εγκαθιδρύσεως από τα ΗΕ ενός διεθνούς χάρτη δικαιωμάτων του ανθρώπου τελικά,

ύστερα από πολυκύμαντη επεξεργασία του πρώτου σκέλους των σχεδίων, η Επιτροπή κατέληξε σε ένα κείμενο με βάση το οποίο η Τρίτη Σύνοδος της Γενικής Συνελεύσεως του ΟΗΕ υιοθέτησε, στις 10 Δεκεμβρίου 1948, χωρίς αρνητική ψήφο, την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ). Επτά χώρες απείχαν (ΕΣΣΔ, Γιουγκοσλαβία, Ουγγαρία, Ουκρανία, Μογγολία, Πολωνία, Λευκορωσία), ενώ δύο (Ν. Αφρική, Σαουδική Αραβία), δεν συμμετείχαν στην ψηφοφορία.

Η Οικουμενική Διακήρυξη του 1948, που αυτοπροσδιορίζεται «ως το κοινό ιδανικό που πρέπει να επιδιώκεται από όλους τους λαούς και όλα τα Έθνη...», με την ένταξή της στη διεθνή έννομη τάξη έδωσε το ιδεολογικό και νομικό έναυσμα για τη διαμόρφωση και την ανάπτυξη της διεθνούς προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του ανθρώπου (Δασκαλάκης, 1953).

1.2.3 Τα Διεθνή Σύμφωνα περί Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Στο συμβατικό έργο των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του ανθρώπου ιδιαίτερα σημαντική θέση κατέχουν, λόγω του γενικού χαρακτήρα τους, τα δύο Σύμφωνα περί δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Αν οι προπαρασκευαστικές εργασίες της ΟΔΔΑ συμπληρώθηκαν εντός διετίας, δεν συνέβη το ίδιο με την προπαρασκευή των σχεδίων των δύο Συμφώνων που θα υλοποιούσαν τις άλλες πτυχές αυτού που ονομάστηκε «*Διεθνής Χάρτης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*». Τελικά, ύστερα από μακρότατες διεργασίες, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ ενέκρινε στις 16 Δεκεμβρίου 1966 το Διεθνές Σύμφωνο περί οικονομικών, κοινωνικών και μορφωτικών δικαιωμάτων και το Διεθνές Σύμφωνο περί ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων καθώς και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο σχετικά με το Διεθνές Σύμφωνο περί ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων.

α) Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά (Μορφωτικά) Δικαιώματα

Το Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα (ΔΣΟΚΜΔ) τέθηκε σε ισχύ στις 3 Ιανουαρίου 1976. Έχει επικυρωθεί από 160 Κράτη συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδος. Η χώρα μας το επικύρωσε στις 16 Αυγούστου 1985.

Ήδη, στο προοίμιο του Συμφώνου υπενθυμίζεται η υποχρέωση, που επιβάλλει ο Χάρτης των Ηνωμένων Εθνών, στα Κράτη να προωθούν τον παγκόσμιο σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου, ενώ αναγνωρίζεται ότι το ιδανικό των ανθρώπινων υπάρξεων που είναι ελεύθερες και απαλλαγμένες από το φόβο και τη δυστυχία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, παρά μόνο εφόσον δημιουργηθούν εκείνες οι προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν στον καθένα ν' απολαμβάνει τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματά του καθώς και τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα. Το εν λόγω Σύμφωνο προβλέπει την υποχρέωση των Κρατών, που συμβάλλονται σ' αυτό, για την προώθηση της πραγματοποίησης του δικαιώματος αυτοδιάθεσης των λαών και το σεβασμό του.

Το Σύμφωνο θεσμοθετεί και ένα σύστημα ελέγχου των μέτρων που λαμβάνουν τα Κράτη – μέρη για τη διασφάλιση του σεβασμού των δικαιωμάτων που εγγυάται. Το σύστημα αυτό, εμπνευσμένο από αντίστοιχους μηχανισμούς που εφαρμόζει το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ και βέβαια η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, βασίζεται σε εκθέσεις που υποβάλλουν τα κράτη μέρη στον Γενικό Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών. Ο τελευταίος διαβιβάζει αντίγραφο των εκθέσεων στις ειδικευμένες οργανώσεις του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών. Οι εκθέσεις υποβάλλονται σταδιακά, με βάση χρονοδιάγραμμα που συντάσσει το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, σε προθεσμία ενός έτους από τότε που αρχίζει να ισχύει το Σύμφωνο έναντι των συμβαλλόμενων Κρατών. Στις εκθέσεις αναφέρονται και οι παράγοντες που δυσχεραίνουν στα Κράτη – μέρη την πλήρη εκπλήρωση των υποχρεώσεων τους που απορρέουν από το Σύμφωνο. Η Ελλάδα υπέβαλε μια πρώτη έκθεση με καθυστέρηση πολλών ετών. Οι εν λόγω εκθέσεις, αρχικά, αφορούσαν, μόνο δικαιώματα του Συμφώνου. Όμως, το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο αποφάσισε, το 1988, να τροποποιήσει το πρόγραμμα υποβολής εκθέσεων. Έκτοτε, τα Κράτη μέρη πρέπει να υποβάλουν μια συνολική έκθεση από τη θέση σε ισχύ του Συμφώνου έναντι τους, και κατόπιν μια έκθεση ανά πενταετία (Περράκης, 2007).

Το Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα μπορεί να περιλαμβάνει δικαιώματα που δεν προστατεύονται κατ' αρχάς δικαστικά όπως τα άλλα ατομικά δικαιώματα, αλλά αυτό δεν μειώνει τη σημασία του. Μαζί με το «δίδυμο» του για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα επηρέασαν βαθιά, όχι μόνο το έργο των Ηνωμένων Εθνών, αλλά και τη δράση ατόμων και κυβερνήσεων σ' όλον

τον πλανήτη. Οι διατάξεις του αποτελούν τη βάση και την αιτιολογία μιας σειράς αποφάσεων που λήφθηκαν μέσα στο σύστημα των Ηνωμένων Εθνών, ή ενέπνευσαν τη θέσπιση μιας σειράς πράξεων για τα δικαιώματα του ανθρώπου και πέρα από τα όρια δράσης του ΟΗΕ, μέσα σ' άλλο θεσμικό σύνολο διακρατικής συνεργασίας σε περιφερειακό επίπεδο, αλλά ακόμη και στην κατάρτιση νομοθετικών κειμένων σε εθνικό επίπεδο.

Πάντως, ανεξάρτητα από τον υψηλό αριθμό των επικυρώσεων του Συμφώνου σήμερα, είναι γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς κοινότητας μένει ακόμη μακριά από τις διεθνείς δεσμεύσεις στο πεδίο της προστασίας και προαγωγής των κοινωνικών δικαιωμάτων του ανθρώπου. Σ' αυτό το επίπεδο οι προσπάθειες πρέπει να ενταθούν, ώστε σύντομα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της γης, ν' απολαμβάνει ουσιαστικά αυτά τα δικαιώματα. Τούτο προσλαμβάνει χαρακτήρα επείγοντος τα τελευταία έτη, όπου ύφεση και πολύπλευρη κρίση οικονομική, νομισματική, κοινωνική δοκιμάζουν τις αντοχές λαών και χωρών στην Ευρώπη κι άλλες χώρες του πλανήτη (Περράκης, 2013).

β) Το Διεθνές Σύμφωνο περί ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων και τα Πρωτόκολλά του

Το εν λόγω Σύμφωνο, όπως και το δίδυμο του για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, χρειάστηκε 10 χρόνια για να τεθεί σε ισχύ (23 Μαρτίου 1976). Μέχρι σήμερα έχει επικυρωθεί από 167 κράτη συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας.

Πρόκειται για εξαιρετικής σημασίας συμβατικό κείμενο προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Πρώτον γιατί, με οικουμενική εμβέλεια εγγυάται έναν ευρύ κατάλογο ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων, επιχειρώντας να προωθήσει σ' όλες τις χώρες –ω μέλη του ΟΗΕ τα βασικά πρότυπα δικαιωμάτων του ανθρώπου και την εφαρμογή τους. Δεύτερον, γιατί εγκαθιδρύει έναν διπολικό μηχανισμό ελέγχου του σεβασμού των δικαιωμάτων που κατοχυρώνει. Ο μηχανισμός αυτός έχει ιδιαίτερη – νομική – σημασία, αφού κινείται σε οικουμενικό επίπεδο και επηρεάζει – άμεσα και έμμεσα – τα κράτη μέρη του Συμφώνου.

Το ένα σκέλος του μηχανισμού, έχει ως αφητηρία το *(πρώτο) Προαιρετικό Πρωτόκολλο* στο Σύμφωνο, που εισαγάγει την ατομική αναφορά για παραβιάσεις

των δικαιωμάτων που εγγυάται το Σύμφωνο. Το Πρωτόκολλο υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών στις 16 Δεκεμβρίου 1966 και τέθηκε σε ισχύ στις 23 Μαρτίου 1976. Σήμερα έχει επικυρωθεί από 114 χώρες.

Το Σύμφωνο συμπληρώνεται από ένα *δεύτερο πρόσθετο Πρωτόκολλο* σχετικά με την κατάργηση της θανατικής ποινής που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ στις 15 Δεκεμβρίου 1989. Έχει επικυρωθεί από 75 χώρες και τέθηκε σε ισχύ στις 11 Ιουλίου 1991.

Το Σύμφωνο και τα δύο Πρωτόκολλα τέθηκαν σε ισχύ για την Ελλάδα στις 5 Αυγούστου 1997 (Περράκης & Μαρούδα, 2006).

Βασικό συστατικό στοιχείο του λεγόμενου «*Χάρτη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*» και συμβατικό συμπλήρωμα – θα έλεγε κανείς – της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΟΔΔΑ), το Σύμφωνο περιλαμβάνει μία εκτενή απαρίθμηση των κλασικών δικαιωμάτων του ανθρώπου, με οριοθετήσεις ως προς τις εφαρμογές τους (περιεχόμενο, έκταση εφαρμογής, περιορισμοί). Σ' ένα πρώτο μέρος, αναγορεύει την αυτοδιάθεση του λαού σε συλλογικό δικαίωμα με δύο όψεις: μία ελεύθερου προσδιορισμού του πολιτικού καθεστώτος τους και μία της ελεύθερης διάθεσης των πλουτοπαραγωγικών πόρων τους. Ακολούθως, σ' ένα δεύτερο μέρος, το Σύμφωνο καταγράφει μια σειρά από αρχές που διέπουν το πεδίο εφαρμογής των δικαιωμάτων που αναγνωρίζει. Έτσι, αρχικά προβλέπει την αρχή της μη διάκρισης για λόγους φυλής, φύλλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων κλπ. Κατά την εγγύηση των δικαιωμάτων όλων των ατόμων που εμπίπτουν στη διαδικασία των κρατών – μερών, ενώ διασφαλίζεται η ισότητα ανδρών και γυναικών ως προς την απόλαυση όλων των εγγυημένων από το Σύμφωνο δικαιωμάτων.

Πρέπει, τέλος να σημειωθεί, ότι τα εν λόγω δικαιώματα και ελευθερίες έχουν τύχει μίας συστηματικής ερμηνείας από την Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Συμφώνου κατά τη διάρκεια του ελεγκτικού της έργου. Η ίδια συνεισφέρει πολλά στην ερμηνεία του περιεχομένου των εγγυημένων από το Σύμφωνο δικαιωμάτων, μέσω των Γενικών Σχολίων που αποτελούν για τα συμβαλλόμενα κράτη ένα σημαντικό οδηγό ως προς την εφαρμογή τους. Μέχρι σήμερα, η Επιτροπή έχει καλύψει με τα Γενικά σχόλια της ζητήματα όπως: το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, η ίση απόλαυση πολιτικών και ατομικών δικαιωμάτων από άνδρα και γυναίκα, όροι

σύμφωνα με τους οποίους τα κράτη μέρη μπορεί να αναστείλουν τις υποχρεώσεις τους σε περίπτωση κινδύνου, το δικαίωμα στη ζωή, οι ανθρώπινες συνθήκες κράτησης, η θέση των αλλοδαπών κατά το Σύμφωνο, το δικαίωμα στον ιδιωτικό βίο και η προστασία από επιθέσεις κατά της τιμής και φήμης των προσώπων, τα δικαιώματα του παιδιού και η προστασία τους κλπ (Περράκης, 1997).

1.2.4 Το Καταληκτικό Κείμενο της Συνόδου Κορυφής των Ηνωμένων Εθνών (ΗΕ) του Σεπτεμβρίου 2005

Με την ωρίμανση των προθέσεων της Διακήρυξης της «*Χιλιετίας*» του 2000 στο πεδίο των δικαιωμάτων του ανθρώπου και τη διατύπωση πολλών προτάσεων θεσμικού και ουσιαστικού χαρακτήρα, πορευτήκαμε προς τη μεγαλύτερη σύνοδο κορυφής στην παγκόσμια ιστορία, τον Σεπτέμβριο 2005, στη Νέα Υόρκη. Σ' αυτή τη διαδρομή προς το «*Καταληκτικό Κείμενο*» του Σεπτεμβρίου 2005, είχαμε σχετικές συνεισφορές, αλλά και, γενικότερα, στοιχεία της διεθνούς εμπειρίας και προτάσεων. Τελικά, το πολιτικό – διακηρυκτικό κείμενο που εγκρίθηκε από τους Αρχηγούς Κρατών και Κυβερνήσεων των κρατών – μελών του ΟΗΕ αποτελεί ένα κείμενο πολιτικής για τη συνολική πορεία των ΗΕ στον 21^ο αιώνα με ενδιαφέρουσες αναφορές στα δικαιώματα του ανθρώπου. Σημαντικό ενισχυτικό στοιχείο των μέχρι τώρα απόψεων, εμφανίζεται η προώθηση της αντίληψης για συλλειτουργία των δικαιωμάτων του ανθρώπου με το κράτος δικαίου και τη δημοκρατία. Η ενίσχυση και υποστήριξη της Δημοκρατίας επιβεβαιώνεται και προς τούτο δημιουργείται και «*Γραφείο Δημοκρατίας*» στα Ηνωμένα Έθνη (Alston & Mégret, 2008).

1.2.5 Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΧΘΔΕΕ)

Η σύγχρονη ενδιαφέρουσα συζήτηση για τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα αναπτύσσεται κυρίως στο τραπέζι της επίπονης διαδικασίας για την υιοθέτηση ενός ευρωπαϊκού συνταγματικού πλαισίου. Υπό μια «*εγγενή*» προσέγγιση βασίζεται στη συνειδητοποίηση ότι η διάχυση της «*ευρωπαϊκής ευημερίας*» είναι, όχι μόνο κοινωνικά άδικη, αλλά και οικονομικά αναποτελεσματική. Διότι ακόμη και στο επίπεδο της, κατά κοινοτική συνθήκη, αποτίμησης της έκτασης της φτώχειας ή και της, κατά κοινοτική πρακτική, «*ρύθμισης*» της ενιαίας αγοράς απασχόλησης δεν υπάρχουν ενθαρρυντικές ενδείξεις (Βενιέρης, 2013). Στο κλίμα αυτό το ζήτημα των ευρωπαϊκών κοινωνικών δικαιωμάτων αναθερμάνθηκε στην ακαδημαϊκή κοιτίδα και αναδείχτηκε στην πολιτική ατζέντα τη δεκαετία του 1980 και κυρίως του 1990

(Doubler 1991, Rodrigez – Pipero and Casa 1996, Costello 2001, Eide et al 2001, Van Der Auwera et al 2002).

Η επιστημονική αναζήτηση κυριαρχήθηκε από νομικές προσεγγίσεις που συνηγορούσαν για την ανάγκη μιας ευρωπαϊκής συνταγματικής κοινοτικής μεταρρύθμισης, σε συνδυασμό με μια εναργέστερη ανάδειξη των θεσμικών πτυχών της κοινωνικής προστασίας (Alston and Shutter, 2005). Η εξέλιξη αυτή σηματοδοτεί μια μορφή καθυστερημένης αντίδρασης στην κατεστημένη κοινοτική αντίληψη ότι η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση έχει, αμιγώς σχεδόν, οικονομικά ερείσματα. Αυτή η μονοδιάστατη οπτική επέβαλλε, τον ευνουχισμό του αρχικά λεγόμενου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χώρου και την εξάλειψη των προσδοκιών αλλά και των δυνατοτήτων για μια παράλληλη ανάπτυξη ενιαίων κατευθύνσεων κοινωνικής πολιτικής (Leibfried and Pierson 1995, Schulte 1997, Beck et al. 2001, De Witte 2005). Αν και μακρά, η διαδρομή των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Πίνακας 1) αντανακλά τις εγγενείς δυσχέρειες προαγωγής υπερεθνικών κοινωνικών δράσεων σε ένα περιβάλλον κατοχυρωμένης επικυριαρχίας της οικονομικής προτεραιότητας.

Πίνακας 1: Τα θεμελιώδη δικαιώματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)

1970	Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αναγνωρίζει ότι ο σεβασμός των θεμελιωδών δικαιωμάτων συνιστά αναπόσπαστο μέρος των γενικών αρχών της κοινοτικής νομοθεσίας. Η προστασία των δικαιωμάτων αυτών, εμπνεόμενη από τις συνταγματικές παραδόσεις των χωρών – μελών, πρέπει να διασφαλίζεται στο πλαίσιο των δομών και των στόχων της. Η σημασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων στις κοινοτικές ενέργειες αποτυπώθηκε στη συνέχεια με μια μακρά σειρά δικαστικών αποφάσεων.
1987	Το προοίμιο της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης αναφέρεται στην αποφασιστικότητα των χωρών – μελών να εργαστούν από κοινού για την προαγωγή της δημοκρατίας στη βάση των θεμελιωδών δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από τα συντάγματα και τις νομοθεσίες τους.
1989	Υιοθετείται ο Κοινοτικός Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων που αναβαθμίζεται σε Κοινωνικό Χάρτη ή Κοινωνικό Πρωτόκολλο από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ και αναβαθμίζει, για πρώτη φορά αμιγώς, το ρόλο των κοινωνικών δικαιωμάτων.
1993	Σύμφωνα με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ η Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να

	σέβεται τα θεμελιώδη δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ως γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου ² . Οι κοινοτικές ενέργειες στα πεδία της δικαιοσύνης και των εσωτερικών υποθέσεων πρέπει να συμβαδίζουν με τη Σύμβαση αυτή καθώς και με τη Σύμβαση για το καθεστώς των Προσφύγων του 1951 ³ . Σημειωτέον ότι καμία από τις δύο αυτές πρόνοιες δεν υπόκεινται σε απευθείας δίκη ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.
1997	Η Συνθήκη του Άμστερνταμ προβλέπει ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι θεμελιωμένη στις αρχές της ελευθερίας, της δημοκρατίας, του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των θεμελιωδών ελευθεριών και των κανόνων δικαίου των χωρών – μελών οι οποίες οφείλουν να επιδείξουν αποφασιστικότητα για την τήρηση των αρχών αυτών χωρίς ρήγματα.
1999	Αποφασίζεται η εισαγωγή ενός χάρτη δικαιωμάτων, προκειμένου να εδραιωθούν συγκροτημένα σε κοινοτικό επίπεδο και να καταστήσουν την προεξάρχουσα σπουδαιότητα τους «περισσότερο ορατή στους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Αποτέλεσμα είναι η εκπόνηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων.
2000	Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων παρουσιάζεται επίσημα στη Νίκαια ως πολιτική διακήρυξη των κεντρικών οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Συμβούλιο, Επιτροπή, Κοινοβούλιο). Ενσωματώνει και τις τρεις μορφές δικαιωμάτων και ιδιαίτερα εκείνη των κοινωνικών δικαιωμάτων.
2004	Οι διαπραγματεύσεις για την ενσωμάτωση του Χάρτη στη Συνταγματική Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οδηγούν σε συμβιβαστικές μετατροπές σε σχέση με την εφαρμογή, το σκοπό και την ερμηνεία των αρχών και των δικαιωμάτων του.
2007	Συνομολογείται τελικά η Μεταρρυθμιστική Συνθήκη της Λισσαβόνας, μια υβριδική μορφή κοινοτικού συνταγματικού πλαισίου, η οποία ενσωματώνει το Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων.

Πηγή: Βενιέρης, 2013

² Άρθρο F 2.

³ Άρθρο K 2.

Κορυφαία υπερεθνική έκφραση της μετεξέλιξης αυτής συνιστά ο συσχετισμός ενός καταστατικού πλαισίου δικαιωμάτων με την εξυφαινόμενη ακόμη θεσμική και πολιτική αναδιάρθρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον 21^ο αιώνα. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων είναι το θεσμικό καταστάλαγμα της ανάδυσης των ευρωπαϊκών κοινωνικών δικαιωμάτων. Η ενσωμάτωσή του στη νέα συνταγματικού χαρακτήρα Μεταρρυθμιστική Συνθήκη σηματοδοτεί σήμερα την πολιτική επιβεβαίωση μιας ήπιας στροφής της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς «κοινωνικότερες» επιλογές. Ανεξάρτητα από τις προθέσεις και τα αποτελέσματα η προώθηση των κοινωνικών δικαιωμάτων στον κατάλογο των κοινωνικών θεσμικών προτεραιοτήτων είναι μια νέα πραγματικότητα (Costello 2001, Kenner 2003a, Kenner 2003b). Με διαφορούμενες, βεβαίως, όψεις και «αξιοδιερεύνητες» πτυχές (Βενιέρης, 2013).

Με άλλα λόγια, η αναδιάρθρωση της ανισορροπίας μεταξύ «θετικής και αρνητικής Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης» μέσω της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων – παράλληλα πάντα με τη διαφύλαξη των οικονομικών ελευθεριών – τέθηκε εντέλει επί τάπητος (Scharpf, 1999). Αναπόφευκτα η «συνταγματοποίηση» των κοινωνικών δικαιωμάτων στο ανώτατο θεσμικό επίπεδο προκάλεσε συζητήσεις και ενεργοποίησε αντανακλαστικά. Κυρίως για τη σχέση τους με τις θεμελιώδεις ελευθερίες της αγοράς – όπως διασφαλίζονται από την κοινοτική συνταγματική παράδοση (Pojares Maduro 1998, Baquero Cruz 2002, Sciarra 2002, Hervey and Kenner 2003). Η δυναμική της «νέας» στρατηγικής αυτής επιλογής απέφερε την απόφαση της Διακυβερνητικής Διάσκεψης του 2004 για την ενσωμάτωση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων στην επερχόμενη Μεταρρυθμιστική Συνθήκη. Ενσωμάτωση που υιοθετήθηκε τελικά περί τα τέλη του 2007.

Σύμφωνα με τον Βενιέρη (2013) οι αρχές και τα δικαιώματα του νέου Χάρτη πηγάζουν από τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης (1961 και 1996), τον Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των εργαζομένων (1989), την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και κάποιες κοινοτικές οδηγίες. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό του κειμένου του Χάρτη είναι ότι υπερβαίνει τις κλασσικές διχοτομήσεις μεταξύ αφενός αστικών και πολιτικών και αφετέρου κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων. Πρόκειται για τη σύνθετη έκβαση μιας πολύχρονης διεργασίας «ενοποίησης» των δικαιωμάτων, είτε μέσω του εθνικού συνταγματικού δικαίου είτε μέσω του διεθνούς δικαίου ανθρώπινων δικαιωμάτων, στη βάση δύο αντιλήψεων. Πρώτον, εκείνης που υπονοεί ότι όλα τα δικαιώματα

απαιτούν τελικά ένα μέτρο θετικής κρατικής δράσης, έτσι ώστε να μη διαιωνίζεται, σε βάρος της διασφάλισης της προστασίας, μια αιχμηρή διχοτόμηση ανάμεσα σε δικαιώματα που υπονοούν μια αρνητική υποχρέωση αποχής και σε δικαιώματα που υπονοούν μια θετική υποχρέωση για δράση. Δεύτερον, της αντίληψης ότι ακόμη και τα δικαιώματα που δεν διασφαλίζονται αφ' εαυτών ή δεν είναι «αντικειμενικά δικαιώματα» επιφέρουν σημαντικές νομικές και πολιτικές επιπτώσεις (De Witte, 2005).

Στο πλαίσιο αυτό δικαιώματα διαφορετικής φύσης συνυπάρχουν στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων ταξινομημένα σε πέντε νοηματικούς άξονες προστασίας: Αξιοπρέπεια, Ελευθερίες, Ισότητα, Αλληλεγγύη, Δικαιώματα των Πολιτών, Δικαιοσύνη (Σακελλαρόπουλος, 2001). Τα κοινωνικά δικαιώματα είναι διάχυτα στους άξονες αυτούς διατέμνοντας οριζόντια τα άρθρα του. Υπό μια μάλιστα ευρεία έννοια, πέραν της υπολειμματικής συντηρητικής αντίληψης, μάλλον συνθέτουν την ευρεία πλειοψηφία μεταξύ των τριών κλασικών κατηγοριών δικαιωμάτων.

Κατά βάση ο Χάρτης επιχειρεί να ενσωματώσει συγκροτημένα και ενιαία τα δικαιώματα που είχαν ήδη περιληφθεί στις υφιστάμενες συνθήκες – τις Συμβάσεις του ΟΗΕ και του Συμβουλίου της Ευρώπης – ή αναγνωριστεί από τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Costello, 2001). Ο Χάρτης παρέχει ένα ρητό συνεκτικό πλαίσιο των αξιών και των δικαιωμάτων που η Ευρωπαϊκή Ένωση επιθυμεί παράλληλα αφενός να διασφαλίσει μεταξύ των χωρών – μελών της και αφετέρου να προάγει στις διεθνείς σχέσεις της, αλλά και να περιλάβει στα κριτήρια ένταξης νέων χωρών. Ένα ελάχιστο πλαίσιο ευρωπαϊκής κοινωνικής προστασίας (Gijzen, 2001). Για την Ευρωπαϊκή Ένωση των δεκαπέντε μελών ίσως όλες αυτές οι επισημάνσεις να μετέφεραν έναν αέρα αισιοδοξίας. Υπό αμφισβήτηση παραμένει, όμως, εάν το πλαίσιο αυτό είναι δυνατό αλλά και επιθυμητό να καλλιεργήσει προϋποθέσεις μιας ενιαίας και ουσιαστικής Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής για την πολυσχιδή κοινοτική πραγματικότητα των είκοσι επτά χωρών – μελών.

Τα κοινωνικά δικαιώματα που περιλαμβάνει ο Χάρτης διέρχονται κατά βάση από πολιτικούς θεσμικούς δρόμους: το ευρωπαϊκό Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σε υπερεθνικό επίπεδο. Οι κυβερνήσεις, τα κόμματα και τα κοινοβούλια σε εθνικό. Θεσμούς που νομιμοποιούνται πολιτικά να

αποφασίζουν για το νομικό πλαίσιο και, κυρίως, το περιεχόμενο της κοινωνικής ρύθμισης. Θεσμούς που επιχειρούν μέσω της εταιρικής κοινοτικής διακυβέρνησης να ενσωματώσουν τα κοινωνικά δικαιώματα στην ευρωπαϊκή ατζέντα (Barnard and Deakin 2002, Bernard 2003). Θεσμούς που, προσπαθώντας την υιοθέτηση ενός αφηρημένου μη δεσμευτικού Χάρτη, «ανέλαβαν» μια συγκεκριμένη δέσμευση. Να αποπροσανατολίσουν τις πολιτικές τους αρχές σύμφωνα με τις αξίες ενός Χάρτη κοινωνικού κατά βάση χαρακτήρα ο οποίος – με μεγάλες δυσκολίες και κρίσιμες συναιρέσεις – τελικά συνομολογήθηκε. Να κυοφορήσουν και να αποδώσουν, δηλαδή, νέου χαρακτήρα και δυναμικής υπερεθνικές κοινωνικές πολιτικές.

Η αρμοδιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι άμεση και ευδιάκριτη, στην περίπτωση που η διατύπωση ενός κοινωνικού δικαιώματος αντιστοιχεί στην οριοθέτηση ενός συγκεκριμένου πεδίου κοινοτικής δράσης. Αυτό ισχύει στην περίπτωση της υγείας και της εκπαίδευσης αλλά και στις επιμέρους κοινοτικές αρμοδιότητες περί κοινωνικής πολιτικής⁴. Είναι αξιοσημείωτο ότι ορισμένα από τα κοινωνικά δικαιώματα του Χάρτη διαμορφώθηκαν με σκοπό να αντανakλούν τον πυρήνα υφιστάμενων κοινοτικών οδηγιών⁵ (De Witte, 2005). Στην περίπτωση αυτή το βασικό θεσμικό πλαίσιο εφαρμογής του δικαιώματος βρίσκεται ήδη σε ισχύ. Η περίπτωση αυτή, όμως, δεν είναι ο κανόνας και δεν αφορά τον πυρήνα της κοινωνικής προστασίας. Αντίθετα αντανakλά a la carte κοινοτική πολιτική στο πεδίο αυτό. Το παράδειγμα της υπανάπτυξης του δικαιώματος στην υγεία (Hervey, 2005), σε αντιδιαστολή με την πρόοδο του δικαιώματος κατά των διακρίσεων (Bell, 2005), αποτελεί μια επιτομή της κοινοτικής στρατηγικής στο ζήτημα των ευρωπαϊκών κοινωνικών δικαιωμάτων.

1.2.6 Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (ΕΚΧ)

Τα θεμελιώδη δικαιώματα για αξιοπρεπείς όρους επιβίωσης, εργασίας και διαβίωσης αναδείχθηκαν ως μια κορυφαία μορφή έκφρασης του ευρωπαϊκού πολιτισμού (Αλιπράντης, 1999). Βεβαίως έπειτα από δύο παγκόσμιους πολέμους και την επικράτηση του καπιταλιστικού συστήματος ανάπτυξης στη δυτική Ευρώπη. Και είναι η Ευρώπη που, πρώτη, κατέγραψε τα κοινωνικά δικαιώματα σε ένα νομικά δεσμευτικό και από πλευράς προστασίας σχεδόν πλήρες κείμενο (Αλιπράντης, 2002).

⁴ Όπως περιλαμβάνονται στο Άρθρο 137 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης.

⁵ Τα Άρθρα 27,30 και 33 αποτελούν καλά σχετικά παραδείγματα.

Πρόκειται για τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη, στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ενός οργανισμού που, αθόρυβα σχεδόν, εργάζεται επί μισό αιώνα για την επίπονη υιοθέτηση και προαγωγή, κατ' αρχάς, και για τη δυσχερή επιβίωση, τα τελευταία χρόνια, των ευρωπαϊκών κοινωνικών δικαιωμάτων.

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης αποτελεί την κορωνίδα των ευρωπαϊκών Κοινωνικών δικαιωμάτων. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων και σκιαγραφεί ένα συγκροτημένο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής (Council of Europe 1997a, 2000a). Συνοδοιπόρος του είναι η ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων η οποία κατοχυρώνει τα ευρωπαϊκά ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (Gomien et al, 1996). Ο αρχικός Χάρτης ετέθη προς υπογραφή το 1961 και σε ισχύ το 1965. Εγγυάται δεκαεννέα βασικά δικαιώματα τα οποία εκτείνονται από την προστασία των εργαζομένων έως την κοινωνική προστασία όλων των μελών της κοινωνίας. Μια διαδικασία αναδιάρθρωσης και εκσυγχρονισμού οδήγησε στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη ο οποίος ετέθη προς υπογραφή το 1996 και σε ισχύ το 1999 (Council of Europe, 1997b). Εκσυγχρονίζει και διευρύνει τα προβλεπόμενα δικαιώματα σε τριάντα ένα αναβαθμίζοντας και επεκτείνοντας το δίκτυ προστασίας που επιχειρεί να προσφέρει (Βενιέρης, 2013).

Ο χάρτης έχει υιοθετηθεί από τη συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης⁶. Οι δεσμεύσεις των χωρών έναντι του Χάρτη ή μέρους αυτού αποτιμώνται από ένα υπερεθνικό μηχανισμό ελέγχου στη βάση εθνικών εκθέσεων που υποβάλλονται σε τακτά χρονικά διαστήματα⁷. Από το 1996 οι λεγόμενες «συμβαλλόμενες χώρες» υποβάλλουν «εθνικές κυβερνητικές εκθέσεις» για την ίδια περίοδο ελέγχου: κάθε δύο χρόνια για τις αποκαλούμενες «σκληροπυρηνικές διατάξεις»⁸ και κάθε τέσσερα χρόνια για τις υπόλοιπες. Όταν μια χώρα επικυρώνει το

⁶ Οι συμβαλλόμενες χώρες στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη είναι προ πολλού περισσότερες από 30. Δεκαεπτά έχουν επικυρώσει τον αρχικό Χάρτη του 1961: Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισλανδία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβακία, Τουρκία, Τσεχία. Δεκατέσσερις τουλάχιστον έχουν επικυρώσει τον Αναθεωρημένο Χάρτη: Βουλγαρία, Γαλλία, Εσθονία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κύπρος, Λιθουανία, Μολδαβία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Σουηδία, Φινλανδία (Council of Europe, 2002).

⁷ Οι εκθέσεις αυτές είναι προσβάσιμες στο κοινό μέσω του διαδικτύου στη διεύθυνση: (<http://www.humanrights.coe.int>) (10/11/2016).

⁸ Οι σκληροπυρηνικές διατάξεις παρατίθενται στο Μέρος III, Άρθρο 20, Παράγραφο 1β του Χάρτη του 1961. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό οι χώρες υποχρεούνται να δεσμευτούν από τουλάχιστον πέντε

Χάρτη, υποχρεούται να υποβάλει μια αρχική έκθεση για όλες τις διατάξεις τις οποίες αποδέχεται. Μια δεύτερη έκθεση, η οποία αναφέρεται, επίσης, σε όλες τις αποδεκτές διατάξεις, πρέπει να υποβληθεί δύο χρόνια μετά την υποβολή της πρώτης. Στη συνέχεια απαιτούνται μόνο επιμέρους εκθέσεις. Οι χώρες οι οποίες επικυρώνουν τον Αναθεωρημένο Χάρτη υπόκεινται πλέον απευθείας στο σύστημα των επιμέρους εκθέσεων (Council of Europe 2002).

Στο μηχανισμό ελέγχου εφαρμογής των πολιτικών που συμμετέχουν κατά σειρά τα σημαντικότερα θεσμικά όργανα του Χάρτη (Council of Europe 2000b, Βενιέρης 2002). Πρώτον, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών δικαιωμάτων γνωστή έως το 1999 ως Επιτροπή Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Αποτελείται σήμερα από 12 ανεξάρτητους ειδικούς επιστήμονες, οι οποίοι εκλέγονται από την Επιτροπή Υπουργών, καθώς και από έναν παρατηρητή της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Εξετάζει τις εκθέσεις των χωρών και αποφαινεται για το μέτρο στο οποίο έχουν τηρήσει τις δεσμεύσεις τους και τη μορφή υλοποίησής τους από συγκεκριμένες πολιτικές. Οι εκτιμήσεις αυτές ερμηνεύουν τις βουλές του Χάρτη και συνιστούν τα Συμπεράσματα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Κοινωνικών Δικαιωμάτων. Τα Συμπεράσματα είναι είτε θετικά – αποφαίνονται, δηλαδή, ότι εφαρμόζονται οι επιταγές του Χάρτη – είτε αρνητικά – διαπιστώνουν, δηλαδή, παραβίαση του Χάρτη. Στην περίπτωση που η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων δεν έχει στη διάθεσή της επαρκή στοιχεία, αναβάλλει την έκδοση των συμπερασμάτων της και ζητεί την απαραίτητη πρόσθετη πληροφόρηση στην επόμενη έκθεση. Δεύτερον, η Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης η οποία συνεκτιμά τα Συμπεράσματα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Κοινωνικών Δικαιωμάτων. Στην περίπτωση αρνητικών συμπερασμάτων έχει τη δυνατότητα έκδοσης συστάσεων προς μια χώρα απαιτώντας την προσαρμογή του θεσμικού πλαισίου και των πολιτικών της προς τις δεσμεύσεις της έναντι του Χάρτη. Το έργο της προλειαίνει μια Κυβερνητική Επιτροπή η οποία αποτελείται από

από τα ακόλουθα άρθρα: Άρθρο 1 (δικαίωμα για εργασία), Άρθρο 5 (δικαίωμα για συνδικαλισμό), Άρθρο 6 (δικαίωμα για συλλογική διαπραγμάτευση), Άρθρο 12(δικαίωμα για κοινωνική ασφάλεια), Άρθρο 13 (δικαίωμα για κοινωνική βοήθεια), Άρθρο 16 (δικαίωμα της οικογένειας για κοινωνική, οικονομική και νομική προστασία) και Άρθρο 19 (δικαίωμα των μεταναστών εργαζομένων και των οικογενειών τους για προστασία και βοήθεια). Στον Αναθεωρημένο Χάρτη του 1996 παρατίθενται στο Μέρος III, Άρθρο Α και έχουν προστεθεί το Άρθρο 7 (δικαίωμα των παιδιών και των νέων για προστασία) και το Άρθρο 20 (δικαίωμα για ίσες ευκαιρίες και ίση μεταχείριση στην απασχόληση χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου), ενώ η δέσμευση απαιτεί έξι τουλάχιστον άρθρα εκ μέρους των συμβαλλόμενων μερών.

αντιπροσώπους των χωρών που έχουν επικυρώσει το Χάρτη και συνεπικουρείται από παρατηρητές που εκπροσωπούν διεθνείς οργανώσεις κοινωνικών εταίρων. Η Κυβερνητική Επιτροπή προσχεδιάζει τις αποφάσεις της Επιτροπής Υπουργών επιλέγοντας από περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με το Χάρτη για ένα κύκλο ελέγχου εκείνων οι οποίες προτείνεται να αποτελέσουν άμεσα αντικείμενο συστάσεων. Η επιλογή αυτή στηρίζεται σε κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια και, κυρίως, σε πολιτικές εκτιμήσεις. Η Επιτροπή Υπουργών θέτει σύντομα χρονικά όρια για τον έλεγχο της εφαρμογής του Χάρτη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων και την Κυβερνητική Επιτροπή (Βενιέρης, 2013).

Ο καταστατικός σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης για αρμονική συνεργασία μεταξύ των μελών του στηρίζεται σε δύο άξονες (Roberston & Merrils, 1961). Πρώτον, σε συγκεκριμένες πολιτικές για ζητήματα της κοινωνίας, της οικονομίας, του πολιτισμού, της επιστήμης, της νομοθεσίας και της διοίκησης. Δεύτερον, στην αναγνώριση και τη διαφύλαξη καθώς και την περαιτέρω ανάπτυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Η δημιουργία του οργανισμού συμβολίζει, επίσης, το ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα στις ελεύθερες καπιταλιστικές οικονομίες, σε αντιδιαστολή με το σοσιαλιστικών προσανατολισμών ανατολικό ευρωπαϊκό μπλοκ (Deacon et al, 1997). Μετά την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων του 1989 το Συμβούλιο της Ευρώπης συναρθρώνει τον υπερεθνικό συνδετικό ιστό μεταξύ της δυτικής, της κεντρικής και της ανατολικής Ευρώπης αναβαθμίζοντας τον διαρθρωτικού χαρακτήρα κοινωνικοπολιτικό ρόλο του.

Η μεταπολεμική αναζήτηση μιας πλατιάς διακρατικής συνεργασίας ανέδειξε, ως μια πρωταρχική προϋπόθεση, την ανάγκη αποδοχής των θεμελιωδών αρχών ενός χάρτη ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την εγγύηση της εφαρμογής του. Αυτή υλοποιήθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης μέσω της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1950. Άξονάς της ήταν η καθολική αποδοχή των αρχών και των κανόνων δικαίου, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών (Gomien et al, 1996). Σε ένα περιεκτικό κείμενο αποτυπώθηκαν οι σύγχρονες τάσεις εκδημοκρατισμού της πολιτικής ζωής και εγγύησης των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η καθολική αποδοχή της Σύμβασης Ανθρώπινων Δικαιωμάτων καλλιέργησε ρεαλιστικές προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας στρατηγικής προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων μέσω ενός ευρωπαϊκού

καταστατικού πλαισίου. Ήταν ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης που τέθηκε σε ισχύ το 1965 υιοθετώντας συναινετικού χαρακτήρα ήπιες διαδικασίες διάχυσης των κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ευρώπη (Council of Europe, 1995, 2001).

Σήμερα το Συμβούλιο της Ευρώπης περιλαμβάνει όλες σχεδόν τις χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου, έναν πληθυσμό μεγαλύτερο των 800 εκατομμυρίων ανθρώπων. Πέραν της οικοδόμησης μιας κοινής δημοκρατικής βάσης θεσμοθετημένων δικαιωμάτων αναπτύσσει μορφές συνεργασίας σε ένα ευρύ φάσμα πεδίων. Η κοινωνική συνοχή, η προστασία των μειονοτήτων, ο αγώνας υπέρ όλων των μορφών ανεκτικότητας, η πρόληψη της εγκληματικότητας και της διαφθοράς, η σταθεροποίηση της δημοκρατίας, η εκπαίδευση, η ενδυνάμωση της ευρωπαϊκής πολιτιστικής κληρονομιάς περιλαμβάνονται στους στόχους του (Council of Europe, 2000a)⁹. Η ανάληψη ενός αντισταθμιστικού ρόλου σε σχέση με τις πολιτικές που εκπορεύονται από τη Διεθνή Τράπεζα εμπίπτει στη στρατηγική του¹⁰. Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης είναι η κορυφαία έκφραση της υπερεθνικής κοινωνικής του δράσης, με δυναμική η οποία δεν έχει αξιολογηθεί ακόμη σε όλες τις διαστάσεις (Βενιέρης, 2013).

Η προαγωγή του Χάρτη μέσω της Διεύθυνσης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Συμβουλίου της Ευρώπης, και όχι εκείνης των Κοινωνικών και Οικονομικών Υποθέσεων, σηματοδοτεί θεωρητικά μια προσέγγιση των κοινωνικών δικαιωμάτων ως δικαιωμάτων του ανθρώπου, την αντίληψη περί αδιαιρέτων δικαιωμάτων. Παράλληλα, όμως, καλλιέργησε αμφισβητήσεις και καχυποψία για το ρόλο του Χάρτη στην κοινωνική πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης (Deacon et al, 1997). Σε κάθε περίπτωση ο Χάρτης οριοθετεί την υπόσταση και συνθέτει την πεμπτουςία των ευρωπαϊκών κοινωνικών δικαιωμάτων. Απηχεί τη δυναμική δημιουργίας του μεταπολεμικού Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου και συνθέτει τον πυρήνα του. Αποτυπώνει την επιθυμία των χωρών του Συμβουλίου της Ευρώπης να αναγνωρίσουν τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα – τα οποία αποδέχονται ως ένα ελάχιστο δεσμευτικό όριο προστασίας για τους Ευρωπαίους πολίτες (Council of Europe 1995, 1997b, 2000a). Σηματοδοτεί, για πρώτη φορά στην ιστορία της

⁹ Για περισσότερες σχετικές πληροφορίες στο διαδίκτυο: <https://book.coe.int/eur/en>.

¹⁰ Όταν η Διεθνή Τράπεζα προτείνει εργασιακές και κοινωνικές μεταρρυθμίσεις σε μια χώρα – μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, αυτό θα πρέπει να αποφανθεί εάν οι πολιτικές αυτές συνιστούν κίνδυνο για τη διατήρηση των ελάχιστων κοινωνικών πολιτικών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Deacon, 1997).

κοινωνικής πολιτικής, την υιοθέτηση μιας υπερεθνικής πλατφόρμας κοινωνικής προστασίας η οποία καλύπτει τα δικαιώματα των εργαζομένων αλλά και τις υποχρεώσεις του κοινωνικού κράτους έναντι του πολίτη.

Καλλιεργεί συστηματικά την παράλληλη ανάπτυξη του εθνικού κράτους ευημερίας και της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη, με την κυοφορία ενός ευρωπαϊκού κοινωνικού κράτους και της ευρωπαϊκής ιδιότητας του πολίτη (Βενιέρης, 2013).

Η ουσιαστική πορεία του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη αποτυπώνεται στην προσπάθεια υλοποίησης των πολιτικών του και στο μέτρο διασφάλισης των δικαιωμάτων του. Συμπληρώθηκε το Μάιο του 1988 με το «*Πρόσθετο Πρωτόκολλο*» που εισήγαγε τέσσερις νέες – σημαντικές κατ’ αρχές (Council of Europe 1997c). Το δικαίωμα των ίσων ευκαιριών και της μεταχείρισης σε θέματα απασχόλησης και επαγγέλματος ανεξάρτητα από το φύλο, το δικαίωμα των εργαζομένων για πληροφόρηση και παροχή συμβουλών αλλά και για καθορισμό και βελτίωση των συνθηκών και του περιβάλλοντος εργασίας, καθώς και το δικαίωμα των ηλικιωμένων για κοινωνική προστασία. Η υιοθέτηση αυτών των δικαιωμάτων καταδεικνύει το συμπληρωματικό ρόλο του Συμβουλίου της Ευρώπης στην εξέλιξη και την ωρίμανση της ευρύτερης διαδικασίας της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης με άξονα την Ευρωπαϊκή Ένωση (Βενιέρης, 2013).

Κατά τη δεκαετία του 1990 η πολιτική εκσυγχρονισμού και διερεύνησης των πολιτικών του Χάρτη συνδυάστηκε με τη γεωπολιτική αναβάθμιση του Συμβουλίου της Ευρώπης λόγω της μαζικής ένταξης των πρώην κομμουνιστικών χωρών (Council of Europe 2000a). Κατ’ αρχάς το «*Πρόσθετο Πρωτόκολλο Συλλογικών Προσφυγών*» εισήγαγε το 1995 μια άμεση διαδικασία κοινωνικής συμμετοχής και παρέμβασης. Μια διαδικασία που επέτρεπε στα εργατικά συνδικάτα, τις οργανώσεις των εργοδοτών και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις να καταγγέλλουν παραβιάσεις των διατάξεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων. Την ανεξάρτητη επιτροπή διεθνών εμπειρογνομόνων με ρόλο αντίστοιχο, σε επίπεδο ερμηνείας και αποτίμησης εφαρμογής, με εκείνον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το «*Πρόσθετο Πρωτόκολλο Συλλογικών Προσφυγών*» προσέφερε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή τη δυνατότητα άμεσης παρέμβασης και συμβολής στην επίλυση προβλημάτων επείγοντος

χαρακτήρα, ενώ παράλληλα κατέστησε ευκολότερα ανιχνεύσιμες τις παραβιάσεις του Χάρτη. Το Συμβούλιο της Ευρώπης ενέταξε την «τέταρτη δύναμη» (Benisichi, 1997) – τους κοινωνικούς εταίρους και την ευρύτερη κοινωνία των πολιτών – στις διαδικασίες ελέγχου της εφαρμογής του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη¹¹ προσφέροντας θεσμική έκφραση στην κοινωνική δυναμική διεκδίκησης και διασφάλισης των κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ευρώπη. Στην πράξη, όμως, οι σχετικές προσδοκίες δεν ευοδώθηκαν, διότι οι εμπλεκόμενοι φορείς, και κυρίως οι συνδικαλιστικές οργανώσεις, δεν εκμεταλλεύτηκαν τις δυνατότητες που παρέχει αυτό το σύστημα συλλογικών προσφυγών (Moreau, 2005).

Στη συνέχεια, ο Αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, που υιοθετήθηκε την τριετία 1996 – 1999 (Council of Europe 1997b, 1997c), εκσυγχρονίζει και συμπληρώνει τον κατάλογο των δικαιωμάτων, αναβαθμίζει το ρόλο και αναβαπτίζει τη δυναμική του Χάρτη. Παράλληλα εδραιώνει έναν πυρήνα θεμελιωδών δικαιωμάτων γόνιμο για τη δημιουργία μιας ευρωπαϊκού χαρακτήρα υπερεθνικής κοινωνικής πολιτικής. Η νέα πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης δεν αποσκοπεί μόνο στον εκσυγχρονισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων, αλλά και στην ενσωμάτωση νέων εντεινόμενων κοινωνικών κινδύνων, όπως το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίοι παρέμεναν εκτός βεληνεκούς των δικαιωμάτων των διεθνών συνθηκών (Σακελλαρόπουλος, 1993α). Αποκρυσταλλώνει την ανταπόκριση του Συμβουλίου της Ευρώπης στην αναπροσαρμογή των ευρωπαϊκών κοινωνικοοικονομικών δεδομένων (Kenis, 1991). Αντανακλά την κατανόηση της ανάγκης για μια σύγχρονη Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και την παραδοχή ότι η υπερεθνική κοινωνική πολιτική δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στον τομέα της απασχόλησης, αλλά να επιδιώκει να επηρεάσει και άλλους τομείς όπως εκείνους της οικογενειακής ζωής και των γηρατειών, πόσω μάλλον της υγείας. Ενσωματώνει, με όρους δικαιωμάτων, πεδία όπως η εξάλειψη των διακρίσεων, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός – τα οποία με πολιτικούς όρους είχαν ήδη αρχίσει να αναπτύσσονται και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Rhodes, 1995). Το Συμβούλιο της Ευρώπης απέκτησε ευρύτερο πολιτικό ρόλο λόγω των ραγδαίων εξελίξεων στην ανατολική Ευρώπη οι οποίες έθεταν την καπιταλιστική Ευρώπη και τους

¹¹ Εκ παραλλήλου με τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, έναν τριμερή οργανισμό ο οποίος, επίσης, διαθέτει σύστημα προσφυγών από τους κοινωνικούς εταίρους.

ευρωπαϊκούς οργανισμούς που την εκφράζουν έναντι μιας ιστορικής πρόκλησης. Το δράμα για μια πραγματικά Ενωμένη Ευρώπη (Βενιέρης, 2013).

Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης

Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης διαγράφεται, κατά βάση, στον άξονα των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Council of Europe 1997a, 2001). Ενσωματώνει δύο πτυχές που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. *Πρώτον*, προάγει ένα συγκροτημένο σύστημα κοινωνικής προστασίας (Σακελλαρόπουλος, 1999). *Δεύτερον*, αναδεικνύει μια συστηματική δέσμη πολιτικών προστασίας των εργαζομένων. Συνολικά καλλιεργεί τη μετεξέλιξη μιας εθνικής κοινωνικής πολιτικής με χαρακτήρα κράτους πρόνοιας προς μια υπερεθνική κοινωνική ρύθμιση με χαρακτήρα κοινωνικής ασφάλειας. Η πρώτη εμπνεύστηκε από συλλογικές αξίες και την ανάγκη ρύθμισης της κοινωνικής αναπαραγωγής με βάση τις εθνικές ιδιαιτερότητες (Leibfried, 1991). Η δεύτερη ενεργοποιήθηκε με βάση τη διάχυτη μεταπολεμική ανάγκη για υπερεθνική συνεργασία σε οικονομικό και πολιτικό επίπεδο. Ο Χάρτης απηχεί την ευρωπαϊκή συναίνεση για θεσμοθέτηση μιας ελάχιστης κοινής βάσης κοινωνικών προδιαγραφών που καλύπτει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες (Harris & Darcy, 2001). Οι ήπιες διεργασίες έχουν το πλεονέκτημα να απορροφούν τους πολιτικούς και τους οικονομικούς κραδασμούς (Matcher, 1991).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων οι «δυναμικές» διατάξεις ενσωματώνουν την υποχρέωση των χωρών να αναλαμβάνουν, στο πέρασμα του χρόνου, «ενέργειες συγκεκριμένης αντίληψης, προκειμένου να επιτευχθούν εξελίξεις προς μια δεδομένη κατεύθυνση». Οι χώρες δεσμεύονται να ενημερώνουν για τις παρεμβάσεις αυτές στη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου και όχι απλώς για τη στατική περιγραφή μιας δεδομένης χρονικής στιγμής (Council of Europe 2002). Είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστεί ότι η γνώση των διαμορφούμενων εξελίξεων καθορίζουν τη δυνατότητα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Κοινωνικών Δικαιωμάτων να αποτιμήσει την πρόοδο κάθε χώρας στο συγκεκριμένο γενικό πλαίσιο (Samuel, 2002).

Όπως αναφέρει ο Esping – Andersen (2006), τα κράτη αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους (γήρανση πληθυσμού, ανεργία, φτώχεια, μετανάστευση, διάλυση παραδοσιακών οικογενειακών δομών), έχουν τις ίδιες ανάγκες και θα προχωρήσουν

σε κάποιες επιλογές. Το βασικό όμως πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας είναι ο τρόπος κατανομής της ευθύνης στους τρεις βασικούς πυλώνες της πρόνοιας, οι οποίοι είναι η αγορά, η οικογένεια και το κράτος.

Κατά τον Βενιέρη (2013) τα εθνικά συστήματα κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη πηγάζουν από διαφορετικές ιστορικές και πολιτιστικές καταβολές και παραπέμπουν σε διαφορετικό κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον (Gough, 1979). Κατά συνέπεια χαρακτηρίζονται από διαφορές στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την ποιότητα των παροχών. Η κεντρική φιλοσοφία των συστημάτων, όμως, παραμένει κοινή. Είναι η προστασία εκείνων οι οποίοι έχουν ανάγκη βασικής υποστήριξης έναντι μιας σειράς κινδύνων οι οποίοι διακυβεύουν τη φυσική, την ψυχική, την κοινωνική και την οικονομική τους ευημερία. Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης δεσμεύει τις χώρες ως ένας υπερεθνικός κοινός παρονομαστής ελάχιστων πολιτικών στο πλαίσιο των εθνικών αριθμητών: των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Παράλληλα, δηλαδή, οι χώρες διατηρούν τις επιλογές τους με βάση τις επιμέρους εθνικές τους ιδιαιτερότητες.

Οι τάσεις, όμως, άσκησης επιμέρους υπερεθνικών κοινωνικών πολιτικών δεν συνεπάγονται αυτομάτως και την υιοθέτηση ενιαίων υπερεθνικών πλαισίων για μια πραγματική Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική. Αντίρροπες πιέσεις αντίστασης προέρχονται από εθνικά ή περιφερειακά συμφέροντα, από οικονομικές πολιτικές προστατευτισμού, από εργασιακές πολιτικές απορρύθμισης, από ιδεολογικές δυνάμεις υπεράνω κοινωνικής πραγματικότητας (Deacon et al, 1997). Η ανησυχία ότι ίσως δεν υφίσταται υπερεθνικοί πολιτικοί οργανισμοί, οι οποίοι θα αξιολογήσουν σωστά τη διαμόρφωση των περιστάσεων, επιβεβαιώνεται σήμερα με την παγκόσμια κρίση (Βενιέρης, 2013).

1.3 Τα Κοινωνικά Δικαιώματα στην Ελλάδα

Η Ελλάδα ανήκει στο μεσογειακό μοντέλο (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα), κράτους – πρόνοιας, το οποίο χαρακτηρίζεται από χαμηλό επίπεδο κοινωνικών παροχών, που αντισταθμίζεται από τον ισχυρό οικογενειακό πυλώνα (Matsaganis et al, 2003). Σε γενικές γραμμές, οι χώρες του μεσογειακού μοντέλου δεν κατανέμουν ισόρροπα την προστασία σε όλο το φάσμα των κινδύνων, ενώ χαρακτηρίζονται από το φαινόμενο της «θεσμικής ευνοιοκρατίας», όπου οι κρατικοί

θεσμοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε κομματικές πιέσεις, καθώς σχηματίζονται σύνθετοι μηχανισμοί «πατρωνίας» για τη διανομή των όποιων χρηματικών επιδοτήσεων. Τα κενά τα οποία δημιουργούνται έρχεται να καλύψει ένα «*πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας*», που αποτελείται από ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς (Μπούτσιου & Σαράφης, 2013). Η περίπτωση βέβαια του ελληνικού κράτους-πρόνοιας παρουσιάζει ορισμένες πρόσθετες ιδιαιτερότητες. Ενώ στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες η ανάπτυξή του συντελέστηκε μεταπολεμικά, η ύπαρξη σειράς οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων (μικρή αναλογία μισθωτών, έλλειψη κοινωνικής συνοχής και φιλελεύθερου πολιτικού πλαισίου έως το 1974) οδήγησε στην ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας στη χώρα μας στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μετά (Τσουνής, 2012). Ωστόσο, την εποχή που αναπτυσσόταν στην Ελλάδα, διερχόταν σε κρίση διεθνώς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη διέλευση του ελληνικού κράτους-πρόνοιας από την περίοδο της υπανάπτυξής του στην περίοδο της κρίσης και της σταδιακής αμφισβήτησής του.

Η πρώτη διάταξη κοινωνικού περιεχομένου της νεοελληνικής ιστορίας είναι αυτή του Σχεδίου Συντάγματος του Ρήγα Φεραίου, της «*Νέας Πολιτικής Διοικήσεως των κατοίκων της Ρούμελης, της Μ. Ασίας, των Μεσογείων Νήσων και της Βλαχομογδανίας, υπέρ των νόμων, ελευθερίας, ισότητας, αδελφότητας και της πατρίδος*» γνωστού και ως «*Πολίτευμα του Ρήγα*». Πρόκειται για κείμενο σαφώς επηρεασμένο από τις ιδέες της γαλλικής Επανάστασης (Μάνεσης, 1987).

Το Σύνταγμα του 1911 θεμελίωσε μεν το Κράτος Δικαίου στην Ελλάδα, αλλά, παρά κάποιες προτάσεις που κατατέθηκαν στο πλαίσιο της αναθεωρητικής διαδικασίας, δεν περιλάμβανε διατάξεις κοινωνικής προστασίας, εκτός από την καθιέρωση της υποχρεωτικής δωρεάν στοιχειώδους εκπαίδευσης. Αντιθέτως, τα κοινωνικά δικαιώματα εμφανίζονται θεαματικά στο προσκήνιο στις συζητήσεις της Δ' Εθνικής Συνέλευσης του 1925, υπό τη σαφή επιρροή του Συντάγματος της Βαϊμάρης και του γενικότερου ευνοϊκού κλίματος του μεσοπολέμου (Λιάκος, 1987).

Το Σύνταγμα του 1927 για πρώτη φορά κατοχύρωσε ρητά κοινωνικά δικαιώματα ευρείας σκόπευσης, υιοθετώντας πολλές από τις σχετικές προτάσεις του σχεδίου Συντάγματος του 1925. Η αναγνώριση όμως κοινωνικών δικαιωμάτων στα Συντάγματα αυτά θα αποτελέσει μία σύντομη παρένθεση της ελληνικής συνταγματικής ιστορίας. Οι κοινωνικές διατάξεις του Συντάγματος του 1927

αναστάλθηκαν με τη μεταπολίτευση του 1935, χωρίς να αφήσουν τα ίχνη τους στην έννομη τάξη. Το Σύνταγμα του 1952, «κατά βάσιν συντηρητικών και ασυγχρόνιστον» (Σβώλος & Βλάχος, 1954), επιτέλεσε μία επιστροφή στο τυπικό – φιλελεύθερο Σύνταγμα του 1911, παρά το αντίθετο διεθνές κλίμα.

Άλλωστε, το μετεμφυλιακό κλίμα ήταν εχθρικό για όλα τα δικαιώματα και όχι απλώς για τα κοινωνικά, όχι μόνον σε επίπεδο κειμένων, αλλά κυρίως στο επίπεδο της συνταγματικής πρακτικής. Η αναστολή βασικών δικαιοκρατικών εγγυήσεων και η επικράτηση του λεγόμενου «*παρασυντάγματος*» (Alivizatos, 1979) είχε τις επιπτώσεις της και στο επίπεδο της και στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής. Μάλιστα, το Συμβούλιο της Επικρατείας αποδέχθηκε αδιαμαρτύρητα και νομιμοποίησε τις πρακτικές αυτές, κρίνοντας συνταγματικούς νόμους όπως, π.χ., ο ν. 2963/1954, ο οποίος προέβλεπε ότι «*οι εμφορούμενοι υπό αντεθνικών φρονημάτων*» αποκλείονταν από τα προγράμματα εργατικής κατοικίας.

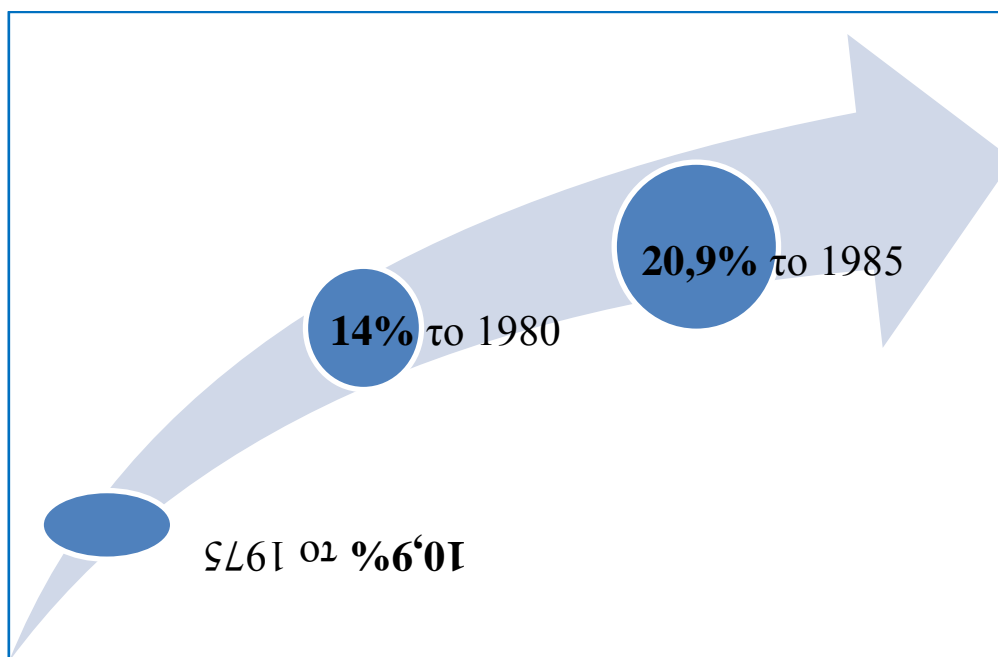
Ουσιαστικά, επομένως, σε συνταγματικό επίπεδο τα κοινωνικά δικαιώματα καθιερώθηκαν μόλις στο Σύνταγμα του 1975. Στην πραγματικότητα, η ίδια η καθιέρωση θεσμών κράτους πρόνοιας, λογικό προαπαιτούμενο της συνταγματικής αναγνώρισής τους, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι παγιώθηκε στη χώρα μας παρά μόνον με την πτώση της δικτατορίας. Μέχρι τότε, η έλλειψη των απαραίτητων πόρων και, κυρίως, η αποσπασματικότητα και επιλεκτικότητα των τρόπων επέμβασης του νομοθέτη στις ανάγκες της κοινωνικής πολιτικής, δεν είχαν επιτρέψει την οικοδόμηση ενός μηχανισμού κοινωνικής προστασίας συγκρίσιμου με αυτούς των ανεπτυγμένων βιομηχανικών κρατών (Esping – Andersen, 1992).

Η μεταπολίτευση και η αναθεώρηση του συντάγματος το 1975, θέτουν τα θεμέλια για τη διεύρυνση της κοινωνικής πολιτικής και την κατοχύρωση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Το Σύνταγμα αναγνωρίζει την κομματική πολυφωνία, το συνδικαλισμό, το δικαίωμα της απεργίας και των συλλογικών διαπραγματεύσεων και τα κοινωνικά δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας, υγείας, στέγης, απασχόλησης. Σταδιακά το κράτος που χόριζε τους πολίτες του σε εθνικόφρονες και μη, μετατρέπεται σε κράτος δικαίου, διακηρύσσει την τυπική του ουδετερότητα (Μηλιός, 1982).

Στη συγκυρία των πρώτων μεταπολιτευτικών χρόνων ξεδιπλώνεται μια προσπάθεια έντονου κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία μέσα από διευρυμένες

κρατικοποιήσεις το '70 και '80 και προγράμματα κλαδικής και βιομηχανικής αναπτυξιακής πολιτικής. Με σημαντική ιστορική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αναπτύσσονται κατά τη δεκαετία του '80 οι βασικοί θεσμοί κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας (Στασινοπούλου, 2006). Βέβαια εδώ παρουσιάζεται μια σημαντική αντίφαση: ενώ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 στις περισσότερες δυτικές χώρες αμφισβητείται έντονα πλέον το κοινωνικό κράτος, στην Ελλάδα είναι η περίοδος της πιο εκτεταμένης λειτουργίας του. Η ιδιομορφία αυτή χαρακτηρίζει τη στρεβλή και αντιφατική του εμφάνιση και ανάπτυξη. Η διάρθρωση των δημοσίων δαπανών είναι χαρακτηριστική. Το κύριο βάρος μετατοπίζεται στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Οι κοινωνικές δαπάνες σαν ποσοστό του ΑΕΠ (Σχήμα 2) αντιπροσωπεύουν το 1975 μόλις το 10,9%, για να φτάσουν το 14% το 1980 και το 20,9% το 1985. Σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ μεταξύ 1980 και 1989 η αύξηση των κοινωνικών δαπανών σε πραγματικές τιμές ήταν μόνο 8,4% κατ' έτος και για την Ελλάδα και μόλις 2,4% για τις άλλες χώρες κατά μέσο όρο (Σκουτέλης 1993 & Σακελλαρόπουλος 2001).

Σχήμα 2: Οι κοινωνικές δαπάνες σαν ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα



Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη επεκτείνεται το 1981 στους αγρότες και το ΙΚΑ σταδιακά καλύπτει όλους τους εργαζόμενους. Εγκαθιδρύεται το Ε.Σ.Υ., επιβάλλεται η ισότητα των δύο φύλλων και αναθεωρείται το οικογενειακό δίκαιο,

επεκτείνονται τα προγράμματα εργατικής κατοικίας, βελτιώνεται το σύστημα παρακολούθησης και καταπολέμησης της ανεργίας (Ρομπόλης & Χλέτσος, 1995).

Όμως η άρθρωση των θεσμών κοινωνικής πολιτικής πραγματοποιήθηκε με έλλειψη προγραμματισμού, ιεράρχησης στόχων και επιδιώξεων με αποτέλεσμα την άναρχη και αποσπασματική οικοδόμηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Σύμφωνα με εκθέσεις του ΟΟΣΑ το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σημαντικά κάτω από το μέσο όρο των χωρών του. Επίσης η προνομιακή μεταχείριση από την πολιτική εξουσία συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων και η απόσπαση ευνοϊκών ρυθμίσεων διευκόλυνε τον κατακερματισμό του συστήματος κοινωνικής προστασίας και την άνιση και στρεβλή του ανάπτυξη (Ματσαγγάνης, 1999). Η δημοσιονομική κρίση και τα ελλείμματα αναδείχτηκαν στον κυριότερο παράγοντα ανάσχεσης της παρεμβατικής και κοινωνικής λειτουργίας του κράτους στις αρχές της δεκαετίας του 90'. Η κριτική που ασκήθηκε στο κοινωνικό κράτος επικεντρώνεται στην αύξηση του δημοσίου ελλείμματος, στους υψηλούς ρυθμούς πληθωρισμού και στην υπονόμευση της διαδικασίας οικονομικής σύγκλισης με τις χώρες της Ε.Ε. (Σακελλαρόπουλος, 1993β).

Κεφάλαιο 2

Το Κοινωνικό Δικαίωμα στην Υγεία

«Η επίτευξη του υψηλότερου επιπέδου υγείας αποτελεί μια από τις πιο θεμελιώδεις αρχές κάθε ανθρώπινης ύπαρξης χωρίς καμία διάκριση εθνικότητας, θρησκείας, πολιτικών ιδεών και οικονομικών ή κοινωνικών συνθηκών»

Καταστατικός Χάρτης Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας

Τα κοινωνικά δικαιώματα αποβλέπουν στη διασφάλιση ορισμένων βασικών αγαθών και υπηρεσιών με απώτερο στόχο τη δικαιότερη αναδιανομή του πλούτου. Έχουν ως γνώμονα τα κριτήρια που απορρέουν από την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, βασίζονται δε στην κοινωνική αλληλεγγύη. Όλα τα κοινωνικά δικαιώματα συνιστούν, από την άποψη αυτή, ψηφίδες στην οικοδόμηση μίας συγκεκριμένης σχέσης κράτους – πολιτών, η οποία θεμελιώνεται στην ιδέα της αξίας του ανθρώπου και της κρατικής ευθύνης για την προστασία της. Στη ολιστική – συναγωνιστική λειτουργία τους, τα κοινωνικά δικαιώματα τείνουν να κατοχυρώσουν ένα κανονιστικό πλέγμα ολοκληρωμένης κοινωνικής προστασίας με την αντίληψη εκ μέρους του κράτους της ευθύνης για την εξασφάλιση των βασικότερων κοινωνικών αγαθών (Παπακωνσταντίνου, 2005).

Η υγεία εντάσσεται αναμφίβολα στον πυρήνα της κρατικής υποχρέωσης για κοινωνική ασφάλεια. Συνυφαίνεται στενά με τα λοιπά κοινωνικά δικαιώματα και κυρίως όσα άπτονται ευθέως της βιολογικής και ψυχικής υπόστασης του ατόμου, όπως είναι ιδίως εκείνα που αφορούν την κατοικία, το περιβάλλον, την εργασία, την κοινωνική ασφάλιση, την οικονομική ένδεια κ.ο.κ. (Παπακωνσταντίνου, 2005).

Όλα τα ανωτέρω κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την προστασία της υγείας, αφού στοχεύουν στη διασφάλιση στοιχειωδών βιοτικών αναγκών για τον άνθρωπο. Η λειτουργία τους είναι συνεπώς όχι απλά συναγωνιστική αλλά συμπληρωματική σε σχέση με την προστασία της υγείας.

Στην υγεία επομένως, αποδίδεται, δίχως αμφιβολία, αξιακή προτεραιότητα σε σχέση με άλλα αγαθά. Το γεγονός αυτό οφείλεται, πρωτίστως, στη σημασία που έχει για τον άνθρωπο, την ποιότητα ζωής του και, κατ' επέκταση, την κοινωνική συμβίωση. Η διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας αποτελούν, άλλωστε, ανέκαθεν, θεμελιώδη κοινωνικά ζητήματα. Δεν είναι, επομένως, δίχως

εξήγηση το γεγονός ότι η προστασία της υγείας συνιστά βασικό χαρακτηριστικό κάθε μορφής συλλογικής οργάνωσης κοινωνικής φροντίδας^{12 13}.

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί, κατεξοχήν κοινωνικό δικαίωμα. Ως κοινωνικό δικαίωμα αποτελεί δομικό στοιχείο της αρχής του κοινωνικού κράτους, με την οποία αναπτύσσει διαλεκτική σχέση, δηλαδή σχέση συνεχούς ανάδρασης και ανταλλαγής κανονιστικών νοημάτων. Η εν λόγω αρχή βασίζεται στην κοινωνική δικαιοσύνη και την κοινωνική αλληλεγγύη, επιβάλλει δε ένα θεσμικό πλαίσιο καθολικής κοινωνικής προστασίας, στον πυρήνα του οποίου βρίσκεται η δημόσια υγεία. Από τον ανωτέρω ερμηνευτικό συνδυασμό του με τη συνταγματική αυτή αρχή το εξεταζόμενο κοινωνικό δικαίωμα ενισχύει και επεκτείνει το κανονιστικό του περιεχόμενο (Σταθόπουλος, 1996).

Συστηματική και συγκροτημένη προνοιακή πολιτική εμφανίζεται μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο. Πριν ακόμη τελειώσει η δεκαετία του 1930 όλα τα αστικά κράτη της Δύσης είχαν οργανώσει συστήματα κοινωνικής ασφάλισης¹⁴ και είχαν υιοθετήσει ρυθμίσεις στους τομείς της υγείας (Οικονόμου, 2004), της εκπαίδευσης, της κατοικίας και της κοινωνικής προστασίας (Flora & Heidenheimer, 1985). Ολοκληρωμένη, ωστόσο, μορφή του κράτους πρόνοιας δεν παρουσιάζεται πριν από το τέλος του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου. Οι μεταπολεμικές συνθήκες στην οικονομία, την κοινωνία και την πολιτική δημιούργησαν τις κατάλληλες

¹² Η συλλογική οργάνωση κοινωνικής φροντίδας δεν είναι, βέβαια πρόσφατο φαινόμενο. Πριν από τη γένεση του αστικού κράτους υπάρχει μια μακρά προϊστορία κοινωνικής πρόνοιας, που απαντά σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις εποχές (Ewald, 2000 & Σταθόπουλος, 1996). Όλα τα συναφή φαινόμενα είχαν, ωστόσο, περιορισμένο και αποσπασματικό χαρακτήρα και δεν υπάκουαν σε μία γενικότερη οργανωτική λογική. Τέτοιες προσπάθειες συναντώνται σε ορισμένους αρχαίους ανατολικούς λαούς (π.χ. Αιγύπτιοι, Ασσύριοι, Σουμέριοι) στην Αρχαία Ελλάδα (π.χ. μεταρρυθμίσεις Σόλωνα στην Αθήνα το 593π.Χ. και του Λυκούργου στη Σπάρτη το 800 μ.Χ.) και στην Αρχαία Ρώμη (Στασινοπούλου, 1992).

Η ανάγκη για την οργάνωση συλλογικής κοινωνικής φροντίδας ανέκυψε, πάντως, με μεγαλύτερη οξύτητα την περίοδο της ανόδου της αστικής τάξης και της εμφάνισης του καπιταλισμού. Η εκβιομηχάνιση και η αστυφιλία γιγάντωσαν, ποσοτικά και ποιοτικά, το πρόβλημα της οικονομικής επιβίωσης (Henderson, 1961). Η προλεταριοποίηση μεγάλων κοινωνικών στρωμάτων των πόλεων αλλά και η αύξηση του πληθυσμού που παρατηρήθηκε μετά το 1815 στον ευρωπαϊκό χώρο μεγέθυνε ένα υπαρκτό πρόβλημα και αύξησε την πίεση για κρατική κοινωνική πολιτική (Thompson, 1963).

¹³ Στη Μ. Βρετανία, για παράδειγμα, η μέριμνα για την υγεία αποτέλεσε εξαρχής θεμελιώδες χαρακτηριστικό της κοινωνικής πολιτικής. Το 1911, έτσι, εισάγεται με τον National Insurance Act ένα αρκετά συγκροτημένο σύστημα ασφάλισης υγείας για τους εργαζόμενους, με τριμερή χρηματοδότηση.

¹⁴ Η Αυστρία και το Βέλγιο υιοθέτησαν για πρώτη φορά την ασφάλιση κατά της ανεργίας το 1920, η Ελβετία το 1924, η Γερμανία το 1927 και η Σουηδία το 1940 (Abel - Smith, 2001).

προϋπόθεσες για τη “*θεσμική ωρίμανση*” του κράτους πρόνοιας (Flora & Heidenheimer, 1985), βασικό στοιχείο της οποίας υπήρξε η προστασία της υγείας¹⁵.

Ενόψει ιδίως της στενής σύνδεσής της με την αξία του ανθρώπου και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, η υγεία καθίσταται, όπως σημειώθηκε, πρωταρχικό αγαθό με ιδιαίτερη ηθικοπολιτική σημασία. Η προστασία της αποκτά, όπως και η συνυφασμένη με αυτήν προστασία του περιβάλλοντος, ένα εν πολλοίς «*υπεριδεολογικό*» περιεχόμενο, τίθεται, δηλαδή, εκτός του πεδίου της ιδεολογικοπολιτικής διαμάχης¹⁶ (Παπακωνσταντίνου, 2005).

2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας

Η αποσαφήνιση της έννοιας της «υγείας» έχει, ασφαλώς, κομβική σημασία για την ανάλυση του κανονιστικού περιεχομένου του εξεταζόμενου θεμελιώδους δικαιώματος. Το Σύνταγμα δεν περιλαμβάνει, βέβαια, ορισμό της «υγείας». Παραπέμπει, αφενός στην επιστημονική και αφετέρου στην καθημερινή χρήση της έννοιας αυτής απ’ τους κοινωνούς. Η εν λόγω διαπίστωση, ωστόσο, δεν επιλύει αφ’ εαυτής το πρόβλημα¹⁷.

Στη θεωρία έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί. Η μάλλον κρατούσα άποψη υιοθετεί τον ορισμό που περιλαμβάνεται στο Προοίμιο του Καταστατικού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας του 1946, σύμφωνα με το οποίο ως υγεία νοείται «*η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία*». Κατά την αντίληψη αυτή η έννοια της «υγείας» που περιλαμβάνεται στο άρθρο 21 παρ. 3 Συντ. «*δεν σημαίνει κάτι*

¹⁵ Το παράδειγμα της Μεγάλης Βρετανίας είναι χαρακτηριστικό. Σε αυτή οικοδομείται την περίοδο αυτή ένα κράτος ευημερίας, το οποίο επιδιώκει (και συχνά το επιτυγχάνει) να συνδυάσει την οικονομική ανάπτυξη με την κοινωνική πολιτική. Η Εργατική Κυβέρνηση με αλληπάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις (Family Allowances Act 1945, National Insurance Industrial Injuries Act 1946, National Health Service Act 1946, National Assistance Act 1948) συγκρότησε ένα σχετικά ισχυρό σύστημα κοινωνικής πολιτικής και ασφάλισης.

¹⁶ Είναι ενδεικτικό ότι η προστασία της υγείας στο πλαίσιο ορισμένης κοινωνικής πολιτικής αποτελεί βασικό στοιχείο των προγραμμάτων των περισσότερων κομματικών σχηματισμών όλου του πολιτικού φάσματος, καθώς και της διδασκαλίας του συνόλου των θρησκευτικών δοξασιών.

¹⁷ Δεν επιλύει, εξάλλου, το ζήτημα η άποψη των E. Junk, *Das Recht auf Gesundheit*, 1982, Beck, σ. 2 – 3 και J. Foyer, *Le droit u la santé en droit français*, Académie de Droit International de la Haye, 1979, Sijthoff & Noordoff, σ. 94 ε., ιδίως σ. 98, σύμφωνα με την οποία δεν είναι δυνατός ο προσδιορισμός της υγείας, αφού αυτή αφενός δεν μπορεί να μετρηθεί και αφετέρου είναι μια έννοια που συναντιέται σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής.

διαφορετικό από τον ορισμό της Π.Ο.Υ. Ίσως μόνον να μην ανήκει στα εννοιολογικά στοιχεία του άρθρου αυτού η ‘πλήρης’, αλλά η ‘ανώτερη δυνατή ευεξία’ των πολιτών, αν θεωρήσουμε ότι ο συνταγματικός νομοθέτης, που γνώριζε τους περιορισμένους υγειονομικούς πόρους της χώρας, δεν ήθελε να εκφράσει απλή ευχή» (Κρεμαλής, 1987). Ο ανωτέρω ορισμός της Π.Ο.Υ. πρέπει επομένως, σύμφωνα με την άποψη αυτή, να γίνει ανεπιφύλακτα δεκτός και για την περίπτωση του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ. (Κατρούγκαλος, 1988 & Κοντιάδης, 1997).

Στο ίδιο μήκος κύματος¹⁸ κινείται, ακόμη, η άποψη εκείνη κατά την οποία «αντικείμενο του δικαιώματος στην υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας..., αλλά η πληρέστερη δυνατή σωματική και ψυχική ευεξία του ανθρώπου» (Ανθόπουλος, 1993). Σύμφωνα με την εν λόγω αντίληψη «αυτή η πολυδιάστατη έννοια της υγείας, που πλησιάζει, αν και δεν ταυτίζεται, με την προσέγγιση της Παγκόσμιας Οργάνωσης υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Συνδιάσκεψης της Άλμα – Άτα του 1978, πρέπει να θεωρηθεί ότι συμπίπτει με τη συνταγματική έννοια της υγείας».

Αντίθετη με τις ανωτέρω απόψεις, οι οποίες βασίζονται ουσιαστικά σε μία «μαξιμαλιστική» αντίληψη για την έννοια της υγείας, είναι η άποψη ότι ο εν λόγω ορισμός του Προοιμίου του Καταστατικού της Π.Ο.Υ. «φαίνεται υπερβολικά ευρύς, αφού ιδίως η ψυχική και κοινωνική ‘ευεξία’ αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και όντως η συμβολή του κράτους στη διασφάλισή της δεν μπορεί παρά να είναι επιβοηθητική της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου» (Χρυσόγονος, 2006). Σύμφωνα, με την άποψη αυτή «λειτουργικότερος φαίνεται ένας αρνητικός ορισμός της υγείας ως της φυσικής κατάστασης του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του. Με άλλες λέξεις, το άτομο είναι υγιές όταν δεν συντρέχει κάποια από τις περιπτώσεις τις οποίες η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει ως ασθένειες». Παρόμοια είναι η αντίληψη (Μανωλκίδης, 1990) εκείνη σύμφωνα με την οποία η έννοια της «ευεξίας» που περιλαμβάνεται στο καταστατικό της Π.Ο.Υ. «καθίσταται υποκειμενική, αόριστη και πάντως ακατάλληλη για νομική χρήση και αξιολόγηση, χωρίς τον κίνδυνο να συμπεριλάβουμε στο αντικείμενο υγεία πλήθος άλλων δραστηριοτήτων που ρυθμίζει η έννομη τάξη με

¹⁸ Επισημαίνεται ότι στον εν λόγω ορισμό της υγείας που περιλαμβάνεται στο Προίμιο του Καταστατικού Χάρτη της Π.Ο.Υ. θεμελιώνεται ουσιαστικά ο σχετικός ορισμός που εμπεριέχεται στο άρθρο 2 του ν. 1650/1986, ο οποίος αναφέρεται, στην προστασία του περιβάλλοντος. Σύμφωνα, ειδικότερα, με τον ορισμό αυτόν ως υγεία προσδιορίζεται «η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου ή του συνόλου του πληθυσμού».

κάποια αυτοτέλεια». Επομένως, με τον ανωτέρω όρο «συνήθως δηλώνουμε τη φυσική εκείνη κατάσταση του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική ανθρώπινη δραστηριότητα, σωματική ή πνευματική».

Επισημαίνονται εν πρώτοις ότι , η έννοια της «κοινωνικής ευεξίας» είναι αφενός εξαιρετικά αόριστη και υποκειμενική για να συμβάλλει στον προσδιορισμό της υγείας και αφετέρου υπερβολικά ευρεία για να μπορεί να υπαχθεί σε αυτήν. Πράγματι, από την κοινή πείρα και την επιστημονική και την κοινωνική χρήση των εννοιών αυτών, προκύπτει ότι η έννοια της «ευεξίας» είναι σημαντικά ευρύτερη εκείνης της «υγείας». Ειδικότερα, η υγεία συνιστά αναγκαία αλλά όχι τη μοναδική προϋπόθεση της «ευεξία» του ατόμου. Υπάρχει σειρά ψυχολογικών, διαπροσωπικών, συναισθηματικών, κοινωνικών, οικονομικών, κ.α. παραγόντων, οι οποίοι συμπροσδιορίζουν την ιδιαίτερη αυτή κατάσταση του ατόμου, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «ευεξία».

Επιπλέον, η μεταφορά νοημάτων από το Προοίμιο του Καταστατικού της Π.Ο.Υ. στο άρθρο 21 παρ. 3 Συντ. δεν είναι αυτονόητη ούτε χωρίς προβλήματα. Πράγματι, οι έννοιες που χρησιμοποιούνται σε τέτοια διεθνή κείμενα έχουν συνήθως «αυτόνομο» χαρακτήρα, προσλαμβάνονται και ερμηνεύονται, δηλαδή, με ιδιαίτερο τρόπο και όχι κατ' ανάγκη όπως εννοούνται στις επιμέρους εθνικές έννομες τάξεις (Ρούκουνας, 1995). Επιτελούν άλλωστε συγκεκριμένες λειτουργίες στο πλαίσιο του αντικειμένου που ρυθμίζουν.

Ο ορισμός της «υγείας» από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ανταποκρίνεται πολύ στις σύγχρονες απαιτήσεις που προσφέρουν στους πολίτες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, αλλά και υπηρεσίες επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής. Η αξία μιας τόσο πλατιάς θεώρησης έγκειται στην κινητοποίηση όλων των μέσων για την εξουδετέρωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία και για την εξάλειψη των γενικότερων επιπτώσεων που απορρέουν από τις βλάβες της (Παπακωνσταντίνου, 2005).

Όσο αντιπροσωπευτικός όμως κι αν φαίνεται ο ορισμός της Π.Ο.Υ., δεν αρκεί αυτούσιος για βάση του δικαιώματος των πολιτών να απαιτούν από το κράτος μέτρα προστασίας της υγείας. Τα κριτήρια που χρησιμοποιεί έχουν ανάγκη προσαρμογής στα εφαρμοζόμενα κάθε φορά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία καθορίζουν και την προτεραιότητα στις προστατευόμενες αξίες (Μαδιανός et al,

1988). Όπως εξάλλου είναι διατυπωμένος ο ορισμός της Π.Ο.Υ., θα έπρεπε να θεωρηθεί αντικείμενο προστασίας της υγείας και η εξασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος συντήρησης του πληθυσμού, αφού χωρίς αυτό δε μπορεί να γίνει λόγος για «κοινωνική ευεξία».

Από την αναζήτηση ορισμού για την υγεία διαπιστώσαμε ήδη πόση σημασία έχει η κοινωνικοπολιτική διάσταση, ως προσδιοριστικός παράγοντας του δικαιώματος αυτού. Αν προασπίζεται ένα ατομικό αγαθό, ενισχύεται ο ανταποδοτικός χαρακτήρας των υγειονομικών παροχών, ενώ αν ενδιαφερόμαστε για ένα κοινωνικό αγαθό, διευκολύνεται η ελεύθερη και ισότιμη χορήγησή τους. Επιπλέον έχει σημασία και η οικονομική διάσταση, πώς δηλαδή θα γίνει καλύτερη αξιοποίηση (παραγωγή, κατανομή και χρήση) των περιορισμένων υγειονομικών μέσων, ώστε να μην αναγνωριστεί ένα δικαίωμα που δε θα μπορεί να ασκηθεί (Κρεμαλής, 1987).

2.2 Η Υγεία ως Κοινωνικό και Ατομικό Δικαίωμα

Τα ατομικά δικαιώματα τα απολαμβάνουν ατομικά οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και σε αυτά κατατάσσονται όλα τα δικαιώματα που έχουν να κάνουν με την αξιοπρέπεια του ατόμου, το απόρρητο της προσωπικής του ζωής, το σεβασμό των θρησκευτικών και άλλων πεποιθήσεών του, καθώς και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, στη συμμετοχή του και στη λήψη απόφασης για την υγεία του, στη συναίνεση πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση πάνω του και στη φυσική και διανοητική του ακεραιότητα και ασφάλεια (Αρσενοπούλου, 2006).

Τα κοινωνικά δικαιώματα, αφορούν το συλλογικό δικαίωμα των ατόμων μιας κοινωνίας για ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών (πάνω από ένα ελάχιστο επίπεδο) από την πολιτεία και τους σχετικούς δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς με ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών και εξάλειψη κάθε είδους διακρίσεων (οικονομικών, γεωγραφικών και κοινωνικών) στην παροχή φροντίδα υγείας (Αρσενοπούλου, 2006).

Τα ατομικά δικαιώματα μπορούν να εκφραστούν με απόλυτους όρους και μπορεί να επιβληθούν εκ μέρους ενός μεμονωμένου ασθενούς απέναντι σε κάθε σύστημα υγείας, ενώ τα κοινωνικά δικαιώματα παρέχονται με γενικότερο τρόπο στους πολίτες της κάθε χώρας, δεν είναι εύκολο να μετρηθούν με απόλυτους όρους ούτε και δυνατόν να απαιτηθούν από κάθε μεμονωμένο πολίτη, εφόσον δεν ισχύουν

για το κοινωνικό σύνολο. Παρόλα αυτά, μεταξύ των δύο αυτών διακριτών κατηγοριών δικαιωμάτων, δεν υπάρχει καθαρή γραμμή διαχωρισμού, αλλά, αντίθετα, σε πολλά σημεία τους επικαλύπτονται. Για παράδειγμα, το δικαίωμα για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που είναι και ατομικό δικαίωμα του χρήστη υπηρεσιών υγείας, όταν για λόγους που οφείλονται σε οικονομική ή κοινωνική του δυσχέρεια ή ακόμα και σε σωματική του αναπηρία, δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στις κατάλληλες για την πάθησή του υπηρεσίες υγείας. Σε πάρα πολλές περιπτώσεις, λοιπόν, η ικανοποίηση των μεν (κοινωνικών δικαιωμάτων) διασφαλίζει την ικανοποίηση των δε (ατομικών) και αντίθετα (Αρσενοπούλου, 2006).

2.3 Η προσέγγιση της Υγείας ως «παγκόσμιο δημόσιο αγαθό»

Η παγκοσμιοποίηση δεν αποτελεί επιλογή. Αποτελεί μονόδρομο. Και φυσικά όχι ανθόσπαρτη λεωφόρο. Προς το παρόν, περισσότερο θυμίζει κακοτράχαλο ανηφορικό μονοπάτι με επικίνδυνες λακκούβες και απρόβλεπτες στροφές. Είναι όμως ο μόνος δρόμος που μπορεί να ακολουθήσει η ανθρωπότητα στη νέα χιλιετία που διανύουμε (Τούντας, 2002).

Οι μεγάλες προκλήσεις της εποχής μας, όπως εξάλλου και τα μεγάλα προβλήματα, έχουν λάβει πλέον με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της επικοινωνίας, καθώς και με την κινητικότητα του κεφαλαίου και των ανθρώπων, οικουμενικές διαστάσεις.

Η εξάπλωση της φτώχειας, τα πυρηνικά όπλα, η καταστροφή του περιβάλλοντος, η διεθνής τρομοκρατία, ο υποσιτισμός, που αποτελούν ίσως τις πιο κραυγαλέες αλλά δυστυχώς όχι τις μόνες σύγχρονες διεθνείς μάστιγες, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά πλέον σε εθνικό επίπεδο. Η καταπολέμησή τους μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με λύσεις που μπορεί να δώσει η ανθρωπότητα στο σύνολό της, μέσα από τη διεθνή συνεργασία και την εγκαθίδρυση και ισχυροποίηση παγκόσμιων δημοκρατικών θεσμών (Κυριόπουλος et al, 2003).

Ανάμεσα στα μεγάλα διεθνή προβλήματα της εποχής μας προεξέχουσα θέση καταλαμβάνουν και οι σύγχρονες απειλές για την υγεία. Η αναζωπύρωση των λοιμωδών – μεταδοτικών νοσημάτων (AIDS, φυματίωση, κ.α.), η τρύπα του όζοντος και το φαινόμενο του θερμοκηπίου, η εξάπλωση των εξαρτησιογόνων ουσιών, η

τοξικότητα βιομηχανικών προϊόντων, δεν γνωρίζουν πλέον εθνικούς φραγμούς. Ούτε, από την άλλη, τα εθνικά σύνορα αποτελούν πλέον ασπίδα προστασίας της υγείας των αναπτυγμένων λαών ή των προνομιούχων κοινωνικών ομάδων.

Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύσσεται η προσέγγιση της υγείας ως «*παγκόσμιου δημόσιου αγαθού*»¹⁹, το οποίο προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων κρατών, πλούσιων και φτωχών, για την ανάπτυξη προγραμμάτων, πολιτικών και υπηρεσιών που θα μπορούν να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις (WHO, 2002a).

Τα παγκόσμια δημόσια αγαθά περιλαμβάνουν φυσικά αγαθά, όπως το στρώμα του όζοντος, ανθρώπινα επιτεύγματα, όπως η πληροφόρηση και η γνώση, και διεθνείς πολιτικές, όπως η διατήρηση της ειρήνης και της οικονομικής σταθερότητας. Στην τελευταία αυτή κατηγορία των διεθνών πολιτικών υπάγεται και η υγεία ως δημόσιο αγαθό. Κάθε μία από τις κατηγορίες αυτές αντιμετωπίζει διαφορετικές προκλήσεις. Τα φυσικά αγαθά κινδυνεύουν από υπερκατανάλωση, τα ανθρώπινα επιτεύγματα υποκαταναλώνονται και η προστασία της υγείας, καθώς και οι άλλες διεθνείς πολιτικές, παράγονται και προσφέρονται ανεπαρκώς (Kaul & Faust, 2001).

Σε ό, τι αφορά στην υγεία, η ανεπάρκεια των σχετικών πολιτικών δεν οδηγεί μόνο σε τεράστιες ανισότητες του επιπέδου υγείας ανάμεσα στις φτωχές και πλούσιες χώρες, αλλά και σε σημαντικές κοινωνικές ανισότητες στο εσωτερικό των ίδιων των αναπτυγμένων χωρών. Ένας κάτοικος του Μπαγκλαντές, όπως και ένα μαύρο στο Χάρλεμ της Νέας Υόρκης, ζει κατά μέσο όρο λίγο περισσότερο από τα μισά του μέσου όρου ζωής στη δυτική Ευρώπη (Κυριόπουλος et al, 2003).

Η διαιώνιση των μεγάλων προβλημάτων υγείας αντανακλά, εκτός από τις ευθύνες των ισχυρών του πλανήτη μας, και την αδυναμία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) να διαδραματίσει ένα πιο αποφασιστικό ρόλο. Όπως εξάλλου και ο ΟΗΕ, που περισσότερο συζητά, διαβουλεύεται, αποφασίζει και

¹⁹ Ο όρος παγκόσμιο ή διεθνές δημόσιο αγαθό αναφέρεται στο αγαθό το οποίο είναι διαθέσιμο σε όλους σε παγκόσμια κλίμακα και ο καθένας αποκομίζει από αυτό υπηρεσίες και χρησιμότητα. Για τα αγαθά αυτά ισχύουν οι αρχές του μη αποκλεισμού και της αδιαιρετότητας στα πλαίσια του παγκόσμιου χώρου. Η πρώτη αρχή σχετίζεται με την τεχνική δυσκολία αποκλεισμού από τη χρησιμοποίηση του αγαθού όσων δεν διατίθενται να πληρώσουν την τιμή (φαινόμενο λαθρεπιβάτη) και θέτει ζητήματα χρηματοδότησης. Η δεύτερη αρχή σημαίνει ότι η ίδια μονάδα του αγαθού εξυπηρετεί πολλούς συγχρόνως και εγείρει το ζήτημα παροχής και άριστης ποσότητας του αγαθού. Η υγεία, το περιβάλλον, η γνώση, η ειρήνη και η ασφάλεια και η οικονομική σταθερότητα θεωρείται ότι ανήκουν στην κατηγορία των παγκόσμιων δημόσιων αγαθών (Ferroni & Mody, 2002).

λιγότερο έως καθόλου δρα, έτσι και ο ΠΟΥ αδυνατεί να αναδειχθεί στη σημερινή συγκυρία σε φορέα όχι μόνο χάραξης αλλά και εφαρμογής παγκόσμιας πολιτικής υγείας (Sun, 2003).

Μέσα λοιπόν από την αναζήτηση νέων θεσμών παγκόσμιας δημοκρατικής διακυβέρνησης, που θα εξασφαλίσουν ειρήνη, ασφάλεια, δικαιοσύνη, ευμάρεια και περιβαλλοντική προστασία, θα πρέπει και η υγεία να αποκτήσει τις ανάλογες ισχυρές διεθνείς υποδομές, που θα επιτρέπουν την προάσπιση της και την κατοχύρωσή της ως παγκόσμιο δημόσιο αγαθό (Τούντας, 2002).

2.4 Το Δικαίωμα της Υγείας στο Δίκαιο

Η αξιακή βαρύτητα που αποδίδεται στην προστασία της υγείας αποτυπώνεται κατά τρόπο απτό στο δίκαιο. Συναφείς διατάξεις περιλαμβάνονται τόσο στην ενωσιακή και τη διεθνή έννομη τάξη, όσο και στα συνταγματικά κείμενα πολλών χωρών. Ειδικότερα, παρατηρούνται τα εξής:

2.4.1 Η Ενωσιακή έννομη τάξη

ι. Η Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας

Στο πρωτογενές κοινοτικό δίκαιο περιλαμβάνονται αναφορές για την προστασία της υγείας (Βλαχόπουλος, 2004). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Προοίμιο της Συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, τα κράτη μέλη «θέτουν ως κύριο σκοπό των προσπαθειών τους τη σταθερή βελτίωση των όρων διαβίωσης των λαών τους». Ακόμη, στο άρθρο 2 ΣυνθΕΚ σημειώνεται ότι αποστολή της Κοινότητας είναι, μεταξύ άλλων, η «άνοδος του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής». Στο πλαίσιο αυτό, εξάλλου, το άρθρο 3 ΣυνθΕΚ ορίζει ότι η δράση της Κοινότητας περιλαμβάνει «...συμβολή στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας».

Οι ανωτέρω διατάξεις εξειδικεύονται σε ειδικό Τίτλο (XIII) της Συνθήκης, ο οποίος αφορά τη «Δημόσια Υγεία». Σύμφωνα, έτσι, με το άρθρο 152 παρ. 1 (πρώην άρθρο 129): «Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε

όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας».

Ακόμη, κατά την παρ. 4 του άρθρου αυτού, το Συμβούλιο θεσπίζει, σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 ΣυνθΕΚ (συναπόφαση) «μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, εκτός οιασδήποτε αναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών». Σύμφωνα, πάντως, με την παρ. 5 του άρθρου 152 ΣυνθΕΚ, η οποία εξειδικεύει την εφαρμογή της αρχής της επικουρικότητας στον τομέα αυτόν: «Η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης».

Στις 13 Δεκεμβρίου 2007, μια Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που σχεδιάστηκε για να αντικαταστήσει το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα και για να μεταρρυθμίσει την Ευρωπαϊκή Ένωση, η **Συνθήκη της Λισσαβόνας**, αναφέρει στο άρθρο 168 για τη Δημόσια Υγεία:

- τα κράτη – μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. «Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη – μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού, ιδίως πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση».

- στην παράγραφο 2, «η Ένωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών – μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Ενθαρρύνει ιδίως τη συνεργασία μεταξύ των κρατών – μελών με σκοπό τη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές». Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τηρείται πλήρως ενήμερο. «Η Ένωση και τα κράτη – μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας».

- στην παράγραφο 4 «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου».
- στην παράγραφο 7, «η δράση της Ένωσης, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την σωματική και ψυχική υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας καθώς και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους».
- Η Ένωση «συμπληρώνει τη δράση των κρατών – μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης».

Με τις ανωτέρω διατάξεις ενσωματώνεται η προστασία της υγείας στις λοιπές πολιτικές της Κοινότητας. Τα κοινοτικά όργανα οφείλουν, επομένως, κατά την άσκησης των αρμοδιοτήτων τους, να λαμβάνουν μέτρα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και την πρόληψη των ασθενειών²⁰. Οι λοιπές πολιτικές της Κοινότητας δεν μπορούν να αντιστρατεύονται την προστασία της υγείας ούτε να την περιορίζουν, παρά μόνον στον βαθμό που κάτι τέτοιο κρίνεται επιτρεπτό βάσει των σχετικών δικαιικών και αξιακών σταθμίσεων μεταξύ των διακυβευόμενων συμφερόντων.

ii. Ο Κοινοτικός Κοινωνικός Χάρτης των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων

²⁰ Σύμφωνα με τη νομολογία του ΔΕΚ η προστασία της υγείας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και στους άλλους τομείς κοινοτικής πολιτικής. Βλ. ΔΕΚ C- 180/96, Ηνωμένο Βασίλειο / Επιτροπή, Συλλ. 1998, I – 2265, σκ. 120. Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται από τη νομολογία ιδίως στον τομέα της γεωργικής πολιτικής. Βλ. τις Προτάσεις Tesouro στις υποθέσεις C-157/96 και C – 180/97, National Farmer’ s Union.

Στη Σύνοδο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του Στρασβούργου τον Δεκέμβριο του 1989 εγκρίθηκε, με μειοψηφία της Μ. Βρετανίας, ο Κοινωνικός Χάρτης των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων (Κοντιάδης, 2001). Ο εν λόγω Χάρτης αναφέρεται, όπως, άλλωστε, προκύπτει από τον τίτλο του, κατά βάση στα κοινωνικά δικαιώματα των εργαζομένων. Σύμφωνα με το άρθρο 19: *«Κάθε εργαζόμενος πρέπει να απολαύει ικανοποιητικών συνθηκών προστασίας της υγείας του στο χώρο εργασίας»*. Ακόμη, το άρθρο 25 ορίζει: *«Στα άτομα που έχουν φθάσει μεν σε ηλικία συνταξιοδότησης χωρίς όμως να τους αναγνωρίζεται συνταξιοδοτικό δικαίωμα και που δεν έχουν άλλους πόρους διαβίωσης, πρέπει να εξασφαλίζονται επαρκείς πόροι καθώς και κοινωνική και ιατρική βοήθεια, που θα είναι ανάλογες προς τις προσωπικές τους ανάγκες»*.

Ο Χάρτης δεν απέκτησε νομικό περιεχόμενο αλλά έλαβε τη μορφή επίσημης πολιτικής διακήρυξης. Στο Προοίμιο της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρεται όμως ότι τα κράτη – μέλη *«επιβεβαιώνουν την προσήλωσή τους στα θεμελιώδη δικαιώματα»*, όπως ορίζονται από τον Χάρτη αυτόν. Το γεγονός αυτό του προσδίδει, αναμφίβολα, ιδιαίτερη πολιτική αλλά και ερμηνευτική σημασία.

Καθίσταται από τα ανωτέρω σαφές ότι η προστασία της υγείας διασφαλίζεται στην ενωσιακή έννομη τάξη. Θεσπίζεται, μάλιστα, υψηλό επίπεδο προστασίας. Παρά το γεγονός ότι καταλείπονται ευρύτερα περιθώρια στα κράτη μέλη για την άσκηση πολιτικής υγείας, οι κανόνες του πρωτογενούς κοινοτικού δικαίου δεσμεύουν τα κοινοτικά όργανα και οριοθετούν την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους. Η συμπερίληψη, εξάλλου, ειδικών προβλέψεων σε κείμενα τα οποία προορίζονται να αποτελέσουν τη βάση για τη συνταγματική οικοδόμηση της Ένωσης, καταδεικνύει, δίχως αμφιβολία, την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται στην προστασία του αγαθού αυτού. Δεν θα ήταν υπερβολή να υποστηριχθεί ότι η εν λόγω προστασία προσλαμβάνεται ως εν πολλοίς αυτονόητο στοιχείο του κοινού ευρωπαϊκού νομικού και πολιτικού πολιτισμού (Παπακωνσταντίνου, 1997).

Ωστόσο ο δρόμος που απομένει για τη θέσπιση ενός ολοκληρωμένου νομικού πλαισίου είναι μακρύς. το ίδιο ισχύει άλλωστε και για τη κάλυψη του ευρύτερου *«κοινωνικού ελλείμματος»* που παρουσιάζει η Ένωση (Μάνεσης, 1995).

iii. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιλαμβάνει ειδική διάταξη για την προστασία της υγείας. Συγκεκριμένα, το άρθρο 35 του Χάρτη ορίζει: «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου»²¹.

Ο ανωτέρω Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων δεν έχει αποκτήσει, ως γνωστόν, ακόμη νομική ισχύ. Αναμφίβολη είναι εντούτοις η ευρύτερη νομικοπολιτική σημασία του (Παπαδημητρίου, 2001). Η μνεία, άλλωστε, των διατάξεών του σε αποφάσεις των δικαιοδοτικών οργάνων της Κοινότητας βεβαιώνει του λόγου το αφαλές.

iv. Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα

Οι ανωτέρω διατάξεις της ΣυνθΕΚ και του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων περιελήφθησαν αυτολεξεί στο Ευρωπαϊκό Σύνταγμα (άρθρα III – 278 και II – 95, αντίστοιχα), που διαμορφώθηκε από την Ευρωπαϊκή Συνέλευση αλλά δεν τέθηκε τελικά σε ισχύ. (Παπαδημητρίου, 2003 & Σωτηρέλλης, 2002).

2.4.2 Η διεθνής έννομη τάξη

i. Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Η προστασία της υγείας βρίσκει ερείσματα και σε διεθνή κείμενα. Το άρθρο 25 παρ. 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων (Δασκαλάκης, 1953) του Ανθρώπου ορίζει: «Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα ..., ιατρική περίθαλψη, όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία..., όπως και για

²¹ Οι αρχές που περιέχονται σε αυτό το άρθρο βασίζονται στο άρθρο 152 ΣυνθΕΚ, καθώς και στο άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Το δεύτερο εδάφιο του άρθρου αναπαραγάγει το εδάφιο α' της παραγράφου 1 του άρθρου 152 ΣυνθΕΚ.

όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξάρτητων της θέλησής του»²².

ii. Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (ΔΣΟΚΠΔ) του 1966

Σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΔΣΟΚΠΔ του 1966²³:

«1. Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία.

2. Τα μέτρα που θα λάβουν τα συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού, πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση:

α) Της μείωσης των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών.

β) Της βελτιώσεως όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής.

γ) Της προφύλαξης και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών.

δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περιπτώσεις ασθένειας».

iii. Η Διακήρυξη της Γενικής Συνδιάσκεψης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εργασίας του 1944

²² Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου δεν διαθέτει νομική ισχύ στην εσωτερική έννομη τάξη (βλ. Σ.τ.Ε. 2905/1999, 2183 – 84/1991, 933/1991, 4039 – 40/1988). Είναι, ωστόσο, σαφές ότι η εν λόγω Διακήρυξη αποτελεί πηγή έμπνευσης για τον εφαρμοστή του δικαίου, ενόψει μάλιστα, και της μεγάλης πολιτικής σημασίας της. Χαρακτηριστική είναι εν προκειμένω η Σ.τ.Ε. 3265/1990, με την οποία κρίθηκε ότι οι κρίσιμες για την επίμαχη υπόθεση διατάξεις «πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα των διεθνών συμβάσεων που διακηρύσσουν το δικαίωμα της εργασίας κάθε ατόμου (άρθρο 23 της Οικουμενικής Διακηρύξεως, άρθρο 6 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά κλπ. Δικαιώματα του 1996)». Ιδιαίτερα σημαντική, εξάλλου, πρέπει να θεωρηθεί η λειτουργία της Οικουμενικής Διακήρυξης ως βασικής πηγής έμπνευσης για τον συντακτικό νομοθέτη του 1975. Δεν είναι, μάλιστα, σπάνιες οι άμεσες αναφορές των αγορητών στις Επιτροπές και στην Ολομέλεια της συντακτικής Βουλής σε διατάξεις της Διακηρύξεως αυτής (Bettati et al, 1998).

²³ Κυρώθηκε με το ν. 1532 / 1985 (ΦΕΚ Α' 45/19.03.1985) (Graven, 1993).

Σύμφωνα με τον όρο III της Διακήρυξης της Γενικής Συνδιάσκεψης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εργασίας, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 1944 στη Φιλαδέλφεια²⁴: «*Η Συνδιάσκεψη αναγνωρίζει την επίσημη υποχρέωση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εργασίας να προαγάγει στα διάφορα έθνη του κόσμου την εφαρμογή προγραμμάτων ικανών να επιτύχουν:... στ) την επέκταση των μέτρων κοινωνικής ασφάλειας, όπως εξασφαλισθεί βασικό επίδομα σε όσους έχουν ανάγκη τέτοιας προστασίας, ως και πλήρη ιατρική περίθαλψη, ζ) την πρόσφορη προστασία της ζωής και υγείας των εργαζομένων σε όλες τις απασχολήσεις*».

iv. Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη στο σημείο 11 του πρώτου Μέρους του αναγράφεται: «*Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να απολαμβάνει κάθε μέτρο που του επιτρέπει να έχει την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας*». Ακόμη, στο σημείο 13 του Μέρους αυτού ορίζεται: «*Κάθε πρόσωπο που δεν έχει επαρκείς πόρους έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη*».

Τα άρθρα 11 και 13 του δεύτερου Μέρους του Χάρτη εξειδικεύουν τα ανωτέρω δικαιώματα. Ειδικότερα, κατά το άρθρο 11: «*Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν, είτε απευθείας είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που θα αποσκοπούν ιδίως:*

- 1. Να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας.*
- 2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναίσθησης ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας.*
- 3. Να προλαβαίνουν, κατά το δυνατό, τις επιδημικές, ενδημικές και άλλες ασθένειες*».

Τέλος, το άρθρο 13 του Χάρτη ορίζει: «*Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για κοινωνική και ιατρική αντίληψη, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση:*

²⁴ Η εν λόγω Διακήρυξη κυρώθηκε με το ν. δ. 399/1947.

1. Να μεριμνούν ώστε κάθε πρόσωπο, που δεν διαθέτει επαρκείς πόρους και δεν είναι σε θέση να τους εξασφαλίσει με δικά του μέσα ή από άλλη πηγή, ιδίως δε από παροχές που καταβάλλονται από σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, να μπορεί να λαμβάνει κατάλληλη βοήθεια και σε περίπτωση ασθένειας τις φροντίδες που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του.
2. Να μεριμνούν ώστε τα πρόσωπα που δικαιούνται παρόμοια βοήθεια να μη βλέπουν να τους περιορίζονται από τον λόγο αυτόν τα πολιτικά ή κοινωνικά δικαιώματά τους.
3. Να προβλέπουν ότι όλα τα πρόσωπα θα μπορούν να λαμβάνουν από τις αρμόδιες υπηρεσίες δημοσίου ή ιδιωτικού χαρακτήρα οποιαδήποτε αναγκαία προσωπική βοήθεια για την πρόληψη, εξάλειψη ή βελτίωση της κατάστασης ανάγκης, προσωπικής ή οικογενειακής φύσεως.
4. Να εφαρμόζουν τις διατάξεις των παραγράφων 1,2 και 3 αυτού του άρθρου, με βάση την ισότητα των υπηκόων τους με τους υπηκόους άλλων Συμβαλλόμενων Μερών, που βρίσκονται νόμιμα στο έδαφός τους, σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν με βάση την Ευρωπαϊκή Σύμβαση κοινωνικής και ιατρικής αντίληψης, που υπογράφηκε στο Παρίσι στις 11 Δεκεμβρίου 1953».

v. Διεθνείς Συμβάσεις με ειδικότερο περιεχόμενο

Επισημαίνεται, τέλος, ότι σε σειρά διεθνών συμβάσεων, οι οποίες αναφέρονται σε ειδικά θέματα, περιλαμβάνονται συχνά διατάξεις που αφορούν την προστασία της υγείας. Χαρακτηριστικά μπορεί να αναφερθεί η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Bueren, 1995), που υπογράφηκε στη Ν. Υόρκη στις 26 Ιανουαρίου 1990²⁵. Σε αυτή περιλαμβάνονται διατάξεις (άρθρο 24), με τις οποίες κατοχυρώνεται: «το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατόν επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας».

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η Σύμβαση για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, η οποία γράφτηκε, στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης, στο Oviedo της Ισπανίας στις 4 Απριλίου 1997²⁶. Χαρακτηριστικές είναι οι διατάξεις του άρθρου 3 της Συμβάσεως, σύμφωνα με τις

²⁵ Η Ελλάδα κύρωσε την εν λόγω διεθνή Σύμβαση με τον ν. 2101/1992 (ΦΕΚ Α' 192/02.12.1992).

²⁶ Η Σύμβαση αυτή κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α' 132/19.06.1998).

οποίες τα συμβαλλόμενα κράτη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να «λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειάς τους», καθώς και των άρθρων 4 και 5, με τις οποίες θεσπίζεται ο κανόνας ότι «κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα», ενώ παράλληλα προβλέπεται ότι «επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπό δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του».

vi. Η προστασία της υγείας στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Η προστασία της υγείας στη διεθνή έννομη τάξη δεν εξαντλείται μόνον σε διατάξεις που επιβάλλουν τη λήψη θετικών μέτρων. Επιπλέον, επιτυγχάνεται με την απαγόρευση άσκησης των άλλων δικαιωμάτων κατά τρόπο που να θίγει το κοινωνικό αγαθό της υγείας. Η προστασία της υγείας γίνεται στην περίπτωση αυτή αντιληπτή ως όριο της ατομικής ελευθερίας. Η κρατική εξουσία μπορεί να θεσπίζει περιορισμούς στην ατομική ελευθερία για την προστασία της. Χαρακτηριστικό παράδειγμα προσφέρει εν προκειμένω η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ).

Σε σειρά δικαιωμάτων τα οποία κατοχυρώνονται στα άρθρα 8 – 11 της Συμβάσεως (δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, ελευθερία έκφρασης, ελευθερία του συνέρχεσθαι και του συνεταιρίζεσθαι), προβλέπεται η δυνατότητα θέσπισης από το κράτος περιορισμών, οι οποίοι αποτελούν «αναγκαία μέτρα εν δημοκρατική κοινωνία», μεταξύ των άλλων, για «την προστασίαν της υγείας» (Ρούκουνας, 1995). Επομένως, το κοινωνικό αγαθό της υγείας δικαιολογεί σχετικούς περιορισμούς της ατομικής ελευθερίας. Έτσι, η προστασία της υγείας ανάγεται σε μείζονος σημασίας αγαθό για το κοινωνικό σύνολο, μαζί με άλλα δημόσια αγαθά και συμφέροντα, όπως είναι η εθνική και η δημόσια ασφάλεια, η οικονομική ευημερία της χώρας, η προάσπιση της τάξης και η προστασία της ηθικής.

Ακόμη, η ΕΣΔΑ περιλαμβάνει διατάξεις από τις οποίες προκύπτει υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει θετικά μέτρα για την προστασία της υγείας. Όπως γίνεται δεκτό από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΑΔ) το

δικαίωμα στη ζωή, το οποίο κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 της Συμβάσεως²⁷, θεμελιώνει υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει προστατευτικά μέτρα όταν η ανθρώπινη ζωή απειλείται (Σαρμάς, 2003). Σύμφωνα με τη νομολογία του Δικαστηρίου το άρθρο αυτό πρέπει να ερμηνεύεται κατά τρόπο ώστε οι σχετικές εγγυήσεις του να καθίστανται πρακτικές και αποτελεσματικές²⁸. Κρίθηκε έτσι ότι η παράλειψη των κρατικών οργάνων να λάβουν μέτρα για την προστασία της υγείας κατοίκων που ζούσαν κοντά σε χώρο εναπόθεσης απορριμμάτων παραβιάζει το άρθρο 2 της Συμβάσεως²⁹. Επίσης, στο πλαίσιο των θετικών υποχρεώσεων που θεμελιώνει για το κράτος το άρθρο αυτό, επιβάλλεται στα νοσηλευτικά ιδρύματα λήψη μέτρων τα οποία είναι ικανά και πρόσφορα να διασφαλίσουν τη ζωή των ασθενών³⁰.

Τέλος, έμμεση προστασία της υγείας θεμελιώνεται στο άρθρο 8 της ΕΣΔΑ, το οποίο κατοχυρώνει, μεταξύ των άλλων, το δικαίωμα σεβασμού της κατοικίας³¹. Έτσι, όπως έχει κρίνει κατ' επανάληψη το Δικαστήριο, το κράτος υποχρεούται να λαμβάνει μέτρα για την αποφυγή σημαντικής περιβαλλοντικής μόλυνσης, η οποία είναι ικανή να στερήσει στους κατοίκους τη δυνατότητα απόλαυσης των κατοικιών τους, ακόμη και αν δεν τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους³².

2.5 Περιεχόμενο, φορείς και αντικείμενο του δικαιώματος στην Υγεία

Το περιεχόμενο του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία μπορεί να συνοψιστεί με πολύ γενικούς όρους στην αξίωση να δημιουργήσει το Κράτος κατάλληλες δημόσιες υγειονομικές δομές για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών (Κρεμαλής, 1987).

²⁷ Το εδάφιο α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ορίζει: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου».

²⁸ Βλ. απόφαση της 27^{ης} Σεπτεμβρίου 1995, Mc Cann και λοιποί κατά του Ηνωμένου Βασιλείου.

²⁹ Βλ. απόφαση της 18^{ης} Ιουνίου 2002, Oneryildiz κατά Τουρκίας.

³⁰ Βλ. απόφαση της 17^{ης} Ιανουαρίου, Calvelli και Giglio κατά Ιταλίας.

³¹ Σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 8: «Παν πρόσωπον δικαιούται εις τον σεβασμόν της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και της αλληλογραφίας του».

³² Βλ. αποφάσεις της 16^{ης} Νοεμβρίου 2004, Moreno Gomez κατά Ισπανίας, της 8^{ης} Ιουλίου 2003, Hatton και λοιποί κατά Ηνωμένου Βασιλείου, της 18^{ης} Ιανουαρίου 2001, Chapman κατά Ηνωμένου Βασιλείου, της 19^{ης} Φεβρουαρίου 1998, Guerra κατά Ιταλίας, της 9^{ης} Δεκεμβρίου 1999, Lopez Ostra κατά Ισπανίας και της 21^{ης} Φεβρουαρίου 1990, Powell και Rayner κατά Ηνωμένου Βασιλείου.

Η διατύπωση του άρθρου 21 παρ. 3 Συντ. («*Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...*») ευνοεί αντικειμενικά μια καθολική προοπτική της προστασίας της υγείας, όπου η κρατική φροντίδα για την υγεία θα παρέχεται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως εισοδήματος και κοινωνικής ή επαγγελματικής κατάστασης. Κριτήριο του δικαιώματος της δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν (κατά τη στιγμή της παροχής των φροντίδων) χρήσης των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το Κράτος δεν είναι, κάτω από ένα τέτοιο πρίσμα, η οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση του πολίτη, δηλαδή π.χ. η ιδιότητα του ως εργαζόμενου που καλύπτεται από ασφάλιση ασθενείας ή η κατάστασή του ως κοινωνικά και οικονομικά αδύνατου μέλους της κοινωνίας (π.χ. απόρου), αλλά απλώς και μόνο η πραγματική του ανάγκη για υγειονομική φροντίδα. Αυτή την αρχή της καθολικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, που έχει ιστορική αναφορά στη μεταπολεμική βρετανική και σκανδιναβική εμπειρία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (Σαλαμινίου, 1989), υιοθέτησε ρητά (άρθρο 1 παρ. 2) ο Ν. 1397/83 που θέσπισε το ΕΣΥ.

Η αρχή της καθολικότητας των κοινωνικών παροχών εισάγει μια σημαντική καινοτομία στην παραδοσιακή αντίληψη των κοινωνικών δικαιωμάτων, σύμφωνα με την οποία υποκείμενο των δικαιωμάτων αυτών, πιο συγκεκριμένα της απόλαυσης των κρατικών φροντίδων σε θέματα π.χ. υγείας, παιδείας, στέγασης, ενίσχυσης οικογενειών με μικρά παιδιά, δεν είναι όλοι οι πολίτες, αλλά μόνο οι μη προνομιούχοι, οι μη έχοντες (Ανθόπουλος, 2001).

Οι υποστηρικτές³³ (Αμίτσης, 1993) του συστήματος καθολικών κοινωνικών παροχών επισημαίνουν πως μόνο ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία πολιτών πρώτης και δεύτερης κατηγορίας, ανάλογα π.χ. με τα νοσοκομεία ή τα σχολεία στα οποία έχουν πρόσβαση και να εξασφαλίσει την ποιότητα των παρεχόμενων από το Κράτος κοινωνικών υπηρεσιών, αφού ο περιορισμός των δημοσίων παροχών μόνο στους «φτωχούς» πολίτες, σε συνδυασμό με την έξοδο των ευπόρων τάξεων από το δημόσιο σύστημα, θα οδηγήσει αναπόφευκτα, λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων ασφαλιστικών εισφορών των πρώτων, σε

³³ Ο εμπνευστής του συστήματος καθολικών κοινωνικών παροχών είναι ο William Beveridge, που παρατηρεί σχετικά ότι «...το γεγονός ότι όλοι οι πολίτες υπάγονταν στο ίδιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, εξαφάνιζε τη μομφή που απεδίδeto άλλοτε σε όποιον λάμβανε κρατική βοήθεια, ότι δηλ. ήταν ανίκανος να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του χωρίς εξωτερική βοήθεια» (Perrin, 1992 & Baldwin, 1993).

υποχρηματοδότηση και λειτουργική υποβάθμιση της δημόσιας κοινωνικής προστασίας.

Η εγκατάλειψη της αρχής της καθολικότητας των κοινωνικών παροχών είναι ίσως ανεκτή σε κάποιες περιπτώσεις (π.χ. οικογενειακά επιδόματα), σίγουρα όμως αυτό δεν ισχύει για το δικαίωμα στην υγεία. Η ασθένεια είναι ένας «καθολικός» κίνδυνος στον οποίο είναι εκτεθειμένο το σύνολο του πληθυσμού ανεξαρτήτως εισοδήματος και κοινωνικής τάξης, και η περίθαλψη, αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων που ασθένησαν, όπως βεβαίως και η πρόληψη ή η πρόωπη διάγνωση των νοσημάτων, αποτελούν «συλλογικό συμφέρον» γιατί η καλή κατάσταση της υγείας κάθε πολίτη ξεχωριστά αντανακλά και στην πρόοδο ολόκληρης της κοινωνίας (Δασκαλάκη, 1986).

Εναντίον του συστήματος καθολικών κοινωνικών παροχών προβάλλεται το επιχείρημα πως όταν το «Κράτος δίνει όλα σε όλους» εδραιώνονται ή και αυξάνονται αντί να μειώνονται οι κοινωνικές ανισότητες, γιατί οι εύπορες τάξεις λόγω μόρφωσης και γενικής ενημέρωσης ξέρουν να διεκδικούν αποτελεσματικότερα τα κοινωνικά δικαιώματά τους, με αποτέλεσμα να λαμβάνουν αυτές τη μερίδα του λέοντος των κρατικών πόρων (Μουζέλης, 1994).

Η γενική και εθνική παρέμβαση του Κράτους με τη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού δημοσίου συστήματος υγειονομικής προστασίας, χρηματοδοτούμενο από όλους τους πολίτες ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες τους, είναι εξ ίσου ωφέλιμη και για τους πλούσιους και για τους φτωχούς (Κυριόπουλος et al, 2000). Γιατί όλοι π.χ. κινδυνεύουν από τα τροχαία ατυχήματα και όσοι βρεθούν σε τέτοιο κίνδυνο έχουν ανάγκη άμεσης και κατάλληλης βοήθειας στον τόπο του συμβάντος και επείγουσας μεταφοράς στον πλησιέστερο και κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

Καθολικό είναι το δικαίωμα στην υγεία και από την άποψη ότι είναι ανεξάρτητο από το status civitatis. Το άρθρο 21 παρ. 3 Συντ. αναφέρεται μόνο στους «πολίτες», κατά την ορθότερη όμως γνώμη, που επικαλείται σωστά το άρθρο 2 παρ. 1 Συντ. (αρχή της αξίας του ανθρώπου) το δικαίωμα στη υγεία είναι θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και όχι (μόνο) του πολίτη (Κρεμάλης, 1987). Τόσο ο Ν. 1397/83 (βλ. π.χ. το άρθρο 15 παρ. 1 περ. α' που κάνει λόγο για την «παροχή ισότιμης... περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής και σε όσους

προσωρινά διαμένουν σ' αυτή») όσο και ο Ν. 2071/92 (βλ. μεταξύ άλλων το άρθρο 39 παρ. 1 που ορίζει ότι: «η *“Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική”* παρέχεται ενιαία σε όλη τη χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα») δεν διακρίνουν, όσον αφορά τους δικαιούχους υγειονομικών φροντίδων, μεταξύ ημεδαπών και αλλοδαπών, ασφαλισμένων ή ανασφάλιστων (Ανθόπουλος, 2001).

Αντικείμενο του δικαιώματος στην υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (με την οποία έχει να κάνει το άρθρο 22 παρ. 4 Συντ. κατά το μέρος που αφορά την ασφάλιση υγείας), αλλά η πληρέστερη δυνατή σωματική και ψυχική ευεξία του ανθρώπου, κατάσταση που προϋποθέτει την παροχή υπηρεσιών υγείας από το Κράτος που δεν θα εξαντλούνται μόνο στην περίθαλψη αλλά θα περιλαμβάνουν την πρόληψη, αποκατάσταση και επανένταξη, καθώς και την προαγωγή θετικής συμπεριφοράς υγείας (Ανθόπουλος, 2001).

2.6 Οι ανισότητες στην Υγεία ως εμπόδιο της άσκησης του Κοινωνικού Δικαιώματος

Η εννοιολογική προσέγγιση του φαινομένου – προβλήματος των υγειονομικών ανισοτήτων παραπέμπει σε δύο «περιοχές»: **α)** στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και **β)** στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα. Δηλαδή, οι υγειονομικές ανισότητες διακρίνονται σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, με τις πρώτες να αντανakλούν την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών δομών στο επίπεδο υγείας και τις δεύτερες να αποτελούν έκφραση των διαφοροποιήσεων στην κατανάλωση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει δε να σημειωθεί ότι τόσο η εμπειρική πραγματικότητα όσο και τα επιστημονικά ευρήματα, οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι, συνήθως, οι δύο αυτές μορφές υγειονομικών ανισοτήτων συνυπάρχουν (Σουλιώτης, 2000).

Αναπόφευκτες επίσης θεωρούνται και οι ανισότητες που αποδίδονται σε προσωπικές επιλογές και στάσεις των ατόμων. Ωστόσο, τίθεται εν αμφιβόλω το κατά πόσο τυχόν επιβλαβείς συμπεριφορές μπορούν να αποδοθούν σε «ελεύθερη επιλογή» των ατόμων, τη στιγμή που και αυτή επηρεάζεται από μια σειρά από εξωγενείς

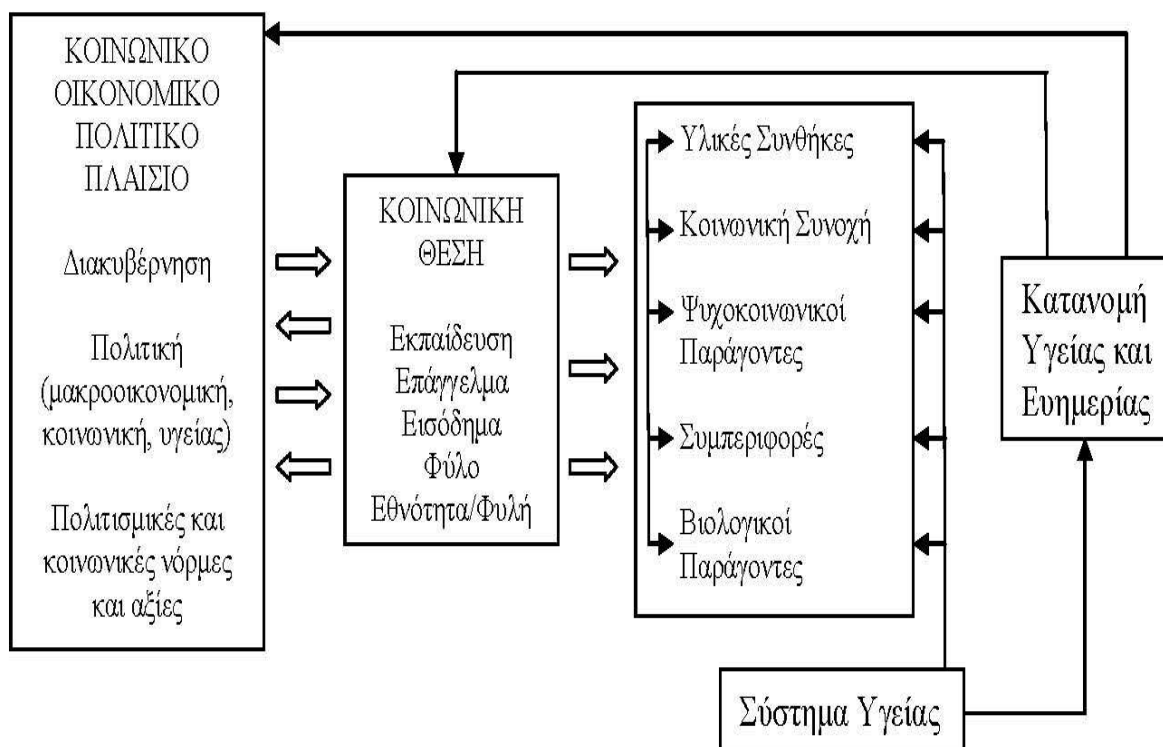
παράγοντες (οικονομικούς, κοινωνικούς, μορφωτικούς, κ.α.) που τελικά ενισχύουν ή και διαιωνίζουν το πρόβλημα των υγειονομικών ανισοτήτων (Abel – Smith & Leiserson, 1978). Με το σκεπτικό αυτό, και οι ανισότητες που απορρέουν από τη συμπεριφορά των ατόμων θεωρούνται άδικες, και ως εκ τούτου αποτελούν στόχο των σχετικών στρατηγικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1978).

Ακολουθώντας τη διαφοροποίηση των υγειονομικών ανισοτήτων που προηγήθηκε, οι στρατηγικές των συστημάτων υγείας αλλά και των διεθνών οργανισμών εστιάζουν σε δύο επίπεδα δράσεων: **α)** σε αυτό της καταπολέμησης των ανισοτήτων στο υγειονομικό αποτέλεσμα και **β)** σε αυτό της εξασφάλισης ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε όλους (Σουλιώτης, 2006).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2013), βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από ένα μεγάλο αριθμό διεθνών ερευνών, η πολυπαραγοντικότητα των αιτιών και των συνθηκών, καθώς και η πολυπλοκότητα των μηχανισμών γεννούν εκτεταμένες ανισοτιμίες στην υγεία. Συνέπεια της διαπίστωσης αυτής είναι η προσπάθεια διατύπωσης σύνθετων ερμηνευτικών μοντέλων, με την ενσωμάτωση στοιχείων από τις διαφορετικές προσεγγίσεις (Mackenbach et al, 2002). Όπως φαίνεται στο σχήμα 3, το κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο δομεί τις κοινωνικές θέσεις, με βάση τις οποίες γίνεται η διαστρωμάτωση του πληθυσμού ανάλογα με κοινωνικούς παράγοντες, όπως: η εκπαίδευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, το φύλο, η εθνότητα ή φυλή. Το επίπεδο υγείας και η ύπαρξη κάποιας ασθένειας μπορεί, με τη σειρά τους, να έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο, περιορίζοντας, για παράδειγμα, τις δυνατότητες του για εύρεση εργασίας και μειώνοντας το εισόδημά του. Η κοινωνική θέση επίσης, διαμορφώνει τις υλικές συνθήκες, το βαθμό κοινωνικής συνοχής, τους ψυχολογικούς παράγοντες, τις συμπεριφορές και τους βιολογικούς παράγοντες, τις συμπεριφορές του κάθε ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία και επιδρούν στο επίπεδο υγείας του. Το επίπεδο υγείας και η ύπαρξη κάποιας ασθένειας μπορεί, με τη σειρά τους, να έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο, περιορίζοντας, για παράδειγμα, τις δυνατότητες του για εύρεση εργασίας και μειώνοντας το εισόδημά του. Επιπλέον, η υγεία ενός πληθυσμού έχει επιπτώσεις στο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, επηρεάζοντας, για παράδειγμα, την παραγωγικότητα του οικονομικού συστήματος (Οικονόμου, 2013). Η ύπαρξη ανισοτιμιών στην υγεία θεωρείται από όλες τις χώρες μη αποδεκτή κατάσταση. Αυτό εκφράστηκε αρχικά σε διεθνές επίπεδο στη Διακήρυξη της Alma-Ata, το 1978, όπου

διατυπώθηκε η θέση ότι οι υπάρχουσες ανισότητες στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες (WHO, 1978). Η δήλωση αυτή ανέδειξε το ζήτημα της ισότητας σε πρωταρχικό στόχο της παγκόσμιας στρατηγικής για «Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000», την οποία ανέπτυξε ακολούθως ο ΠΟΥ (ΠΟΥ, 1981). Η σημασία της μείωσης των ανισοτήτων επιβεβαιώθηκε στην 51η Συνέλευση για την Παγκόσμια Υγεία, το 1998, όπου αναγνωρίστηκε η στρατηγική «Υγεία για Όλους στον 21ο αιώνα» ως το πλαίσιο για την ανάπτυξη της μελλοντικής πολιτικής (WHO, 1998a). Ο στόχος για αλληλεγγύη, δικαιοσύνη και ισότητα στην υγεία επαναδιατυπώθηκε, στη συνέχεια, στη στρατηγική «Υγεία 21» του Γραφείου του ΠΟΥ για την περιοχή της Ευρώπης (Οικονόμου & Φερόνας, 2006). Με τους 2 πρώτους από τους 21 στόχους της εν λόγω στρατηγικής επιδιώκεται μέχρι το 2020 η μείωση του τωρινού χάσματος στην υγεία, πρώτον, τουλάχιστον κατά το ένα τρίτο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και, δεύτερον, τουλάχιστον κατά το ένα τέταρτο μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών

Σχήμα 3: Θεωρητικό πλαίσιο για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τις ανισοτιμίες στην υγεία



Πηγή: CSDH, 2008

Πηγή: Οικονόμου, 2013

ομάδων στο εσωτερικό των χωρών αυτών, με ουσιαστική βελτίωση του επιπέδου υγείας των ομάδων που μειονεκτούν³⁴. Εκφράζεται επίσης στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας, που συμφωνήθηκαν από 189 χώρες στην Παγκόσμια Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Χιλιετία τον Σεπτέμβριο του 2000, σύμφωνα με τους οποίους η υγεία γίνεται αντιληπτή στο ευρύτερο πλαίσιο της στρατηγικής καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού³⁵. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι 21 στόχοι για την υγεία στον 21^ο αιώνα.

Σύμφωνα με τους Οικονόμου & Φερόνα, (2006), παρά τις διακηρύξεις αυτές, όπως φαίνεται από εκθέσεις και μελέτες διεθνών οργανισμών (WHO, 2005) και επιμέρους χωρών, οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα δεν έχουν αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας και αναπηρίας, χρησιμοποιούν σε μικρότερο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας από ό,τι θα ήταν αναμενόμενο με βάση τις ανάγκες τους και πολλές φορές αναγκάζονται να συμμετέχουν στο κόστος παροχής ορισμένων υπηρεσιών υγείας, δαπανώντας γι' αυτό μεγάλο ποσοστό του εισοδήματός τους (WHO, 2002b).

Το Σεπτέμβριο του 2012, τα ευρωπαϊκά κράτη υιοθέτησαν το πρόγραμμα «Υγεία 2020»³⁶ του Π.Ο.Υ., ως το νέο πλαίσιο πολιτικής για την υγεία. Κύριο μέλημα αυτού αποτελούν οι ενέργειες των κυβερνήσεων και των κοινωνιών για την βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευεξίας των πληθυσμών.

Σύμφωνα με την έκθεση του Π.Ο.Υ. για τα ευρωπαϊκά δρώμενα έως το 2012, εκτιμάται πρόοδος στην επίτευξη των έξι στόχων, δηλαδή στην μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στην μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, στην ενίσχυση της ευημερίας των πληθυσμών, στην μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας και στην καθιέρωση των εθνικών

³⁴ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) / Γραφείο Περιοχής Ευρώπης (2002), Υγεία 21: Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα.

³⁵ United Nations (UN) / General Assembly (2000), United Nations Millennium Declaration, United Nations, A / RES / 55 / 2.

³⁶ World Health The European Organization (WHO) health report (2015), Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Copenhagen, διαθέσιμο: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/> (15/01/2017).

στόχων που τίθενται από το κράτη μέλη (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016)³⁷. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι στόχοι του «Υγεία 2020».

Πίνακας 2: 21 στόχοι για την Υγεία στον 21ο αιώνα

Ενίσχυση ισότητας και αλληλεγγύης	
1.	Αλληλεγγύη για την υγεία στην Ευρώπη
2.	Ισότητα
3.	Υγιής εκκίνηση στη ζωή
4.	Υγεία νέων ανθρώπων
5.	Υγιής γήρανση
Μείωση επίπτωσης και συχνής εμφάνιση ασθενειών	
6.	Ψυχική υγεία
7.	Μεταδοτικά νοσήματα
8.	Μη μεταδοτικά νοσήματα
9.	Τραυματισμοί από βία και ατυχήματα
Δημιουργία υγιεινότερου περιβάλλοντος	
10.	Υγιές και ασφαλές φυσικό περιβάλλον
11.	Υγιεινότερος τρόπος ζωής
12.	Οινοπνευματώδη, ναρκωτικά, καπνός
13.	Υγιές περιβάλλον
14.	Πολυτομεακή ευθύνη για την υγεία
Βελτίωση Ποιότητας & Αποτελεσματικότητας Συστημάτων Υγείας	
15.	Ολοκληρωμένος τομέας υγείας
16.	Ποιοτική φροντίδα
17.	Χρηματοδότηση και κατανομή πόρων υγείας
18.	Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων
Δημιουργία κοινωνικού κινήματος για την Υγεία	
19.	Έρευνα και γνώση
20.	Δραστηριοποίηση εταίρων
21.	Πολιτικές και στρατηγικές υγείας για όλους

Πηγή: WHO, 1999

³⁷ «Η “ΥΓΕΙΑ 2020” και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου», διαθέσιμο: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2003_16/VA_SP_1_15_03_16.pdf (2/02/2017).

Πίνακας 3: «Υγεία 20–20»

Α/Α	ΣΤΟΧΟΙ	ΥΠΟΣΤΟΧΟΙ / ΔΕΙΚΤΕΣ
1.	Η μείωση της πρόωρης θνησιμότητας	<p>Τρεις υποστόχοι:</p> <p>α) την πρόωρη θνησιμότητα από τις κύριες μη-μεταδοτικές παθήσεις (όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, και άλλες χρόνιες παθήσεις)</p> <p>β) τις ασθένειες που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς</p> <p>γ) την θνησιμότητα από εξωτερικά αίτια, όπως τα τροχαία ατυχήματα.</p>
2.	Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης	<p>Η αποτύπωση γίνεται με το δείκτη του προσδόκιμου επιβίωση κατά την γέννηση.</p>
3.	Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.	<p>Οι κύριοι δείκτες που αποτυπώνουν την μείωση αυτή είναι:</p> <p>α) Η παιδική θνησιμότητα ανά 100 γεννήσεις.</p> <p>β) Η αναλογία των παιδιών που δεν εντάσσονται στην επίσημη πρωτοβάθμια παιδεία.</p> <p>γ) Η ανεργία.</p> <p>δ) Το προσδόκιμο επιβίωσης.</p> <p>ε) Οι εθνικές ή οι περιφερειακές πολιτικές, που θέτουν επί τάπητος την μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων, τεκμηριωμένα και εξακριβωμένα.</p>
4.	Η ενίσχυση της ευημερίας των Πληθυσμών	<p>Αντικειμενικά μέσα από δείκτες όπως:</p> <p>α) η ανεργία.</p> <p>β) το ποσοστό των παιδιών που δεν εντάσσονται στην πρωτοβάθμια παιδεία.</p> <p>γ) οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (αποχετευτικό σύστημα , υδροδότησή).</p> <p>δ) η κοινωνική υποστήριξη.</p>
5.	Η μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας (ισότιμη	<p>Οι κύριοι δείκτες μέτρησης είναι:</p> <p>α) οι συνολικές δαπάνες της υγείας ως ποσοστό</p>

	πρόσβαση σε αποτελεσματικές και απαραίτητες υπηρεσίες, χωρίς οικονομική επιβάρυνση)	του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ). β) οι συνολικές ιδιωτικής χρηματοδότησης δαπάνες στο σύνολο των δαπανών. γ) το ποσοστό των εμβολιασμένων παιδιών
6.	Η καθιέρωση εθνικών στόχων που τίθενται από τα κράτη μέλη	Μέσα από την διαδικασία: α) στοχοθέτησης. β) τη δημιουργία υπευθύνων μηχανισμών. γ) την εφαρμογή των σχεδίων.

Πηγή: WHO, 2013

Τον Σεπτέμβριο του 2015, και τα 193 κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών υιοθέτησαν ένα σχέδιο για την επίτευξη ενός καλύτερου μέλλοντος για όλους, σχεδιάζοντας μια διαδρομή για τα επόμενα 15 χρόνια προς την εξάλειψη της ακραίας φτώχειας, την καταπολέμηση της ανισότητας και της αδικίας και την προστασία του Πλανήτη μας.

Στο επίκεντρο της «Ατζέντας 2030» είναι οι **17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης** (Sustainable Development Goals – SDGs) και 169 ειδικότεροι (targets) που σχετίζονται με αυτούς και αναφέρονται στις σημαντικότερες προκλήσεις της εποχής μας οικονομικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές και διακυβέρνησης. Ο τρίτος στόχος αναφέρεται στην «**Καλή Υγεία και Ευημερία**» (Πίνακας 4). Η διασφάλιση υγιών συνθηκών διαβίωσης καθώς και η προαγωγή της ευημερίας για όλους και σε όλες τις ηλικίες είναι απαραίτητες για τη βιώσιμη ανάπτυξη. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής ενώ έχουν μειωθεί σημαντικά ορισμένοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική και τη μητρική θνησιμότητα. Αντίστοιχα, η σπουδαία πρόοδος που έχει συντελεστεί στην αύξηση της πρόσβασης σε καθαρό νερό και σε εγκαταστάσεις αποχέτευσης έχει οδηγήσει στη μείωση της ελονοσίας, της φυματίωσης, της πολιομυελίτιδας καθώς και της εξάπλωσης του HIV/AIDS. Ωστόσο, χρειάζονται ακόμα περισσότερες προσπάθειες για την πλήρη εξάλειψη ενός μεγάλου φάσματος ασθενειών καθώς και για την αντιμετώπιση πολλών, διαφορετικών και επίμονων ζητημάτων υγείας που ανακύπτουν³⁸.

³⁸ Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών, «17 Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης» (Sustainable Development Goals – SDGs), διαθέσιμο:

Πίνακας 4: Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης

Ο Στόχος «Καλή Υγεία και Ευημερία» επιδιώκει:	
1.	Να μειώσει το ποσοστό της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας σε λιγότερους από 70 θανάτους ανά 100,000 γεννήσεις ζώντων έως το 2030.
2.	Να δώσει τέλος στους αποτρέψιμους θανάτους νεογνών και παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε, ωθώντας όλες τις χώρες να μειώσουν τη βρεφική θνησιμότητα στους 12 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις ζώντων νεογνών τουλάχιστον. Αποβλέπει επίσης στη μείωση των θανάτων παιδιών, ηλικίας κάτω των πέντε, στους 25 θανάτους ανά 1,000 περιπτώσεις γεννήσεων έως το 2030.
3.	Να δώσει τέλος, έως το 2030, σε επιδημίες όπως το AIDS, η φυματίωση, η ελονοσία και άλλες σε παραμελημένες ασθένειες, καθώς και να καταπολεμήσει την ηπατίτιδα, ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του νερού καθώς και άλλες μεταδόμενες ασθένειες.
4.	Να μειώσει, έως το 2030, κατά το ένα τρίτο την πρόωρη θνησιμότητα από μη-μεταδόμενες ασθένειες μέσω της πρόληψης και της θεραπείας και να προωθήσει την ψυχική υγεία και την ευημερία.
5.	Να ενισχύσει την πρόληψη και τη θεραπεία σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και της επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ.
6.	Να μειώσει στο μισό, έως το 2020, τον αριθμό των θανάτων που οφείλονται σε τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα.
7.	Να διασφαλίσει, έως το 2030, την ουσιαστική μείωση του αριθμού των θανάτων και των ασθενειών που οφείλονται σε επικίνδυνες χημικές ουσίες καθώς και στη ρύπανση και τη μόλυνση του αέρα, των υδάτων και του εδάφους.
8.	Να ενισχύσει την εφαρμογή της Σύμβασης Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού σε όλες τις χώρες, ως ενδείκνυται.

https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=27341:sdg-3&catid=36:sgds-2016&Itemid=72 (14/02/2017).

9.	Να ενισχύσει την έρευνα και την ανάπτυξη εμβολίων και φαρμάκων για μεταδύσιμες και μη ασθένειες, οι οποίες επηρεάζουν κυρίως τις αναπτυσσόμενες χώρες και να παράσχει πρόσβαση σε προσιτά και απαραίτητα φάρμακα και εμβόλια σύμφωνα με τη Δήλωση της Ντόχα σχετικά με τη Συμφωνία TRIPS και τη Δημόσια Υγεία. Η δήλωση αυτή επιβεβαιώνει το δικαίωμα των αναπτυσσόμενων χωρών να κάνουν χρήση στο μέγιστο τις διατάξεις της Συμφωνίας TRIPS αναφορικά με τις ευελιξίες που υπάρχουν για την προστασία της δημόσιας υγείας και συγκεκριμένα σχετικά με την παροχή φαρμακευτικής αγωγής για όλους.
10.	Να αυξήσει ουσιαστικά τη χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας καθώς και την πρόσληψη, ανάπτυξη, εκπαίδευση και διατήρηση υγειονομικού δυναμικού στις αναπτυσσόμενες χώρες, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και στα μικρά αναπτυσσόμενα νησιωτικά κράτη.
11.	Να ενισχύσει την ικανότητα όλων των χωρών και συγκεκριμένα των αναπτυσσόμενων, μέσω συστημάτων έγκαιρης προειδοποίησης, να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών αλλά και να διαχειρίζονται κρίσεις υγείας σε εθνικό επίπεδο.

Πηγή: (Unric, 2016)

Ένα βασικό συμπέρασμα από την ανάλυση που προηγήθηκε είναι ότι οι προσπάθειες μεταρρύθμισης με σκοπό να περιοριστούν οι ανισοτιμίες στην υγεία, δεν θα πρέπει να επικεντρώνονται αποκλειστικά στον παραδοσιακό τομέα των ιατρικών υπηρεσιών. Η υγεία δεν είναι μόνο αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων, γενετικής προδιάθεσης ή του βαθμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας, αλλά, πολύ περισσότερο, των σωρευτικών επιδράσεων που ασκούν οι κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες στη διάρκεια ζωής του ατόμου (Οικονόμου, 2006). Ωστόσο, παρά τις παραπάνω διακηρυγμένες διακηρύξεις, το χάσμα στο επίπεδο της υγείας μεταξύ των πιο εύπορων ομάδων του πληθυσμού και αυτών που βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση παραμένει μια πραγματικότητα, υποδηλώνοντας σαφώς ότι εχθροί της υγείας είναι σύμμαχοι της φτώχειας (WHO, 2002). Σήμερα περισσότερο από ποτέ, επιβάλλεται να υλοποιηθούν οι παραπάνω διακηρυγμένοι στόχοι, ώστε να περιοριστούν σε παγκόσμιο επίπεδο οι ανισοτιμίες στο «παγκόσμιο κοινωνικό αγαθό», την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Υποβαθμίζοντας τα Κοινωνικά Δικαιώματα.

Το Κόστος της Λιτότητας στην Ευρώπη και την Ελλάδα

«Πολλοί ζητούν η κυβέρνηση να προστατέψει τον καταναλωτή.

Ένα πολύ πιο επείγον πρόβλημα είναι να προστατευθεί

ο καταναλωτής από την κυβέρνηση.»

Milton Friedman

Η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 έρχεται 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μια σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα “ντόμινο” αλυσιδωτών αντιδράσεων στον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.), η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης (IMF 2009³⁹, Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010⁴⁰). Ανεξάρτητα από τη συντονισμένη προσπάθεια των πολιτικών ηγετών, όλες οι χώρες επιδόθηκαν σε έναν αγώνα δρόμου για τη λήψη μέτρων που αν και διέφεραν μεταξύ τους, ωστόσο είχαν κοινό στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας ώστε να τονωθεί η ζήτηση, να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα και να κινητοποιηθούν οι επενδύσεις με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης.

³⁹ International Monetary Fund (2009), World Economic Outlook Update «Global Economic Slump Challenges Policies» διαθέσιμο;

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf> (4/10/16).

⁴⁰ «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», διαθέσιμο:

<http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (17/11/2016).

3.1 Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη

Η πολύπτυχη διεθνής οικονομική κρίση δημιουργεί μια νέα ισορροπία κοινωνίας, δημοκρατίας, κράτους και αγοράς στην Ευρώπη. Η χρηματοοικονομική ανατροπή κορυφώθηκε στα τέλη του 2008, προξένησε μείωση του εθνικού πλούτου και απείλησε την κοινωνική ευημερία σε όλες τις χώρες. Η ύφεση υποχώρησε από τα μέσα του 2009, όταν η ευρωπαϊκή οικονομία επέστρεψε σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης, αλλά σε ορισμένες χώρες το εθνικό εισόδημα συνέχισε την πτώση του (Ματσαγγάνης, 2011). Όπως συμβαίνει συνήθως, οι επιπτώσεις της κρίσης στην αγορά εργασίας εμφανίσθηκαν με κάποια υστέρηση αλλά ήταν και παραμένουν, τουλάχιστον για κάποιες λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες εφιαλτικές. Όπως συμβαίνει πάντα, η κρίση πλήττει περισσότερο τους ευάλωτους, τους αδύναμους και τους αδικημένους.

Οι πολιτικές συνθήκες για βαθύτερη ενοποίηση δεν φαίνεται να έχουν ακόμη ωριμάσει, ενώ οι οικονομικές ανισορροπίες έχουν πυροδοτήσει ανεξέλεγκτες κοινωνικές εξελίξεις στην Ευρώπη. Σε επίπεδο ηγεσίας της ΕΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο παρέμεινε αντιληπτό ως μέρος του προβλήματος μάλλον παρά της λύσης. Οι κοινοτικές αντιδράσεις στην κρίση περιορίσθηκαν, δυστυχώς, στο πεδίο της οικονομικής πολιτικής και επικεντρώθηκαν, δυστυχέστερα, σε πολιτικές αυστηρής οικονομικής λιτότητας στις χώρες με δημοσιονομικά άγη. Από τη μία πλευρά, η πολιτική αυτή ευνόησε την ύφεση και ενίσχυσε την ανεργία. Από την άλλη, επέβαλε μείωση των κοινωνικών δαπανών και οδήγησε σε συρρίκνωση των κοινωνικών παροχών. Από τη μία, πυροδότησε μεγαλύτερη φτώχεια στις φτωχότερες χώρες της ΕΕ, από την άλλη, ναρκοθέτησε τα μέσα αντιμετώπισής της στα λιγότερο αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής πολιτικής. Το ελληνικό παράδειγμα είναι μια ακραία εκδοχή αυτής της εξέλιξης (Βενιέρης, 2011).

Το 2010 η ΕΕ, υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης, υιοθέτησε τη νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική μέχρι το 2020, με άξονα μια βιώσιμη οικονομία και μια συνεκτική κοινωνία. Στο κοινωνικό σκέλος εισήγαγε μια μάλλον επικαιροποιημένη παρά μεταρρυθμισμένη «*Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα*» κοινωνικών πολιτικών. Απώτερος σκοπός μια ουσιωδέστερη κοινωνική εναρμόνιση σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρώπη 2020 αποτελεί μια στρατηγική «που θα μετατρέψει την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) σε μια έξυπνη, βιώσιμη

και χωρίς αποκλεισμούς οικονομία, παρέχοντας υψηλά επίπεδα απασχόλησης, παραγωγικότητας και κοινωνικής συνοχής» (European Commission, 2010). Με αυτόν τον τρόπο, η νέα αυτή δεκαετής ευρωπαϊκή στρατηγική, που διαδέχτηκε τη Στρατηγική της Λισσαβόνας (ΣτΛ) (2000-2010) υπόσχεται, για μια ακόμη φορά, να βρει την κατάλληλη ισορροπία ανάμεσα στην οικονομική ολοκλήρωση και την κοινωνική συνοχή. Ωστόσο, η εμπειρία από τη μέχρι σήμερα εφαρμογή της στρατηγικής αποδεικνύει ότι η επίτευξη μιας τέτοιας ισορροπίας είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς η Ε.Ε. βιώνει μια μακρά περίοδο οικονομικής στασιμότητας, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, αυξανόμενες εντάσεις στο πλαίσιο της Ευρωζώνης και διογκούμενη δυσαρέσκεια μεταξύ των Ευρωπαίων πολιτών για τον τρόπο που οι πολιτικοί ηγέτες αντιμετωπίζουν ή / και διαχειρίζονται τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα (Natali, 2011).

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια οικονομικά, στα ελλείμματα και στο δημόσιο χρέος, έχουν οδηγήσει τα περισσότερα Κράτη - Μέλη σε περικοπές κοινωνικών δαπανών και έχουν συμβάλει στην τοποθέτηση της οικονομικής σταθερότητας ως πρώτης προτεραιότητας στην πολιτική ατζέντα σε επίπεδο Ε.Ε.. Η έμφαση στη δημοσιονομική σταθερότητα έχει αποβεί σε βάρος των κοινωνικών πολιτικών με αποτέλεσμα τη σημαντική επιδείνωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού και τον περιορισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων, ενώ απουσιάζει ένα μακροπρόθεσμο όραμα για επένδυση σε μια βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη των κοινωνιών (Barbier, 2011).

Μια ενδεχόμενη αναζωογόνηση της κοινωνικής διάστασης της Ευρώπης 2020, προϋποθέτει μια πιο ισορροπημένη αντίληψη για την κοινωνική πολιτική που θα συνδυάζει τις πολιτικές ενός «ενεργού» Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας (active ESM) με πολιτικές διατήρησης του εισοδήματος και ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες για το σύνολο των πολιτών (Cantillon 2011, Vignon & Cantillon 2012, Vandenbroucke & Vleminckx 2011). Είναι γεγονός, ότι δίχως την υιοθέτηση κοινών στοιχειωδών εργασιακών και κοινωνικών προτύπων, τη συγκρότηση κοινών ευρωπαϊκών θεσμών και την διαμόρφωση μιας κοινής δημοσιονομικής και φορολογικής πολιτικής, δε μπορεί να γίνει δυνατή η πλήρης οικοδόμηση της κοινωνικής διάστασης της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Σακελλαρόπουλος, 2011). Ωστόσο, δεδομένων των θεσμικών και πολιτικών περιορισμών, απαιτείται μια ισχυρή πολιτική βούληση που θα οδηγήσει στην επανεστίαση της Ευρώπης 2020 στο

αυθεντικό πνεύμα των διακηρύξεών της, δηλαδή στη διασφάλιση μιας ισορροπημένης και αμοιβαία ενισχυόμενης προσέγγισης στην υλοποίηση των τριών πρωταρχικών προτεραιοτήτων της για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη (Φερόνας, 2013).

3.1.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα Κοινωνικά Δικαιώματα

Σύμφωνα με τον Βενιέρη (2013) λίγο πριν τα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι διεργασίες κατοχύρωσης εφαρμοσμένων κοινωνικών δικαιωμάτων άρχισαν ν' αποδίδουν βελτιωμένα Εθνικά Συστήματα Κοινωνικής προστασίας που συνδύαζαν τη διασφάλιση αξιοπρεπών καθολικών ελαχίστων, ανταποδοτικές παροχές κοινωνικής ασφάλισης και εκλεπτυσμένες μορφές κοινωνικού ελέγχου. Στρατηγική βάση ήταν τότε η πλήρης απασχόληση. Κύριο διακύβευμα, τότε, η σύνδεση ατομικής ελευθερίας και συλλογικής ευημερίας. Ιδεατή επιδίωξη, μια δημοκρατική κοινωνία δικαιοσύνης. Σταδιακά, όμως, με την επίδραση της κυρίαρχης ιδεολογίας και της κυριαρχίας της οικονομικής σφαίρας, τα κοινωνικά δικαιώματα απομυθοποιήθηκαν. Θεωρήθηκαν απρόσωπες συνταγές αντιφατικού χαρακτήρα και “μεταπράχθηκαν” σε ατομικές αξιώσεις. Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας προσανατολίστηκαν σε μια εξατομίκευση των κοινωνικών αναγκών συνδυάζοντας ένα κατώτατο πλέγμα βασικής προστασίας με μετεξελιγμένες μορφές ατομικού ελέγχου. Τα αδιαπραγμάτευτα δικαιώματα μετατράπηκαν σε διαπραγματεύσιμες διεκδικήσεις. Εξατομίκευση που διαχύθηκε οριζόντια συνδέοντας αμεσότερα τα εισοδηματικά επίπεδα με τα «μείγματα» προστασίας και αποσυνδέοντας τα «νέα δικαιώματα» από κοινωνικές διεκδικήσεις. Βάση είναι τώρα η στοχευμένη απορρύθμιση των μεταπολεμικών εργασιακών δικαιωμάτων. Απορρύθμιση που θα πλήξει προνομιακά την προστασία των αδυνάτων και τη συνοχή των φτωχότερων κοινωνιών.

Είναι γνωστό ότι η οξύτατη οικονομική κρίση, στην οποία έχει βουλιάξει τα τελευταία χρόνια, λιγότερο ή περισσότερο, όλη η ανθρωπότητα, έχει συνταράξει συθέμελα το σύγχρονο συνταγματικό κράτος: η εθνική κυριαρχία κλυδωνίζεται, η λαϊκή κυριαρχία απονευρώνεται, το κράτος δικαίου αμφισβητείται. Τη χειρότερη όμως εικόνα αναμφισβήτητα παρουσιάζει το σύστημα προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, που κινδυνεύει να γίνει παρανάλωμα στον βωμό της κρίσης. Πράγματι, τα κοινωνικά δικαιώματα βρίσκονται σήμερα στο μάτι του κυκλώνα, καθώς θεωρούνται τροχοπέδη όχι μόνο για την επιδιωκόμενη απορρύθμιση των οικονομικών

και εργασιακών σχέσεων, προς όφελος των επιχειρηματικών κερδών, αλλά και για μια ισοπεδωτική και άνευ όρων εμπορευματοποίηση του συνόλου των κοινωνικών αγαθών και υπηρεσιών. Ειδικότερα, τα δικαιώματα αυτά αντιμετωπίζουν μια συνδυασμένη τριπλή επίθεση, η οποία αφορά:

πρώτον τους δικαιούχους, οι οποίοι επιδιώκεται να αποκοπούν πλήρως από την έννοια του πολίτη, με την οποία συνδέθηκαν ιστορικά, και να ταυτισθούν, ουσιαστικά, με τον χώρο του κοινωνικού περιθωρίου,

δεύτερον το περιεχόμενό τους, το οποίο προβάλλεται πλέον, υπό το πρίσμα της νέας θεώρησης, σαν απλό ευχολόγιο, που εφαρμόζεται κατά το δοκούν και σε όποια έκταση κριθεί ότι επιτρέπουν οι οικονομικές συνθήκες, και

τρίτον, τα συνταγματικά τους στηρίγματα, δηλαδή τα δικαιώματα συλλογικής δράσης στον χώρο της εργασίας, με στόχο την πλήρη αποδυνάμωσή τους, προκειμένου να αλλάξουν ριζικά οι συσχετισμοί υπέρ των εργοδοτών και να επιβληθεί απρόσκοπτα η δραστική περικοπή των κοινωνικών παροχών.

Στο σημείο αυτό ανακύπτει ένα εύλογο ερώτημα: υπάρχουν άραγε θεσμικές απαντήσεις, απέναντι σε μια τέτοια ζοφερή πραγματικότητα, την χειρότερη εκδοχή της οποίας ζούμε σήμερα; Με δεδομένη, βέβαια, την δαμόκλειο σπάθη της οικονομικής ανάγκης, που δεν αφήνει περιθώρια για ψευδαισθήσεις, οι απαντήσεις δεν μπορεί παρά να είναι προεχόντως αμυντικές:

Απαραίτητη προϋπόθεση, πρώτα και πάνω από όλα, είναι η περιχαράκωση του χώρου της συνταγματικής ελευθερίας, ως ενιαίου και αδιάσπαστου όλου. Κάθε απόπειρα, με το πρόσχημα των δυσκολιών της συγκυρίας, να κατακερματισθεί αυτός ο χώρος, ώστε κάποιες ζώνες του να θεωρηθούν ήσσονος σημασίας σε σχέση με άλλες, από την άποψη της κατοχύρωσης και διασφάλισης –όπως δυστυχώς έγινε στην ΕΟΚ αρχικά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση στη συνέχεια– μπορεί να αποδειχθεί κερκόπορτα για μια μελλοντική υπονόμευση ή και αναίρεση του συστήματος προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Δηλαδή του συστήματος που αποτελεί, σε όλες τις εκφάνσεις του, όχι μόνο την πολυτιμότερη κατάκτηση του ευρωπαϊκού νομικού και πολιτικού πολιτισμού αλλά ταυτόχρονα και τη σημαντικότερη εγγύηση ότι δεν θα ξαναγυρίσουμε πίσω, στην καταθλιπτική πραγματικότητα του «*άγριου καπιταλισμού*» και του «*κράτους νυχτοφύλακα*» του 19^{ου} αιώνα (Σωτηρέλλης, 2013).

Εκτενής έρευνα (Klaus Armingeon & Lucio Baccaro, 2012)⁴¹ έχει αποδείξει ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν αρνητικές συνέπειες στα κοινωνικά δικαιώματα, ενώ ταυτόχρονα δεν επιτυγχάνουν τους διακηρυγμένους στόχους, που πράγματι δεν θα μπορούσαν να επιτευχθούν αφού η προσέγγισή τους είναι λανθασμένη. Χωρίς κοινωνική σταθερότητα δεν γίνεται να υπάρξει χρηματοοικονομική σταθερότητα (Deakin, 2013)⁴².

3.1.2 Η επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Κοινωνική Πολιτική

Το μείγμα κράτους-αγοράς, μετά την κρίση παραγωγής και κατανομής των πόρων που εφαρμόστηκε στις καπιταλιστικές οικονομίες τη δεκαετία του 1970 αντικαταστάθηκε από τη στρατηγική της απελευθέρωσης και της κυριαρχίας των αγορών και των οικονομικών της προσφοράς ως το κυρίαρχο μείγμα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής του 21ου αιώνα (Ιγγλεζάκης, 2005).

Πράγματι, το μείγμα αυτό που υπαγόρευσε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά των τραπεζών (χορήγηση δανείων υψηλού κινδύνου με δυσχέρεια αποπληρωμής τους) επέφερε τη διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση καθώς και τη σταδιακή διείδυσή της στους αρμούς της πραγματικής οικονομίας στις ΗΠΑ και την Ευρώπη. Έτσι, η νεοκλασική του έμπνευση οδήγησε στην αποσύνδεση της δαπάνης της οικονομίας από το εισόδημα, με την ενίσχυση της κατανάλωσης (αφού το εισόδημα και η αύξησή του ήταν μικρότερη από το άθροισμα πληθωρισμού και παραγωγικότητας) με υπέρμετρο και υψηλού κινδύνου δανεισμό στις επιχειρήσεις και τα νοικοκυριά, προκειμένου να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα η ζήτηση, η οικονομική μεγέθυνση και η αύξηση του ΑΕΠ (Cohen, 2010).

Σ' αυτό το πλαίσιο της οικονομικής πολιτικής, η νεοκλασική προσέγγιση θεωρεί τη σημερινή διεθνή οικονομική κρίση ως αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στην ομαλή λειτουργία και αναπαραγωγή του διεθνούς οικονομικού συστήματος, ενώ η κεϋνσιανή προσέγγιση θεωρεί τη διεθνή οικονομική κρίση ως αποτέλεσμα ενδογενών παραγόντων που επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο

⁴¹ «Political Economy of the Sovereign Debt Crisis: The Limits of Internal Devaluation», διαθέσιμο: <https://academic.oup.com/ij/article-abstract/41/3/254/703252/Political-Economy-of-the-Sovereign-Debt-Crisis> (10/12/2016).

⁴² «The legal theory of finance: implications for methodology and empirical research», διαθέσιμο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147596713000383> (15/11/2016).

την ενυπάρχουσα ανισότητα της χρηματοδότησης του διεθνούς οικονομικού συστήματος (Pourcel, 2006).

Στο πλαίσιο αυτού του μείγματος οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής οι κοινωνικές δαπάνες, θεωρούνται ως καταναλωτικές δαπάνες και ως εκ τούτου οικονομικά η μείωση τους σε όφελος των παραγωγικών δαπανών, ενώ αντίθετα στην ανάλυση των δαπανών κατατάσσονται ορθά στην κατηγορία των αναπαραγωγικών δαπανών που η πραγματοποίησή τους έχει διευρυμένες επιπτώσεις στη λειτουργία του οικονομικού και κοινωνικού σχηματισμού. Επίσης από την άποψη αυτή κεντρικής σημασίας ζήτημα αποτελεί ο αναδιανεμητικός ρόλος που έχει προσδώσει η οικονομική πολιτική στο κοινωνικό κράτος, ο οποίος για παράδειγμα στην Ελλάδα έχει σε σημαντικό βαθμό διαβρωθεί με την μετεξέλιξη του Κοινωνικού Προϋπολογισμού σε τμήμα του Κρατικού Προϋπολογισμού και των αναγκών μείωσης του δημόσιου ελλείμματος ή ενίσχυσης της χρηματοδότησης της επενδυτικής δραστηριότητας. Χαρακτηριστική αυτής της διάβρωσης αποτελεί η εφαρμοσμένη οικονομική πολιτική στην Ελλάδα και στις άλλες Μεσογειακές και άλλες χώρες της Ε.Ε. μετά το 2008 που επιδιώκει κυρίως στο παρόν και το μέλλον τη μείωση του δημοσίου ελλείμματος διαμέσου της μείωσης των συντάξεων των μισθών, των κοινωνικών δαπανών και γενικότερα της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους (Ρομπόλης, 2013). Όμως, παρόλα αυτά, πρόσφατα (2011) η Πράσινη Βίβλος για τα ευρωπαϊκά συνταξιοδοτικά συστήματα αναφέρεται, κυρίως, μεταξύ των άλλων, στη διατύπωση των νέων προκλήσεων της οικονομικής κρίσης με βασική κατεύθυνση την «προσαρμογή της εκάστοτε ηλικίας συνταξιοδότησης με το προσδόκιμο ζωής», στην άσκηση της συνταξιοδοτικής πολιτικής από τα κράτη-μέλη, αλλά με ενιαίες, δεσμευτικές αρχές που θα υπερβαίνουν την ισχύουσα μέθοδο ανοιχτού συντονισμού και όχι σε μία επαναδιατύπωση του θεωρητικού υπόβαθρου, του λειτουργικού ρόλου και του στρατηγικού προσανατολισμού του κοινωνικού κράτους και του συστήματος κοινωνικής προστασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στο πλαίσιο αυτό, το Σύμφωνο για το ευρώ (Σύννοδος κορυφής 25/3/11 στις Βρυξέλλες) αναφέρει ως σύστημα αξιολόγησης της μακροχρόνιας βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων την παρακολούθηση της εξέλιξης του δημογραφικού παράγοντα και του προσδόκιμου ζωής (Ρομπόλης, 2013).

Η παραπάνω διαχειριστική και περιοριστική προσέγγιση, αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις πολύπλευρες διαστάσεις της μακροχρόνιας οικονομικής

βιωσιμότητας και κοινωνικής αποτελεσματικότητας του κοινωνικού κράτους. Και τούτο γιατί εμπεριέχει ένα σοβαρό «γενετικό» λάθος στη σύλληψη, στα μέσα και τους στόχους, το οποίο συνίσταται στον εσφαλμένο ορισμό του προβλήματος, με την έννοια ότι το πρόβλημα στην κοινωνική αποτελεσματικότητα και στην οικονομική βιωσιμότητα του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη δεν είναι για παράδειγμα, το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης, το προσδόκιμο ζωής, το ύψος των κοινωνικών δαπανών, κλπ.. Το πρόβλημα, είναι η δυναμική της ανάπτυξης, το μέγεθος της απασχόλησης και η αναδιανομή του εισοδήματος. Γι' αυτό ακριβώς και η συμβολή των παραμετρικών αλλαγών που εφαρμόζονται από το 1990 και μετά στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την οικονομική βιωσιμότητα του κοινωνικού κράτους είναι περιορισμένη, αφού οι υιοθετούμενες λύσεις οδηγούν σε αναποτελεσματικές διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις (Ρομπόλης, 2013).

Ειδικότερα για την Ελλάδα είναι ενδιαφέρον να τονισθεί ότι αυτό που θεωρούμε ως κοινωνικό κράτος είναι ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας σε μεγάλο ή μικρό βαθμό κατακερματισμένο, εξαρτώμενο θεσμικά και μη θεσμικά, ανορθολογικά και ενοχλητικά από το κράτος, με περιορισμένο σε ποσότητα και ποιότητα επίπεδο παροχών, ανεπαρκές και άνισο φορολογικό σύστημα, ελλιπής χρηματοδότηση, κοινωνικές, διαγενεακές ανισότητες κλπ..

Η παρατήρηση αυτή σημαίνει ότι το κατ' επίφαση κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα είναι θεσμοποιημένα απομακρυσμένο από ένα κοινωνικό κράτος της καθολικότητας, της αναδιανομής του εισοδήματος, της ποιότητας των υπηρεσιών του, της λειτουργικότητας του εκτεταμένου δικτύου ασφαλείας του και της από-εμπορευματοποίησης των δημόσιων αγαθών (Papadopoulos & Roumpakis, 2009).

Έτσι, η δομική αυτή αντίφαση του ρόλου, των στόχων και του περιεχομένου του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα, σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας, χαρακτηρίζει την υπανάπτυξή του, τη διεύρυνση του χάσματος προσδοκιών και αναγκών και την μετατόπιση ως σημαντικού φορέα παροχής κοινωνικής προστασίας στον ιδιωτικό τομέα και στην οικογένεια, η οποία σε όρους πολιτικής οικονομίας δεν περιορίζεται μόνο στα μέλη του νοικοκυριού αλλά λειτουργεί ως ένα μηχανισμός που εμπεριέχει ένα εκτεταμένο δίκτυο κοινωνικών συμπεριφορών συνάθροισης και ανακατανομής πόρων συμβάλλοντας, στο βαθμό που την αφορά, στην αναδιανομή και στην αλληλεγγύη μεταξύ των μελών της (Papadopoulos, 1996).

3.1.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Υγεία

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία δεν είναι ξεκάθαρη και φαίνεται να ποικίλλει, καθώς αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο και για το λόγο αυτό η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή (Γιωτάκος, 2010). Ορισμένοι ερευνητές κάνουν λόγο για θετικές επιδράσεις τονίζοντας τη μείωση της υπερκατανάλωσης. Σύμφωνα με έρευνες⁴³ σε ΗΠΑ και Ευρώπη, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας και μείωσή της σε περιόδους ύφεσης. Η ύφεση, μάλιστα, φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της χρήσης αλκοόλ, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα. Από την άλλη, έρευνες στην Ευρώπη υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής των ανδρών. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η εργασία μειωμένης εξειδίκευσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία καθώς και με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Σε έρευνα στη Νότια Κορέα⁴⁴, βρέθηκε ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη θνησιμότητα ήταν σχετικά μικρές. Φαίνεται ότι οποιαδήποτε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της οικονομικής ύφεσης επικαλύφθηκαν από τη δυναμική της μείωσης των θανάτων από εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του στομάχου και ηπατική νόσο (Khang et al, 2005). Έρευνες έδειξαν ότι το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζει τις κυβερνήσεις των χωρών, που δέχονται τη βοήθειά του, σε περικοπή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών και σε χρέωση των ασθενών της υγειονομικής τους περίθαλψης (Γιωτάκος, 2012). Πρόσφατο άρθρο παρατηρεί ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της θεωρητικής και της πραγματικής πολιτικής που εφαρμόζει το ΔΝΤ σε σχέση με τα παρεπόμενα που αυτό επιφέρει στη δημόσια υγεία (Ευθυμίου et al, 2013)⁴⁵.

Ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο κρίνονται οι μακροοικονομικές πολιτικές και αποτελούν ισχυρό παράγοντα που υπερβαίνει τα εθνικά σύνορα και τον εθνικό έλεγχο. Ένα βασικό ερώτημα, εν προκειμένω, είναι το

⁴³ «Leahy R. Unemployment's Human Costs», διαθέσιμο στο: http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy-phd/unemployment_b_901525.html (10/01/2017).

⁴⁴ «Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338946> (21/12/2016).

⁴⁵ «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;» διαθέσιμο: <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> (25/11/2016).

πώς το ΔΝΤ μπορεί να ενσωματώσει καλύτερα την υγειονομική πρόνοια σε ένα μακροοικονομικό πλαίσιο, αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο τις δυσμενείς επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, που είναι το αποτέλεσμα των μακροοικονομικών πολιτικών που επικεντρώνονται μόνο στην οικονομική σταθερότητα (Ruckert & Labonte, 2012)⁴⁶. Αναφορικά, με τα αποτελέσματα του δανεισμού από το ΔΝΤ στην υγεία, ορισμένες έρευνες δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα, κάποιες αρνητικά αλλά πάντως καμία θετικά. Στην οικονομική κρίση του 1995-96 στο Μεξικό, το ποσοστό θνησιμότητας βρέθηκε κατά 5-7% υψηλότερο σε σύγκριση με προηγούμενα έτη. Αυτό μεταφράζεται σε 0,4% αύξηση της θνησιμότητας στους ηλικιωμένους και 0,06% στα βρέφη (Cutler et al, 2002). Αύξηση νοσηρότητας παρατηρήθηκε επίσης την περίοδο (1997-1998) της οικονομικής ύφεσης στην Ινδονησία, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές, σε ποσοστό 14,4% και 21,4% αντίστοιχα (Saadah & Pradhan, 2003)⁴⁷.

Οι Χαραλάμπους και Τσίτση (2010)⁴⁸ αναφέρουν ότι τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διάχυση της καλής υγείας ισότιμα στα μέλη του, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων (διατροφή, συμπεριφορά), από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες) και, τέλος, από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό αποτέλεσε το συμπέρασμα μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειονότητά τους κατέληξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του (Mackenbach 2005 & Wagstaff, 2002). Η μελέτη των Economou et al⁴⁹ σε 13 ευρωπαϊκές χώρες,

⁴⁶ The financial crisis and global health: the International Monetary Fund's (IMF) policy response'', διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22504946> (5/12/2016).

⁴⁷ "The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia'', διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12740322> (6/12/2016).

⁴⁸ «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου», διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf> (26/11/2016).

⁴⁹ Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471802> (05/12/2016).

που αναφέρει ο Κυριόπουλος (2009), έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18/100.000. Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας (Ferrie et al., 2002) και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους. Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004). Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, όπως αναφέρει ο Τούντας (2004), σε ότι αφορά στη ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν ανέργους με εργαζομένους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Τα πορίσματα αυτά δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο εφόσον, σύμφωνα με τη θεωρία της Βρετανής κοινωνικής ψυχολόγου Jahonda (1982), η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρονοοργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων.

Σε παλαιότερες μελέτες που αναφέρει ο Τούντας (2004), και οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε Αγγλία και Ουαλία καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20%, σχετιζόμενης κατά κύριο λόγο με καρδιαγγειακά αίτια και αυτοκτονίες, ενώ παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και

από μελέτες σε Ιταλία, Δανία και Σουηδία (Τούντας, 2004). Οι Ferrie et al. (2002), διενήργησαν έρευνα⁵⁰ σε 931 γυναίκες και 2.429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψαν την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας, κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις - ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της.

Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας⁵¹ των Stuckler et al (2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ. Αντίθετα, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες μολονότι οι πληθυσμοί διέφεραν σημαντικά στην ευαισθησία της θνησιμότητάς τους στις οικονομικές κρίσεις ανάλογα με τις εν μέρει διαφορές στη κοινωνική προστασία του κάθε πληθυσμού. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεντάσσουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. Επιπλέον στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας,

⁵⁰ «Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160> (15/01/2017).

⁵¹ «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», διαθέσιμο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/abstract) (15/01/2017).

με τα ταμεία ανεργίας και την πολύπλευρη κοινωνική στήριξη, η ανεργία μπορεί να συνεπάγεται σοβαρά οικονομικά προβλήματα αλλά δεν οδηγεί σε πείνα ή εξαθλίωση (Τούντας, 2004).

Από την άλλη πλευρά σε μια άλλη μελέτη που εξετάστηκε η συσχέτιση οικονομικής ανάπτυξης και οικονομικής ύφεσης με την υγεία φαίνεται, ότι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα παρουσίασαν μόνο οι αυτοκτονίες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ανάμεσα στις δέκα αιτίες θανάτου που ελέγχθηκαν (κακοήθη νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά, πνευμονία ή γρίπη, χρόνια ηπατική νόσο ή κίρρωση, τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, δολοφονίες, παιδική και νεογνική θνησιμότητα). Οι άλλες αιτίες παρουσίαζαν διακυμάνσεις οι οποίες ήταν μεγαλύτερες για κάποιες από αυτές, ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις για τη υγεία ήταν προσωρινές και εξαφανίζονταν πλήρως ή μερικώς εάν η οικονομική ανάπτυξη είναι μακροχρόνια. Περαιτέρω ανάλυση κάποιων δεδομένων της μελέτης έδειξε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα, η συχνή οδήγηση και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, δεν αφιερώνεται χρόνος για την παρακολούθηση της υγείας (cost of time), αυξάνονται οι ώρες εργασίας αλλά και το σχετιζόμενο στρες ενώ υπάρχουν και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να εισάγουν ασθένειες ή δεν είναι εξοικειωμένοι με την οδική συμπεριφορά ή το υγειονομικό σύστημα της χώρας προορισμού (Ruhm, 2000)⁵². Στην ίδια πλευρά της αμφισβήτησης της απόλυτης και ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με την υγεία βρίσκεται η έρευνα των Kasl and Jones (2000) από το Πανεπιστήμιο του Yale, στα πορίσματα της οποίας φαίνεται ότι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζονται με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας (η παρουσία υψηλού αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία έχει πιεστικά

⁵² «Are recessions good for your health?», Quarterly Journal of Economics, 115:617–650, διαθέσιμο: <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/> (4/12/2016).

και καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμη και στους εργαζόμενους που νιώθουν ότι βρίσκονται υπό την απειλή απώλειας της εργασίας τους) (Καραϊσκού et al, 2012)⁵³.

3.1.4 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα Συστήματα Υγείας

Οι καλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ήταν αυτές που έπαιζαν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων και κατά επέκταση στην βελτίωση των δεικτών υγείας (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Τα διαθέσιμα δεδομένα μέσα από τη βάση του ΟΟΣΑ δείχνουν πως ενώ οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ παρουσιάζουν τους χειρότερους δείκτες υγείας, ενώ κράτη όπως η Κίνα, η Κούβα πέτυχαν υψηλά επίπεδα υγείας σε σύγκριση με το κατά κεφαλήν εισόδημα. Από την άλλη ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης στις χώρες του Τρίτου Κόσμου είναι 20-30 χρόνια μικρότερος από αυτό των Δυτικών κρατών. Η σχέση έτσι μεταξύ οικονομίας και υγείας δεν είναι μονοσήμαντη ούτε γραμμική (Πραντσίδου, 2010) Λαμβάνοντας έτσι υπόψη μόνο το ΑΕΠ για να αξιολογηθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δεν αποτελεί ορθή πρακτική. Δείκτες όπως ο δείκτης Gini⁵⁴, ο δείκτης SES (Socio-Economic Status) που αξιολογεί εισόδημα, επάγγελμα, εκπαίδευση προσδιορίζουν πολύπλευρα τη σχέση του ατόμου με την οικονομία.

Αναφέρεται ότι η υγεία είναι σε κίνδυνο σε περιόδους ταχείας οικονομικής αλλαγής, Ωστόσο, ο αντίκτυπος για τη θνησιμότητα επιδεινώνεται όπου οι άνθρωποι έχουν εύκολη πρόσβαση σε μέσα για να βλάψουν τον εαυτό τους και βελτιώνεται από την παρουσία ισχυρής κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής προστασίας. Φαίνεται ότι η έκταση των επιπτώσεων της οικονομικής μεταβολής στην υγεία εξαρτώνται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι προστατεύονται (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012)⁵⁵.

Γενικά η οικονομική κρίση οδηγεί σε ανασφάλιστη εργασία, ανεργία, μείωση του εισοδήματος, εργασιακή ανασφάλεια και τελικά φτώχεια και επειδή το επίπεδο υγείας σχετίζεται με το εισόδημα άρα η οικονομική κρίση επιδρά και στην υγεία των

⁵³ «Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας», διαθέσιμο: <https://www.inhealthcare.gr/article/el/oikonomiki-krisi-epidraasi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimata-ugeias> (10/10/2016).

⁵⁴ Ο πλέον συνηθισμένος δείκτης ανισοκατανομής εισοδήματος είναι ο Gini, ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ του μηδενός (απόλυτη ισότητα) και του εκατό (απόλυτη ανισότητα). Οι ακραίες αυτές τιμές είναι θεωρητικές, στην πράξη βρίσκουμε κοινωνίες με πολύ χαμηλό δείκτη Gini ίσο με 24, όπως π.χ. της Δανίας, και χώρες με πολύ υψηλό δείκτη, όπως π.χ. το 70,7 της Ναμίμπια ή το 61 της Κίνας (αρνούσαν μέχρι πρόσφατα τη δημοσιοποίησή του).

⁵⁵ «Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας», διαθέσιμο: http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2002_12/VA_REV_5_11_02_12.pdf (15/11/2016).

πολιτών και στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (2009) (International Labour Organization, ILO)⁵⁶, ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700-800 εκατομμυρίων. Η ανεργία και η φτώχεια αυξάνουν τις ανισότητες στο εσωτερικό των χωρών, στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας.

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα. Οι περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικοί ιθύνοντες έχουν 3 επιλογές: συγκράτηση του κόστους, αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ή και τα δύο. Ήδη από την δεκαετία του 1970 υπάρχει συζήτηση για την επιτακτική ανάγκη λήψης μέτρων συγκράτησης του κόστους στις βιομηχανικές χώρες (Mossialos et al, 1999). Δεδομένου ότι η μεγάλης κλίμακας δημόσιου δανεισμού δεν θεωρείται πλέον να είναι υγιής οικονομική πολιτική σε πολλές χώρες, η ανησυχία επικεντρώνεται σήμερα στις πολιτικές εσόδων - πώς να χρηματοδοτηθεί η υγειονομική περίθαλψη σε βιώσιμη βάση (Mossialos et al, 2002)⁵⁷.

Τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα όμως στο δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Appleby, 2008)⁵⁸.

⁵⁶ International Labour Organization. Global employment trends 2009. ILO, Geneva, 2009, διαθέσιμο: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/> (21-12-2016).

⁵⁷ «Funding health care: options for Europe», διαθέσιμο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf (18/11/2016).

⁵⁸ «The credit crisis and health care», διαθέσιμο: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2259> (21/12/2016).

Η έκθεση του WHO «*The Financial Crisis and Global Health*»⁵⁹ τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαιώνει ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Η πείρα έχει δείξει ότι οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εφόσον η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Αν δεν εξασφαλιστεί επαρκή οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, η ποιότητα υπηρεσιών είναι πιθανόν να επιδεινωθεί. Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί προβληματική, εφόσον οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Η ίδια έκθεση επιβεβαιώνει ότι τα συστήματα υγείας επιβαρύνονται λόγω αύξησης της ζήτησης κυρίως υπηρεσιών δημοσίου χαρακτήρα καθώς οι ασθενείς στρέφονται εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009a).

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας αποτέλεσε θέμα συζήτησης της Επιτροπής Υγείας του ΟΟΣΑ τον Ιούλιο του 2009. Η Έκθεση επικεντρώθηκε στις συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και ένα από τα πορίσματα που βγήκαν ήταν: «*η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης.*» Άρα προτείνεται να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι στη χρηματοδότηση της υγείας αρνητικά (Λιαρόπουλος, 2010).

Στη Λατινική Αμερική, η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 1982 οδήγησε σε μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Musgrove, 1987). Αναλυτές όπως οι νομπελίστες Αμάρτσα Σεν και Paul Krugman⁶⁰ συμφωνούν ότι απάντηση στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας και η εθνική ασφάλιση υγείας (WHO, 2009b).

⁵⁹ «The financial crisis and global health», Geneva: WHO, διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009/en> (21/01/2017).

⁶⁰ «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis». Geneva: WHO; 2009, διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009/en> (29/10/16).

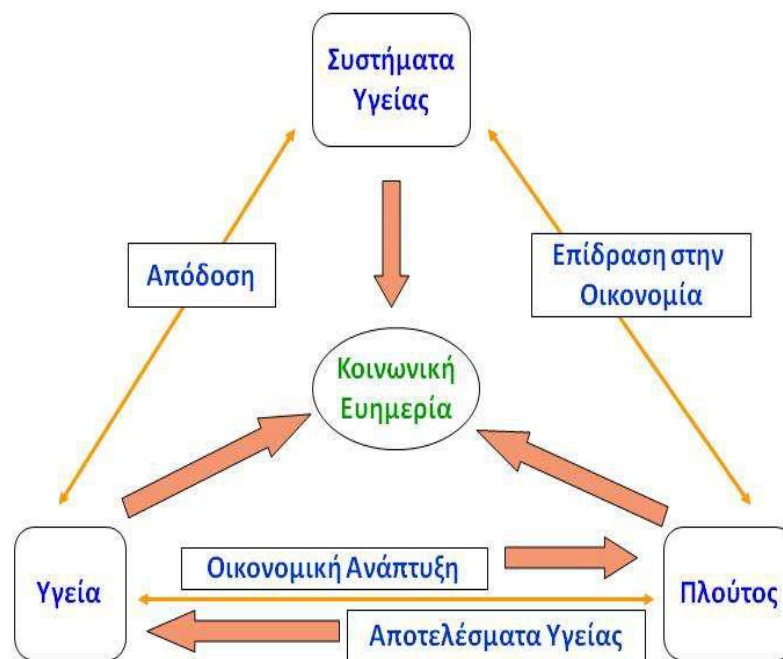
Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. προτείνονται διάφοροι τομείς στους οποίους η δράση σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με την υποστήριξη από τον ίδιο θα βοηθήσουν να εξασφαλιστεί ότι ο τομέας της υγείας θα προστατευτεί από την κρίση. Καταρχήν οι ηγέτες στον τομέα της υγείας πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να απαιτήσουν για τον τομέα της υγείας. Ακόμη πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση και ανάλυση των πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης σε κάθε χώρα. Να συνεχιστεί η παροχή οικονομικής βοήθειας ή χρηματοδότησης έρευνας για την υγεία από τις οικονομικά εύρωστες χώρες. Να εξασφαλιστούν πολιτικές υγείας που αφορούν την ισότητα, την αλληλεγγύη, εφαρμογή νέων τρόπων για την επιχειρηματική δραστηριότητα σε διεθνές επίπεδο στον τομέα της υγείας. Αυτές οι πολιτικές περιλαμβάνουν το πώς να μειωθούν οι αλληλεπικαλύψεις μεταξύ του έργου των διαφόρων οργανισμών, το πώς να προωθηθεί μεγαλύτερη συνέργεια μεταξύ των επιμέρους προγραμμάτων υγείας και το πώς μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι βασικές παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας σε τομείς όπως η διατροφή και υγιεινή, δεν παραμελούνται (Κυριόπουλος, 2010).

Αν και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελούσε κοινωνικό αγαθό ή δικαίωμα, σήμερα ολοένα και περισσότερο η πρόσβαση αυτή βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Είναι λοιπόν αναμενόμενο να παρατηρηθούν προβλήματα στην πρόσβαση σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους. Έτσι στις χαμηλής μέσης ανάπτυξης χώρες η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (McKee et al, 2009)⁶¹.

Μία συνοπτική περιγραφή πώς επηρεάζει η κοινωνική ευημερία τα συστήματα υγείας, αλλά και την υγεία των πολιτών απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα (4).

⁶¹ «Health systems, health and wealth: a European perspective», διαθέσιμο: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609600982.pdf> (20/01/2017).

Σχήμα 4: Κοινωνική Ευημερία – Συστήματα Υγείας



Πηγή: Οικονόμου, 2014

3.1.5 Πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης στα Συστήματα Υγείας της Ευρώπης

Οι οικονομικές κρίσεις, πρωτίστως όμως τα μέτρα που λαμβάνουν οι κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση των εν λόγω κρίσεων, επιδρούν αποφασιστικά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Ποια είναι όμως η κατάσταση που διαμορφώνεται σήμερα στην Ευρώπη και με ποιο τρόπο τα συστήματα υγείας ανταποκρίθηκαν στις προκλήσεις της παρούσας οικονομικής κρίσης; Η απάντηση συνοψίζεται σε πρόσφατη μελέτη του Γραφείου Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι Ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν ένα μεγάλο

εύρος διαφορετικών στρατηγικών και εργαλείων πολιτικής, ορισμένα από τα οποία προάγουν τους στόχους ενός συστήματος υγείας με κοινωνικό προσανατολισμό, ενώ κάποια άλλα τους υποσκάπτουν. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέτρα όπως η ενίσχυση συνολοποίησης των κινδύνων, η σύναψη συμβάσεων στη βάση ενδυνάμωσης της λογοδοσίας με τη χρησιμοποίηση δεικτών, ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων με διαφάνεια, ο έλεγχος των επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία, η μείωση τιμών των φαρμάκων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η υποκατάσταση υπηρεσιών, ο συντονισμός, η συνέχεια και η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η μείωση του διοικητικού κόστους και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των πιο αδύνατων. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ο περιορισμός των καλυπτόμενων κινδύνων, η μείωση του καλυπτόμενου πληθυσμού, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η αύξηση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος παροχής των υπηρεσιών και οι μισθολογικές μειώσεις στο υγειονομικό δυναμικό. Το μίγμα των μέτρων που εφαρμόσε κάθε χώρα ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο των περιορισμών που έθεσαν οι οικονομικές συνθήκες αλλά κυρίως πολιτικών επιλογών και αποφάσεων (Οικονόμου, 2015α)⁶².

Οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται κατά την τρέχουσα περίοδο της οικονομικής κρίσης στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, έχουν επηρεαστεί πρωτίστως από τις πολιτικές λιτότητας που επιβάλλει το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και ανταποκρίνονται στις επιταγές του κυρίαρχου νεοφιλελεύθερου οικονομικού δόγματος, το οποίο προκρίνει ως λύση την εσωτερική υποτίμηση και τη μείωση των κοινωνικών δαπανών, ιδιαίτερα αυτών που αφορούν την υγεία και τις συντάξεις (Οικονόμου, 2013)⁶³. Οι οικονομικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί που επέβαλλε, επέδρασαν αρνητικά στο οικογενειακό εισόδημα και τις δημόσιες δαπάνες, με αποτέλεσμα οι πολίτες να στρέφονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και καθώς οι

⁶² «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας», διαθέσιμο: <http://www.slideshare.net/nursingstudies/teyxos-38> (08/11/2016).

⁶³ «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία... Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα», διαθέσιμο: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia> (05/11/2016).

κυβερνήσεις περικόπτουν τις δαπάνες υγείας, η ποιότητα της φροντίδας επιδεινώνεται, η πρόσβαση στις υπηρεσίες περιορίζεται και οι πόροι και οι υποδομές υγείας να απαξιώνονται (Οικονόμου, 2015α).

3.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Στο παραπάνω πλαίσιο, η Ελλάδα, η ευρωπαϊκή χώρα που χτύπησε πιο σκληρά η κρίση, στην οποία καταδείχθηκαν ολοφάνερα τα αποτελέσματά της, ενώ η μετάβαση πραγματοποιήθηκε σε συντομότερο διάστημα σε σχέση με άλλες χώρες, αποτελεί ένα κατάλληλο παρατηρητήριο για την ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στα κοινωνικά δικαιώματα και των ευρύτερων ιστορικών μεταβολών που σημειώθηκαν.

Από το τέλος του 2009 που η αποκαλούμενη «*κρίση χρέους*» έπληξε την Ελλάδα, ο ελληνικός πληθυσμός έχει υποστεί μια σειρά μέτρων λιτότητας τα οποία έχουν συμφωνηθεί μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης, της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) ως προϋπόθεση για τη χορήγηση διεθνούς οικονομικής βοήθειας. Τα μέτρα αυτά, τα οποία απαιτούσαν μια απότομη, άμεση μείωση των δημόσιων δαπανών, συνοδεύτηκαν από έντονη αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας, πολιτική κρίση, οικονομική ύφεση και κοινωνική αναταραχή (FIDH, 2015)⁶⁴.

Ο Juan Pablo Bohoslavsky, ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, στη δήλωσή του (2015) μετά το πέρας της αποστολής στη χώρα μας⁶⁵ αναφέρει: “*Μετά από πέντε έτη πολιτικών προσαρμογής, οι κοινωνικοί δείκτες που αποτυπώνουν τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα στην Ελλάδα δεν έχουν σημειώσει βελτίωση. Αντίθετα σε ορισμένους τομείς έχουν επιδεινωθεί. Οι υποχρεώσεις της Ελλάδας και των διεθνών δανειστών για το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην Ελλάδα εξακολουθούν να παραγκωνίζονται, τόσο κατά τη διαμόρφωση των πολιτικών προσαρμογής όσο και κατά την υλοποίηση των πολύ αναγκαίων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων*”.

⁶⁴ «Υποβαθμίζοντας τα Δικαιώματα. Το κόστος της λιτότητας στην Ελλάδα», διαθέσιμο: https://www.fidh.org/IMG/pdf/report_greece_human_rights_in_greek.pdf (26/10/2016).

⁶⁵ Τα ανθρώπινα δικαιώματα θέτουν περιορισμούς στο πρόγραμμα προσαρμογής - Ελάφρυνση του χρέους για ανάπτυξη χωρίς αποκλεισμούς στην Ελλάδα, δήλωση μετά το πέρας της αποστολής του, διαθέσιμο: http://www.nchr.gr/images/pdf/nea_epikairothta/deltia_tupou/EOM_Statement_Greece_IEF_oreignDebt_GR.pdf (15/01/2017).

3.2.1 Πριν από την κρίση

Τα χρόνια πριν από την παγκόσμια οικονομική κρίση, στα μέσα του 1990, στην Ελλάδα σημειώνεται μια οικονομική άνθηση η οποία ενισχύθηκε από τη βελτιωμένη πρόσβαση του ελληνικού κράτους σε φτηνό δανεισμό, η οποία διευκολύνθηκε σημαντικά χάρη στην ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση και την υιοθέτηση του ευρώ.

Αυτή η οικονομική ανάπτυξη αναβάθμισε τις κοινωνικές επιδόσεις της χώρας: το ποσοστό της ανεργίας μειώθηκε και έπεσε στο 7%, τον μέσο όρο της ζώνης του ευρώ το 2008, οι εκπαιδευτικές επιδόσεις βελτιώθηκαν, η κατάσταση της υγείας αναβαθμίστηκε πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και η παιδική θνησιμότητα ελαττώθηκε σημαντικά. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν αρκετά (Koutsogeorgoglou et al, 2014), η εισοδηματική ανισότητα και η σχετική φτώχεια δεν καταπολεμήθηκαν ικανοποιητικά⁶⁶. Πράγματι, οι ανισότητες ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες παρέμειναν, ιδιαίτερα όσον αφορά τις διαφορές στα ποσοστά ανεργίας μεταξύ ανδρών και γυναικών σε παραγωγική ηλικία. Παρά τη βελτίωση των κοινωνικών επιδόσεων πριν από το ξέσπασμα της κρίσης, το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της Ελλάδας ήταν ελλιπώς και κακώς προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης. Το 2009, οι κοινωνικές δαπάνες, με εξαίρεση τις συντάξεις και την υγεία, βρισκόταν αισθητά χαμηλότερα από τα ευρωπαϊκά πρότυπα, καθώς αποτελούσαν μόνο το 4,25% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η αποτελεσματικότητα των κοινωνικών επιδομάτων στη μείωση της φτώχειας κυμαίνονταν περίπου στο ένα τρίτο του μέσου όρου της ζώνης του ευρώ λόγω κακής στόχευσης, μη εξέτασης των διαθέσιμων πόρων ζωής των δικαιούχων και μιας βαριάς εξάρτησης από ανταποδοτικές παροχές. Έτσι, όταν χιλιάδες εργαζόμενοι έχασαν τη δουλειά τους λόγω της κρίσης, οι ίδιοι και τα εξαρτώμενα από αυτούς άτομα έχασαν και την πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές. Επιπλέον, κάποιες παροχές, όπως οικογενειακά επιδόματα, διοχετεύθηκαν ισομερώς σε πλούσιους και φτωχούς: ο ΟΟΣΑ εκτίμησε ότι μόνο το 50% των δικαιούχων τέτοιων επιδομάτων ανήκε στο φτωχότερο 30% του

⁶⁶ Το ποσοστό σχετικής φτώχειας που αφορούσε τον ελληνικό πληθυσμό κυμαινόταν γύρω στο 13% από το 1986 μέχρι το 2009.

πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πιο ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες κινδύνευσαν να μη λάβουν καμία υποστήριξη από το κράτος όταν η κρίση εδραιώθηκε⁶⁷.

3.2.2 Στα πρόθυρα της κατάρρευσης

Οι διεθνείς πιστώσεις στις οποίες η Ελλάδα στήριξε την οικονομική της ανάπτυξη δεν συνοδεύτηκαν από αύξηση των εξαγωγών και των εσόδων. Ως εκ τούτου, παρόλο που το ΑΕΠ της Ελλάδας σημείωσε αύξηση της τάξης του 4,5% κατά την περίοδο 2000-2007, τα ελλείμματα του προϋπολογισμού και του εμπορικού ισοζυγίου αυξήθηκαν δραματικά. Την ίδια στιγμή, τα χαμηλά φορολογικά έσοδα, η εκτεταμένη διαφθορά, και η αδύναμη διοίκηση των οικονομικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με τη διαφθορά έκαναν την οικονομική κατάσταση μη βιώσιμη, επιδεινώνοντας την πορεία της Ελλάδας προς την παρούσα κρίση. Επιπλέον, προκειμένου να παραμείνει η χώρα εντός των κατευθυντήριων οδηγιών της ευρωζώνης, οι ελληνικές κυβερνήσεις απέκρυπταν την κατάσταση με τη συνενοχή των ξένων τραπεζών⁶⁸.

Τον Απρίλιο του 2010 η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε για πρώτη φορά από τους διεθνείς και Ευρωπαίους εταίρους της χώρας την παροχή οικονομικής βοήθειας προς την Ελλάδα, προκειμένου να αποτραπεί η στάση πληρωμών της χώρας⁶⁹. Ένα πρώτο σχέδιο διάσωσης συμφωνήθηκε, ανάμεσα στην Ελλάδα και την *Τρόικα*, μια τριμερή επιτροπή που συγκρότησαν το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Το σχέδιο

⁶⁷ Αν εστιαστούμε, για παράδειγμα, στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, παρατηρούμε ότι οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και η αύξηση της ανεργίας δεν συνοδεύτηκαν από καμία αλλαγή στις πολιτικές για την κάλυψη της ασφάλειας υγείας του πληθυσμού. Ο ΟΟΣΑ αναφέρει ότι περίπου το 10% του ελληνικού πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνια ανέργων και των αυτοαπασχολούμενων που καθυστερεί να καταβάλει τις κοινωνικές εισφορές, δεν πληρούσαν τα προαπαιτούμενα για ασφαλιστική κάλυψη και είχαν πρόσβαση μόνο σε επείγουσες θεραπείες.

⁶⁸ UN Human Rights Council, 25th session, Report of the independent expert on the effects of foreign debt..., Cephas Lumina-Addendum Mission to Greece, ό.π., παρ. 20. Βλ. επίσης: “Greek Debt Crisis: How Goldman Sachs Helped Greece to Mask its True Debt”, Der Spiegel, 8 February 2010, διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://www.spiegel.de/international/europe/greek-debt-crisishow-goldman-sachs-helped-greece-to-mask-its-true-debt-a-676634.html>. Βλ. επίσης, , “Wall St. Helped Greece to Mask Debt Fueling Europe’s Crisis”, The New York Times, 13 February 2010, διαθέσιμο στη διεύθυνση: http://www.nytimes.com/2010/02/14/business/global/14debt.html?pagewanted=all&_r=0. “Greece rattled by ‘hidden debt’ controversy”, The Telegraph, 2 February 2010, διαθέσιμο στη διεύθυνση: http://www.telegraph.co.uk/finance/comment/ambroseevans_pritchard/7140233/Greece-rattled-by-hidden-debt-controversy.html

⁶⁹ “Greece, out of ideas, requests global aid”, The New York Times, 23 April 2010, διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://www.nytimes.com/2010/04/24/business/global/24drachma.html> (15/12/2016).

διάσωσης, παραχωρήθηκε υπό την προϋπόθεση να εφαρμόσει η Ελλάδα ένα οικονομικό πρόγραμμα προσαρμογής το οποίο εμπεριέχεται, με τη μορφή ενός διεθνούς «*Μνημονίου Κατανόησης*», σε μια συμφωνία μεταξύ της Ελλάδας και της Τρόικας. Το ίδιο πρότυπο ακολουθήθηκε και για το δεύτερο πακέτο διάσωσης της Ελλάδας, το οποίο συμφωνήθηκε κατά το δεύτερο μισό του 2011 και τελικά εγκρίθηκε τον Μάρτιο του 2012 μέσω ενός νέου Μνημονίου, το οποίο προέβλεπε ένα δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής, καθώς το πρώτο πακέτο διάσωσης αποδείχθηκε ανεπαρκές να αποκαταστήσει τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα της Ελλάδας (Pisani-Ferry et al, 2013).

Και τα δυο προγράμματα προσαρμογής προέβλεπαν ρητά ότι η Ελλάδα έπρεπε να εφαρμόσει σκληρά δημοσιονομικά μέτρα λιτότητας· αυτός ήταν ο όρος για τη λήψη των δανείων, τα οποία η χώρα χρειαζόταν απεγνωσμένα για να αποφύγει τη χρεοκοπία και να παραμείνει στη ζώνη του ευρώ. Η Ελληνική Οικονομία συνέχισε να βρίσκεται σε κατάσταση δημοσιονομικής ανισορροπίας και το επόμενο διάστημα, αφού έλαβαν χώρα τέσσερις αλλαγές κυβερνήσεων, τον Σεπτέμβριο του 2015, η κυβέρνηση καταφεύγει στην ψήφιση 3^{ου} μνημονιακού προγράμματος, που περιλάμβανε νέα μέτρα λιτότητας και περικοπές σε διάφορους τομείς των κοινωνικών δαπανών, επιδρώντας μεταξύ άλλων στην αγορά εργασίας, το συνταξιοδοτικό σύστημα, τη φορολογία, τις κοινωνικές παροχές και την υγεία⁷⁰.

Τα μέτρα αυτά, ήταν μια στυγνή νεοφιλελεύθερη «μνημονιακή» αντιμεταρρύθμιση για «μνημειώδη» υποβάθμιση σε μισθούς και παροχές και απορρύθμιση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων. Οι οριζόντιες περικοπές έπληξαν όλες τις συντάξεις, τα προνοιακά επιδόματα, τις εργασιακές παροχές. Στην υγεία, ο χώρος δράσης ήταν κυρίως τα δημόσια νοσοκομεία με μέτρα για εισιτήριο εισόδου, με δρομολόγηση συγχωνεύσεων, με επέκταση της εξαιρετικά διαδεδομένης ιδιωτικής ιατρικής. Στην απασχόληση, η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και η κατεδάφιση εργασιακών δικαιωμάτων διανθίστηκε από μια ουτοπική επιδίωξη για μείωση της ανεργίας. Όμως, η πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, ο υψηλός δανεισμός και οι πολιτικές λιτότητας είναι πηγές αστείρευτης ανεργίας. Και είναι αυτή ακριβώς η

⁷⁰ Βλέπε Μνημόνια 1, 2 και 3: <http://www.minfin.gr>.

θλιβερή επίπτωση που δημιουργεί τη βαθύτερη αγωνία για μεγάλη δυστυχία και μεγαλύτερη φτώχεια στη σημερινή ελληνική κοινωνία⁷¹.

Παρά τις κοινωνικές θυσίες, τις κυβερνητικές υποσχέσεις και τις υπερεθνικές προσδοκίες, η αποτυχία των τριών μνημονίων είναι πια πασιφανής. Βασικές αιτίες: ο υφεσιακός χαρακτήρας της οικονομικής πολιτικής και ο αναποτελεσματικός τρόπος της πολιτικής εφαρμογής⁷². Σε ρευστό κοινωνικοπολιτικό και άδηλο οικονομικό περιβάλλον συμφωνήθηκε, μετά από ατέρμονες συζητήσεις, να υιοθετηθεί, επιπρόσθετα των τριών προηγούμενων, ένα *τέταρτο μνημόνιο*: το «**Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Προσαρμογής**». Ένα, εκτός ελληνικής πραγματικότητας, πενταετές σχέδιο δημοσιονομικής σωτηρίας και διαρθρωτικών αλλαγών, με ανυπολόγιστο ακόμη κοινωνικό και πολιτικό κόστος αλλά με απολύτως προσδιορισμένους οικονομικούς στόχους περιστολής δαπανών⁷³. Πρόκειται για την έμπρακτη αναγνώριση της παταγώδους δημοσιονομικής αποτυχίας των τριών μνημονίων και του φοβικού τρόπου εφαρμογής που επέβαλε την ανάγκη για ένα τέταρτο μνημόνιο σε μεγαλύτερο βάθος χρόνου (Βενιέρης, 2011).

3.2.3 Μία χώρα υπό καθεστώς λιτότητας

Η Ελλάδα, πλέον, διανύει τον όγδοο χρόνο βαθείας οικονομικής ύφεσης και τον έβδομο χρόνο Μνημονιακής επιτήρησης. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές αυστηρής δημοσιονομικής λιτότητας με έμφαση στη μείωση των κοινωνικών δαπανών, τον περιορισμό των εισοδημάτων και την πλήρη απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, σε συνδυασμό με την αδυναμία εξορθολογισμού του φορολογικού συστήματος, προώθησης ουσιαστικών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και διαμόρφωσης ενός νέου αναπτυξιακού προτύπου, δεν έχουν οδηγήσει στην επαλήθευση των βαρύγδουπων εξαγγελιών περί εξόδου από την κρίση (Οικονόμου, 2015α). Αντίθετα, είμαστε μάρτυρες της αποδιάρθρωσης της οικονομίας και του κοινωνικού ιστού και της διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας. Αυτό τουλάχιστον αποτυπώνεται στην πορεία βασικών μακροοικονομικών και κοινωνικών δεικτών. Το ΑΕΠ από το 2009 και μετά συνεχώς μειώνεται με αύξοντα ρυθμό (Διάγραμμα 1), το

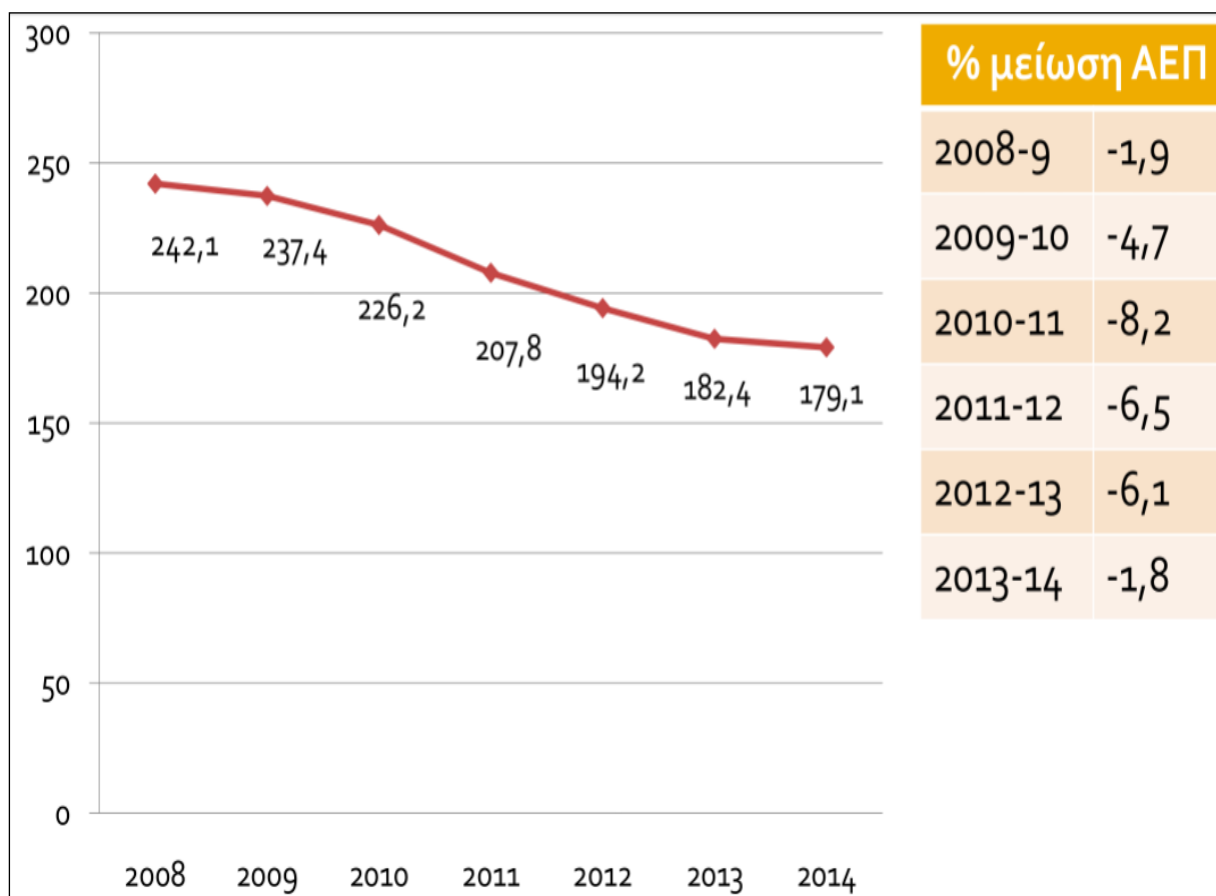
⁷¹ Το επίπεδο της σχετικής φτώχειας στην Ελλάδα (δηλαδή άτομα ή νοικοκυριά που το εισόδημά τους είναι χαμηλότερο από το 60% του αντίστοιχου διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος) παραμένει σταθερά πάνω από το 20% , διαθέσιμο <http://ec.europa.eu/eurostat> (20/10/2016).

⁷² Βλ. σχετική έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Εφημερίδα Η Καθημερινή, 04/07/2011).

⁷³ Βλ. Αιτιολογική Έκθεση στο Σχέδιο Νόμου, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Προσαρμογής 2012–15, σ. 114 διαθέσιμο: <http://www.minfin.gr>. (20/10/2016).

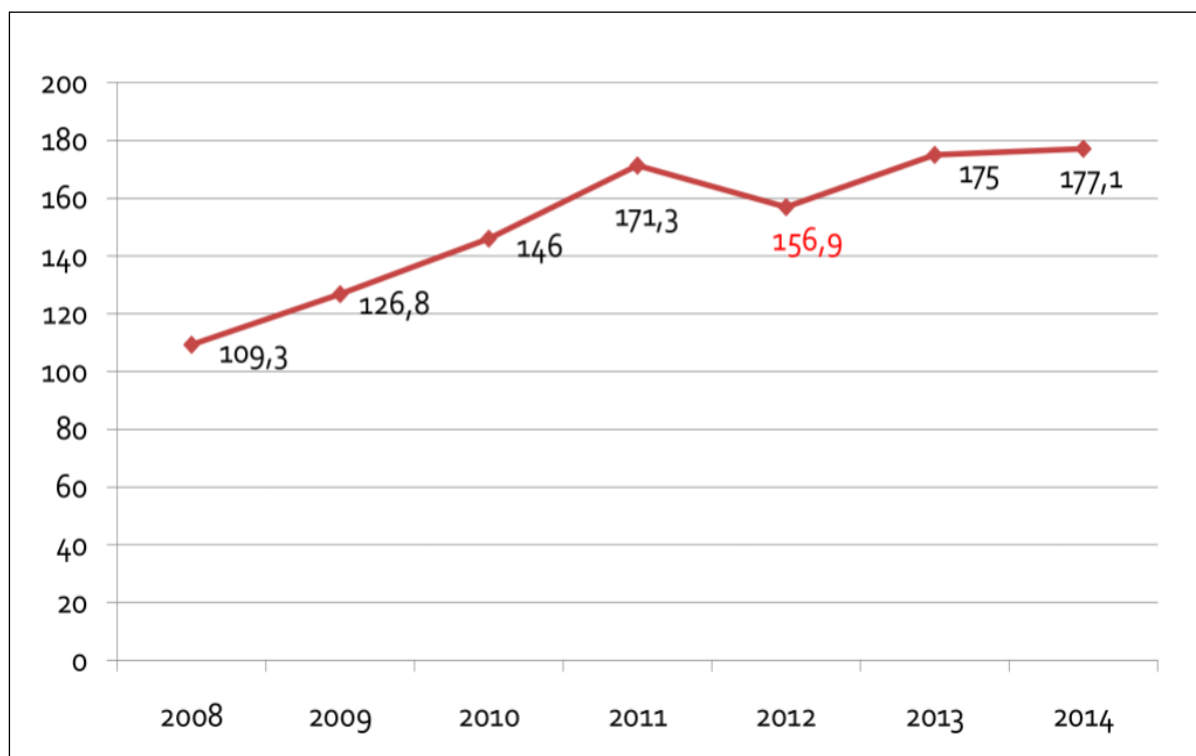
δημόσιο χρέος εξακολουθεί να είναι δυσβάσταχτο αγγίζοντας το 2014 το 177,1% του ΑΕΠ (Διάγραμμα 2) και φέρνοντας την Ελλάδα πρώτη μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης στο ακαθάριστο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ (Διάγραμμα 3). Το δημοσιονομικό έλλειμμα κινείται σε επίπεδα του -9% (Διάγραμμα 4) (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2014α).

Διάγραμμα 1: Μείωση του ΑΕΠ απ' το 2008 έως το 2014



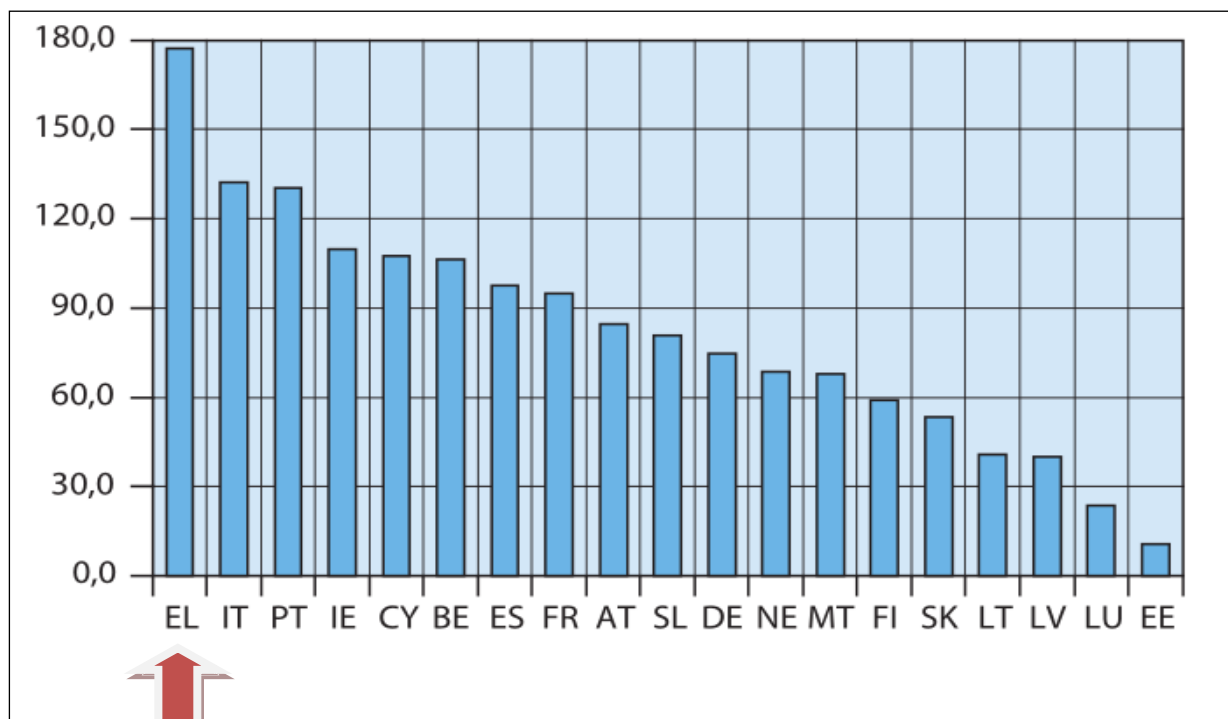
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014α.

Διάγραμμα 2: Εξέλιξη του χρέους ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ



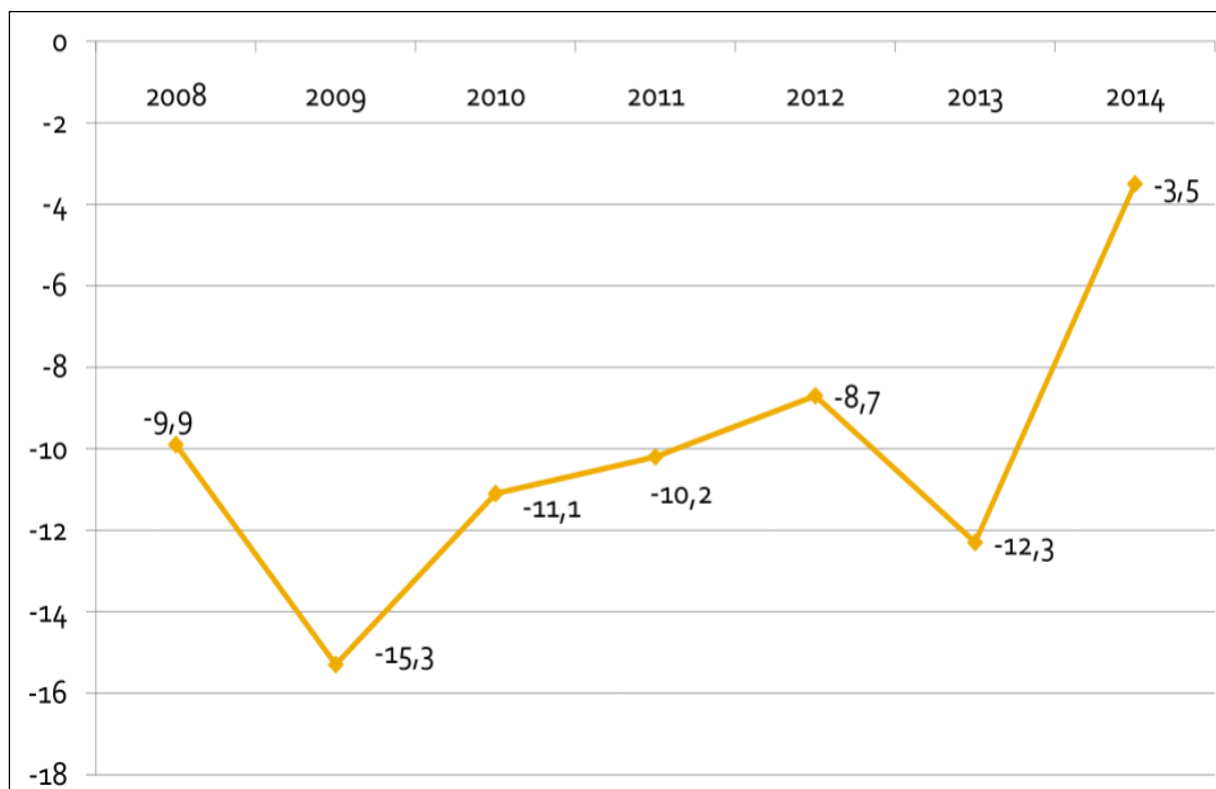
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014α

Διάγραμμα 3: Χώρες Ευρωζώνης: Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2014



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014α.

Διάγραμμα 4: Δημοσιονομικό Έλλειμμα 2008-2014

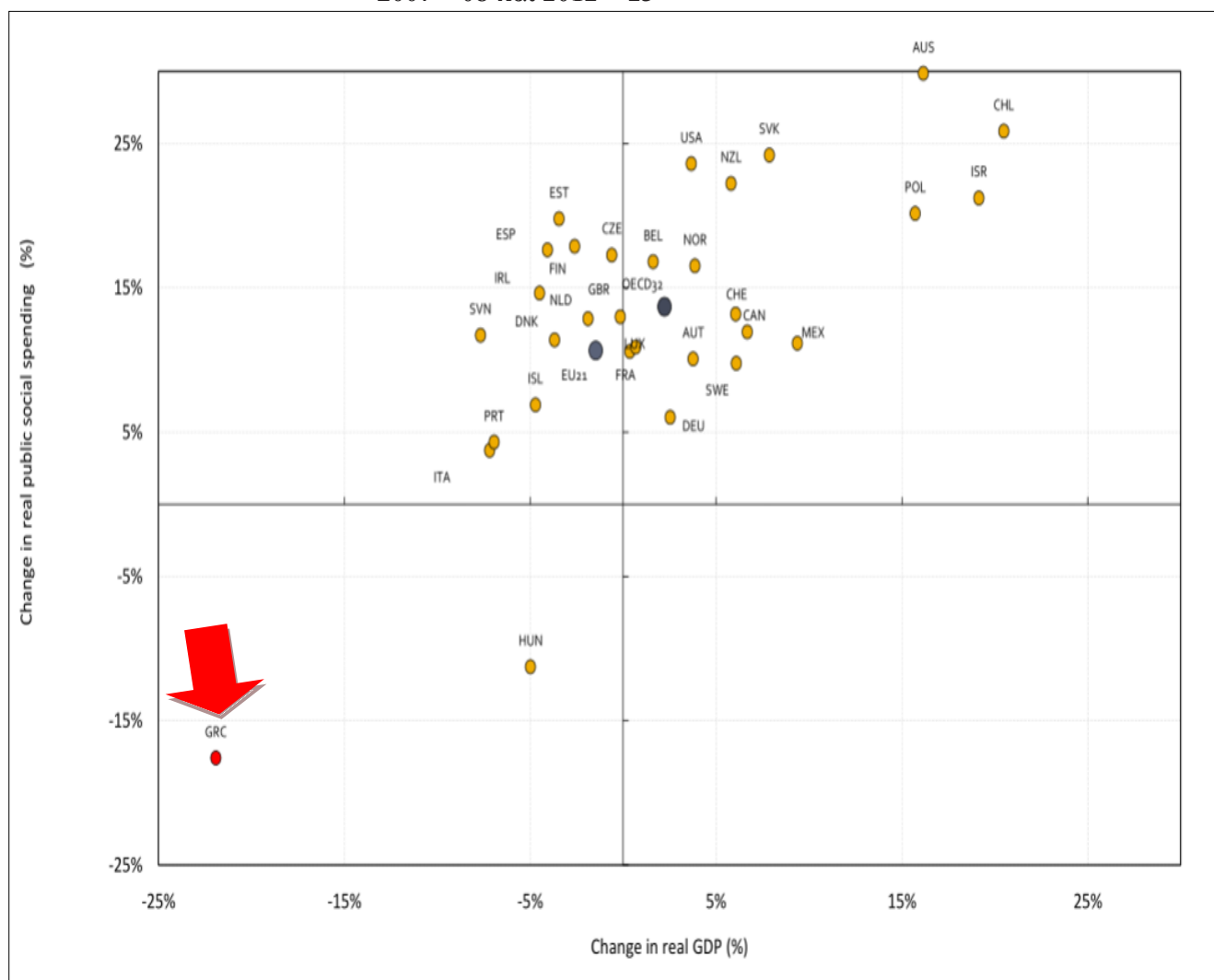


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014α

Όπως ήταν αναμενόμενο, η οικονομική κρίση έπληξε σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική πολιτική, η οποία αποτελούσε τον πιο ευάλωτο ίσως τομέα δημόσιας πολιτικής στη χώρα. Αυτό, διότι η υποχώρηση του ΑΕΠ, όχι μόνο δεν βρήκε ανάχωμα στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας, αλλά συμπαρέσυρε και τις κοινωνικές δαπάνες, με την Ελλάδα να εμφανίζει την πιο επιθετική μείωση και στα δύο μεγέθη, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 5) (ΟΟΣΑ, 2014).

Στον τομέα της υγείας, οι δημόσιες δαπάνες βρίσκονται πλέον κάτω και από τους στόχους που τέθηκαν στο πλαίσιο των δανειακών συμβάσεων, ενώ το μεγαλύτερο πρόβλημα του συστήματος είναι ο μεγάλος αριθμός των ανασφάλιστων οι οποίοι προσεγγίζουν το 27% περίπου του συνολικού πληθυσμού, τη στιγμή που το 2009 ήταν στα επίπεδα του 5%.

Διάγραμμα 5: Μεταβολή στην πραγματική δημόσια κοινωνική δαπάνη και το ΑΕΠ 2007 – 08 και 2012 – 13

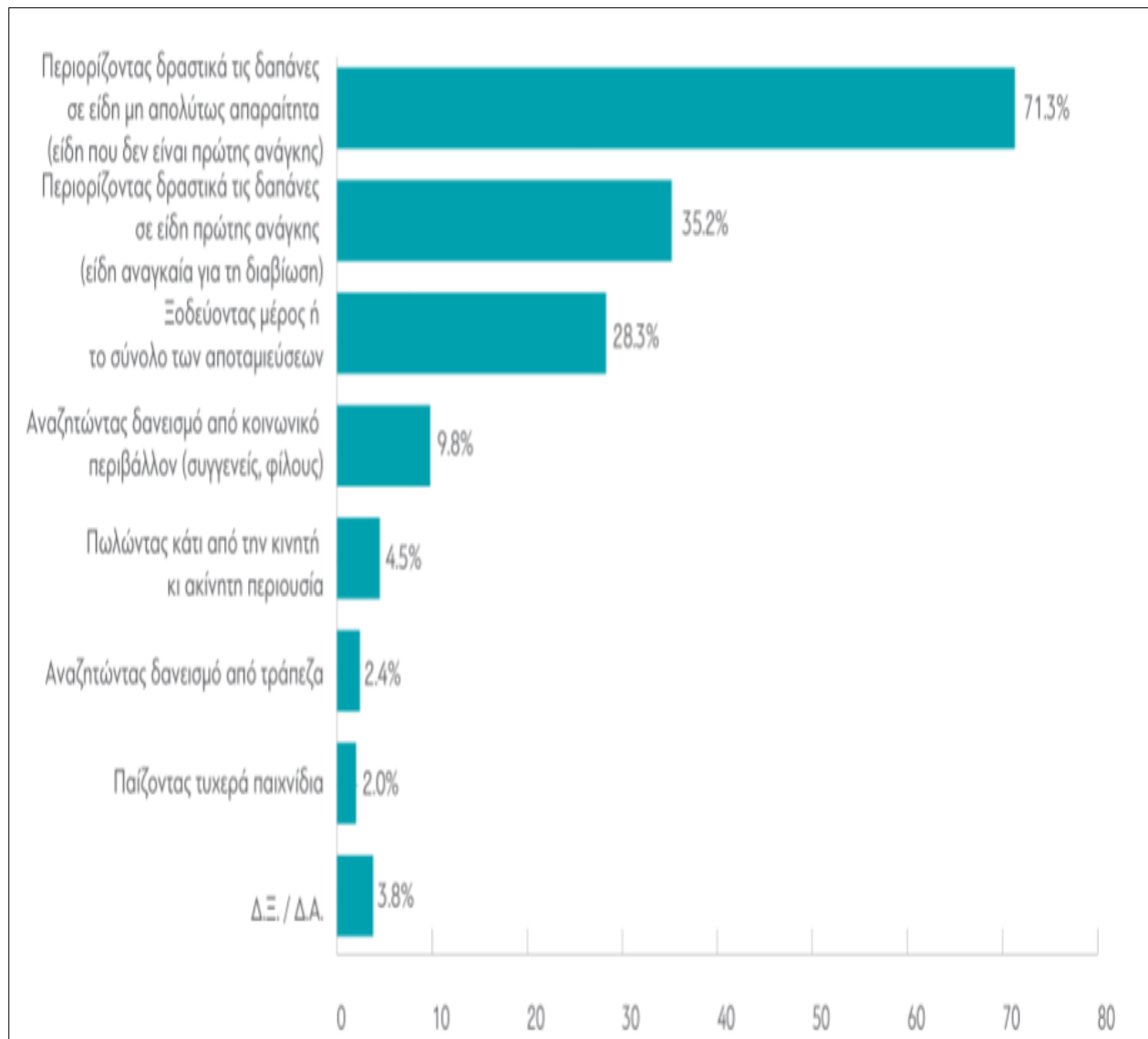


Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Σύμφωνα με τα ευρήματα πανελλαδικής έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) του 2013, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τη διαχείριση του οικογενειακού εισοδήματος (Διάγραμμα 6).

ΕΡΩΤΗΣΗ: «Πώς έχετε αντιμετωπίσει εσείς ή η οικογένειά σας την οικονομική κρίση τους τελευταίους 12 μήνες»;

Διάγραμμα 6: Επιπτώσεις στη διαχείριση του οικογενειακού εισοδήματος



Πηγή: ΕΠΨΥ, 2013

Οι επιπτώσεις για την κοινωνία είναι καταλυτικές. Η ανεργία ξεπερνά το 2013 το 27% του εργατικού δυναμικού και η Ελλάδα κατέχει τα έτη 2013 & 2014 την αρνητική πρωτιά στην Ευρώπη των 28 (Πίνακας 5), με τους ανέργους να ανέρχονται σε πάνω από 1,27 εκατομμύρια άτομα, εκ των οποίων το 73,5% είναι μακροχρόνια άνεργοι (Πίνακας 6).

Πίνακας 5: ΕΕ: Ποσοστά ανεργίας⁷⁴, 2010-2014

Χώρες	2010	2011	2012	2013	2014
ΕΕ 28	9,6	9,7	10,5	10,9	10,2
Ευρωζώνη					
Αυστρία (AT)	4,8	4,6	4,9	5,4	5,6
Βέλγιο (BE)	8,3	7,2	7,6	8,4	8,5
Γαλλία (FR)	9,3	9,2	9,8	10,3	10,3
Γερμανία (DE)	7,0	5,8	5,4	5,2	5,0
Ελλάς (EL)	12,7	17,9	24,5	27,5	26,5
Εσθονία (EE)	16,7	12,3	10,0	8,6	7,4
Ιρλανδία (IE)	13,9	14,7	14,7	13,1	11,3
Ισπανία (ES)	19,9	21,4	24,8	26,1	24,5
Ιταλία (IT)	8,4	8,4	10,7	12,1	12,7
Κύπρος (CY)	6,3	7,9	11,9	15,9	16,1
Λετονία (LV)	19,5	16,2	15,0	11,9	10,8
Λιθουανία (LT)	17,8	15,4	13,4	11,8	10,
Λουξεμβούργο (LU)	4,6	4,8	5,1	5,9	5,9
Μάλτα (MT)	6,9	6,4	6,3	6,4	5,9
Ολλανδία (NE)	5,0	5,0	5,8	7,3	7,4
Πορτογαλία (PT)	12,0	12,9	15,8	16,4	14,1
Σλοβακία (SK)	14,5	13,7	14,0	14,2	13,2
Φιλανδία (FI)	8,4	7,8	7,7	8,2	8,7
Εκτός Ευρωζώνης					
Βουλγαρία (BG)	10,3	11,3	12,3	13,0	11,4
Δανία (DK)	7,5	7,6	7,5	7,0	6,6
Ηνωμένο Βασίλειο (UK)	7,8	8,1	7,9	7,6	6,1
Κροατία (HR)	11,7	13,7	16,0	17,3	17,3
Ουγγαρία (HU)	11,2	11,0	11,0	10,2	7,7
Πολωνία (PL)	9,7	9,7	10,1	10,3	9,0
Ρουμανία (RO)	7,0	7,2	6,8	7,1	6,8
Σουηδία (SE)	8,6	7,8	8,0	8,0	7,9
Τσέχικη Δημοκρατία (CZ)	7,3	6,7	7,0	7,0	6,1

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014β

⁷⁴ Μέσο Ετήσιο ποσοστό ανεργίας.

Πίνακας 6: Ποσοστά Μακροχρόνιας ανεργίας 2010 – 2014

Διάρκεια ανεργίας	2010	2011	2012	2013	2014
Σύνολο ανέργων	639,4	881,8	1.195,1	1.330,3	1.274,4
Τώρα θ' αρχίσουν να αναζητούν εργασία	6,3	7,1	9,6	9,0	5,5
Ποσοστό (%) μακροχρόνια ανέργων	44,6	49,3	59,1	67,1	73,5
Ποσοστό «νέων» ανέργων	23,9	24,4	24,5	23,6	23,5

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014β

Στον Πίνακα 7 φαίνεται η μεταβολή από το 2009 έως το 2013/14 στα ποσοστά ανεργίας, μακροχρόνια ανέργων, καθώς και τα ποσοστά φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και των συνθηκών εργασίας.

Πίνακας 7: Ποσοστιαία μεταβολή Κοινωνικών Δεικτών 2009 – 2013 / 14

	2009	2013 / 14	%μεταβολή
Απασχολούμενοι	4.556.000	3.536.200	-22,4%
Άνεργοι	484.700	1.274.400	162,9%
Πληθυσμός 18 – 60 ετών που διαμένει σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο	521.120	1.114.444	113,9%
Με χαμηλή ένταση εργασίας	539.000	1.200.800	122,8%
Προσλήψεις μερικής & εκ περιτροπής εργασία	198.227	513.891	159,2%
Σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	3.0007.000	3.904.000	29,8%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014γ

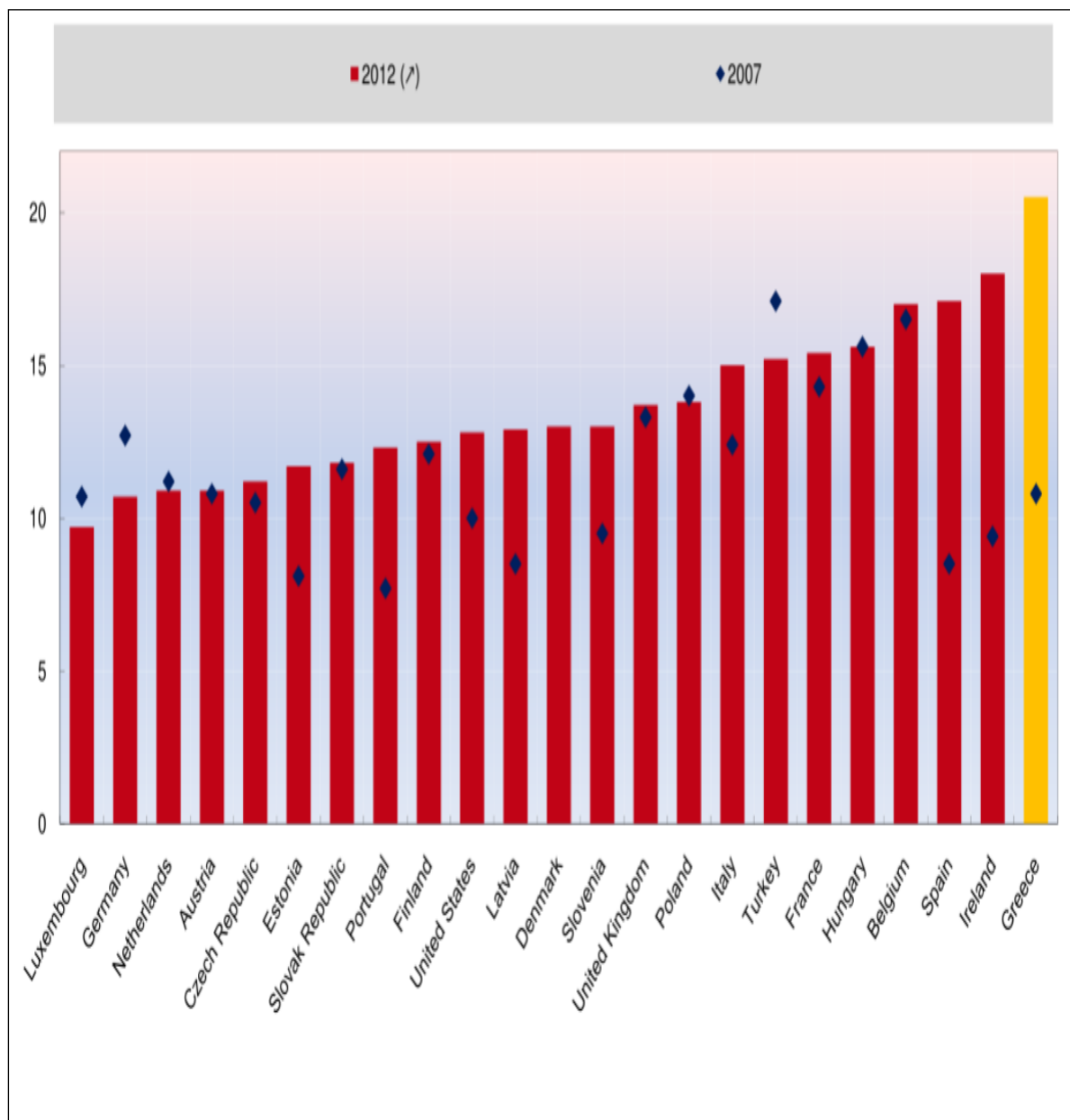
Σε μελέτη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 2014, η Ελλάδα έρχεται πρώτη σε ποσοστά ανεργίας μεταξύ των 36 χωρών – μελών του (Διάγραμμα 7) με ποσοστό 26,3%, τη στιγμή που ο Μέσος όρος ανεργίας των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 7,3%. Στην ίδια έρευνα παρουσιάζεται πρώτη μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στο ποσοστό ενηλίκων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 7: Ποσοστά ανεργίας 36 χωρών – μελών ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Διάγραμμα 8: Ποσοστό ενηλίκων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο στην ΕΕ



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Το 35,7% του πληθυσμού βρίσκεται σε κατάσταση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού και πάλι η χώρα μας βρίσκεται πρώτη το 2014 μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης (Πίνακας 8). Το χάσμα κινδύνου φτώχειας έχει αυξηθεί και η ανισοκατανομή του εισοδήματος διευρύνθηκε. Το 20% του πιο εύπορου πληθυσμού της χώρας κατέχει 6,6 φορές μεγαλύτερο μερίδιο εισοδήματος σε σχέση με το 20% του φτωχότερου πληθυσμού (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2014γ).

Πίνακας 8: ΕΕ: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2009 – 2013

Χώρες	2010	2011	2012	2013	2014
ΕΕ 28	23,2	23,7	24,3	24,7	24,5
Ευρωζώνη					
Αυστρία (AT)	17,0	16,6	16,9	18,5	18,8
Βέλγιο (BE)	20,2	20,8	21,0	21,6	20,8
Γαλλία (FR)	18,5	19,2	19,3	19,1	18,1
Γερμανία (DE)	20,0	19,7	19,9	19,6	20,3
Ελλάς (EL)	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7
Εσθονία (EE)	23,4	21,7	23,1	23,4	23,5
Ιρλανδία (IE)	25,7	27,3	29,4
Ισπανία (ES)	24,5	26,7	27,7	28,2	27,3
Ιταλία (IT)	24,7	24,5	28,2	29,9	28,4
Κύπρος (CY)	23,5	24,6	24,6	27,1	27,8
Λετονία (LV)	37,9	38,2	40,1	26,2	35,1
Λιθουανία (LT)	29,5	33,4	33,1	32,5	30,8
Λουξεμβούργο (LU)	17,8	17,1	16,8	18,4	19,0
Μάλτα (MT)	20,3	21,2	22,1	23,1	24,0
Ολλανδία (NE)	15,1	15,1	15,7	15,0	15,9
Πορτογαλία (PT)	24,9	25,3	24,4	25,3	27,4
Σλοβακία (SK)	19,6	20,6	20,6	20,5	19,8
Σλοβενία (SL)	17,1	18,3	19,3	19,6	20,4
Φιλανδία (FI)	16,9	16,9	17,9	17,2	16,0
Εκτός Ευρωζώνης					
Βουλγαρία (BG)	46,2	49,2	49,1	49,3	48,0
Δανία (DK)	17,6	18,3	18,9	19,0	18,9
Ηνωμένο Βασίλειο (UK)	22,0	23,2	22,7	24,1	24,8
Κροατία (HR)	...	30,7	32,3	32,3	...
Ουγγαρία (HU)	29,6	29,9	31,0	32,4	33,5
Πολωνία (PL)	27,8	27,8	27,2	26,7	25,8
Ρουμανία (RO)	43,1	41,4	40,3	41,7	40,4
Σουηδία (SE)	15,9	15,0	16,1	15,6	16,4
Τσέχικη Δημοκρατία (CZ)	14,0	14,4	15,3	15,4	14,6

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014γ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα Πριν και Μετά την Κρίση

«Αξίζει να θυμόμαστε ότι η προσφορά των υπηρεσιών υγείας από το κράτος έχει αρχίσει εδώ και 25 τουλάχιστον αιώνες από τους Έλληνες. Είναι λάθος λοιπόν να πιστεύουμε ότι τα σημερινά εθνικά συστήματα υγείας και οι σύγχρονες οικονομικές θεωρίες για τα δημόσια και τα κοινωνικά αγαθά καθώς και η ιδεολογία για κρατικό παρεμβατισμό είναι αποτέλεσμα μόνο της σύγχρονης επιστήμης»

Hatwell (1974)

Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν γίνει, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερα ανεπτυγμένα κοινωνικό – οικονομικά υποσυστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους και οργάνωσης όσο και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, για να ακολουθήσει αργότερα η φάση των μεταρρυθμίσεων. Το Ελληνικό κράτος αντίθετα, εμφανίζεται υποτονικό, απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή – μεταρρυθμιστική φάση μπαίνει μόλις το 1974, αμέσως δηλαδή μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα εθνικό σύστημα, παρόμοιο με εκείνο άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Παπαρηγοπούλου, 1993).

Με την άνοδο των σοσιαλιστών στην εξουσία το 1981, οι συνθήκες είναι πλέον ώριμες και το μεγάλο βήμα γίνεται με την ψήφιση του Νόμου 1397/83 που αποτελούσε την πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα (Σισσούρας, 1994). Αμέσως μετά σημειώνεται μια ταχεία και μεγάλη επέκταση του υγειονομικού τομέα, κυρίως σε έργα υποδομής, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Η προσπάθεια όμως αυτή ποτέ δεν ολοκληρώθηκε και σήμερα, τριάντα τρία χρόνια μετά την

ψήφιση του Νόμου για το ΕΣΥ, πολλά παλιά προβλήματα αναζητούν ακόμη λύσεις, ενώ έχουν δημιουργηθεί καινούργια που πιέζουν προς μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια (Θεοδώρου et al, 2001).

Ο στρατηγικός στόχος της δόμησης ενός ενοποιημένου τομέα υγειονομικής περίθαλψης έχει αποδειχθεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα και μια πολιτικά δύσκολη διαδικασία. Παρά το γεγονός ότι το σύστημα πέτυχε τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, οι διαρθρωτικές ανεπάρκειες σχετικά με την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την ποιότητα παροχών υγείας παραμένουν και ενδεχομένως να αυξάνονται όλα αυτά τα χρόνια (Economou, 2010)⁷⁵.

4.1 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα μέχρι το 2010

Με αφετηρία τις παραπάνω σκέψεις, θεωρούμε πιο δόκιμη για να περιγράψει την κατάσταση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα τη μεταφορά του εκκρεμούς. Η μεταφορά αυτή έχει χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει το χαρακτήρα μιας ειδικής περίπτωσης διοικητικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (Παπούλιας et al, 2002). Πυρήνας της προσέγγισης αποτελεί η παλινδρομική, συνεχής κίνηση του εκκρεμούς από τη μία μεριά στην άλλη. Ανάλογα λοιπόν, δανειζόμαστε την έννοια του εκκρεμούς για να περιγράψουμε την εθνική πολιτική υγείας και τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, που διέπονται από σοβαρές αντιφάσεις (Ρομπόλης, 1999). Το εκκρεμές της υγειονομικής μεταρρύθμισης κινείται σε τρεις χρόνους, αναδεικνύοντας μια σταθερή κρίση ταυτότητας: κοινωνική ασφάλιση υγείας – εθνικό σύστημα υγείας – ιδιωτικός τομέας. Στον Πίνακα 9 συνοψίζουμε τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα μέχρι το 2010.

⁷⁵ «Greece Health System Review», Systems in Transition, Vol. 12. No 7 2010, διαθέσιμο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf (15/02/2017).

Πίνακας 9: Οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα μέχρι το 2010

<p>1929 Σχέδιο της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών: Collaboration with the Greek government in the sanitary reorganization of Greece</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση κεντρικού συντονιστικού οργάνου - ίδρυση Αθηναϊκού Υγειονομικού Κέντρου: Νέες Τεχνικές Υπηρεσίες, Σχολή Υγιεινής - βασική μονάδα υγείας: αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας - Αθήνα και Πειραιάς: ίδρυση Μητροπολιτικής Υπηρεσίας Υγιεινής
<p>1953 Ν.Δ. 2592/1953: Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σύσταση κεντρικού και Περιφερειακών Συμβουλίων Ιατρικής Αντιλήψεως - διαίρεση σε υγειονομικές περιφέρειες - σύσταση ειδικού λογαριασμού συγκέντρωσης των χρηματικών πόρων - σύσταση κεντρικών νοσοκομείων στις έδρες των περιφερειών και γενικών νοσοκομείων στις έδρες των νομών - σύσταση κοινοτικών υγειονομικών σταθμών - Κατανομή κλινών με βάση τις ανάγκες
<p>1976 Έκθεση ΚΕΠΕ: Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976 – 80 – Υγεία</p>	<ul style="list-style-type: none"> - δημιουργία ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας ή - ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας υγείας: ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ ή - θέσπιση συνεργασίας και συντονισμού των υφιστάμενων φορέων ασφάλισης
<p>1979 Μελέτη ομάδας Φίλια: θεσμός νοσοκομειακού ιατρού με πλήρη απασχόληση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σύσταση Εθνικού Φορέα Υγείας - νοσοκομειακός γιατρός πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης - αύξηση δαπανών υγείας - υγειονομικές περιφέρειες - αναδιοργάνωση ιατρικής υπηρεσίας - επανεξέταση αριθμού και ποιότητας κλινών - κρατικοποίηση νοσοκομείων - δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας
<p>1980 Νομοσχέδιο Δοξιάδη: Μέτρα προστασίας της υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση αγροτικών κέντρων υγείας - αποδοχή πορισμάτων Επιτροπής Φίλια, εκτός από το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης

<p>1983 Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση υγειονομικών περιφερειών - σύσταση ΠΕΣΥ - μετατροπή νοσοκομείων σε ΝΠΔΔ, απαγόρευση ίδρυσης & επέκτασης ιδιωτικών κλινών - διάκριση νοσοκομείων σε περιφερειακά και νομαρχιακά - πλήρης και αποκλειστική απασχόληση νοσοκομειακού γιατρού - ίδρυση αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας
<p>1992 Ν. 2071/ 1992: Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - υπαγωγή κέντρων υγείας στις νομαρχίες - δυνατότητα επιλογής γιατρών ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής - απελευθέρωση ιδιωτικού τομέα και δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών - ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες Δυνατότητα σύμβασης ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων
<p>1994 Ν. 2194/1994: Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Επαναφορά σε ισχύ διατάξεων του Ν. 1397/ 1983 σε σχέση με:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - εργασιακό καθεστώς ιατρών - κέντρα υγείας
<p>Ειδική Επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων: Έκθεση για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση Ενιαίου φορέα Υγείας - οικογενειακός γιατρός - σύσταση περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων - θετική λίστα φαρμάκων και προσδιορισμός μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων - εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού - εισαγωγή θεσμού γενικού διευθυντή νοσοκομείων
<p>1995 Σχέδιο Κρεμαστινού</p>	<ul style="list-style-type: none"> - δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων - εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, αλλαγή της οργάνωσης και

	<p>διοίκησης νοσοκομείων</p> <ul style="list-style-type: none"> - εισαγωγή του γενικού οικογενειακού γιατρού - ανάπτυξη της δημόσιας υγείας - σύνταξη θετικής λίστας φαρμάκων και υιοθέτηση τιμών αναφοράς - συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού - εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου
<p>1996 Σχέδιο Πεπονή και Παπαδέλη</p>	<ul style="list-style-type: none"> - εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών - σφαιρικοί προϋπολογισμοί και κοστολόγηση υπηρεσιών νοσοκομείων ανά τμήμα ή περίπτωση - ενθάρρυνση των Ταμείων για εισαγωγή του θεσμού του γενικού ιατρού - αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών - ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας - εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών
<p>1997 Ν. 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση οργάνων προστασίας δικαιωμάτων ασθενών - ενίσχυση δημόσιας υγείας - ίδρυση ινστιτούτου έρευνας και έλεγχος ποιότητας των υπηρεσιών - σύσταση συμβουλίου συντονισμού και ενιαίας δράσης υπηρεσιών υγείας - νοσοκομεία: μάνατζερς, σφαιρικοί προϋπολογισμοί, ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες ασθενειών - κατ' οίκον νοσηλεία, απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων, υπηρεσίες αποκατάστασης - γενικός ιατρός - δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
<p>2000 Σχέδιο Παπαδόπουλου: Η υγεία για τον πολίτη</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 200 σημεία προτάσεων
<p>2001 Ν. 2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση ΠεΣΥ - σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας - απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων - μάνατζερς νοσοκομείων
<p>2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> - σύσταση εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού

<p>N. 3172 / 2003: Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.</p>	<p>οργάνου</p> <ul style="list-style-type: none"> - αναβάθμιση των Δ/σεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και των ΟΤΑΣ, - ρυθμίζονται θέματα προσωπικού και εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία - προβλέπεται η σύνταξη χάρτη υγείας
<p>2004 N. 3235/2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα - οικογενειακός προγραμματισμός - εξασφάλιση & διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού - υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης - παρακολούθηση χρονίως πασχούντων για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο - υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας
<p>2005 N. 3418/2005: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα - Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού - Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας - Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού - Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία
<p>2006 N. 3527/2007: Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης</p>	<p>Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Δευτεροβάθμια Επιτροπή για τη Διαφάνεια της Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ.).</p>
<p>2007 N. 3580/2007: Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης</p>	<p>Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, υπαγόμενη απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.</p>

Πηγή: Οικονόμου, 2009

4.2 Η ατέρμονη προσπάθεια των μεταρρυθμίσεων του Ε.Σ.Υ.

Στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας, το ΕΣΥ της χώρας αποτέλεσε αντικείμενο τεσσάρων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων. Το βασικό χαρακτηριστικό των μεταρρυθμίσεων αυτών ήταν η αναντιστοιχία μεταξύ της θεσμικής τους έκφρασης, των δηλωμένων στόχων και της πραγματικής εφαρμογής τους. Το γεγονός αυτό από μόνο του ουσιαστικά υποδηλώνει ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις απέτυχαν σε μεγάλο βαθμό να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους. Ακόμα περισσότερο, υποδηλώνει την απουσία μιας ξεκάθαρης άποψης της πολιτείας ως προς τις κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας και τη θέση του ΕΣΥ στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα (Οικονόμου, 2004β). Όπως επισημαίνει ο Σισσούρας (2003), οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ αποτέλεσαν ένα ατελέσφορο εγχείρημα, γεγονός το οποίο οδηγεί στην αναζήτηση ενός ερμηνευτικού σχήματος για το τι πήγε λάθος και το τι έγινε σωστά στην εφαρμογή τους, καθώς και εκεί που σημειώθηκαν κάποιες αλλαγές γιατί η εφαρμογή τους, προχώρησε με αργό ρυθμό.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μια προσέγγιση, η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων οφείλεται στην κυριαρχία της κομματοκρατικής δημοκρατίας (Μουζέλης, 2003). Η άποψη αυτή υποστηρίζει ότι η τάση των κομμάτων να διεισδύουν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής περίπτωσης, υποσκάπτει την αυτονομία της μέσω της εκτεταμένης κομματικοποίησης και της λειτουργίας τριών μηχανισμών: **α)** της μετάθεσης των στόχων από καθολικά προσδιοριζόμενους σε μέσα επιδίωξης κομματικών συμφερόντων, **β)** της κυριαρχίας της πρακτικής κατά την οποία κάθε αλλαγή κυβέρνησης ή ανασχηματισμός συνοδεύεται από καθολικές ανατροπές και αλλαγές σε πολιτικές και πρόσωπα και **γ)** της αντίθεσης σε κάθε εξωκομματικό έλεγχο. Στα πλαίσια αυτά, η άρση του αδιεξόδου προϋποθέτει την ενίσχυση της αδύναμης κοινωνίας των πολιτών.

Άλλες προσεγγίσεις τονίζουν τη μονομέρεια της παραπάνω θεωρίας, υποστηρίζοντας ότι οι αιτίες είναι πιο σύνθετες (Βούλγαρης, 2003). Το πρόβλημα δεν είναι η αδύναμη κοινωνία των πολιτών, αλλά η συγκεκριμένη κοινωνία πολιτών. Θεωρώντας την κοινωνία των πολιτών ως τόπο οργάνωσης μιας εναλλακτικής δύναμης ηγεμονίας των κυριαρχούμενων τάξεων, σύμφωνα με την Γκραμισιανή

έννοια, αναδεικνύουν τη σημασία της υλικής, θεσμικής και συμβολικής αναπαραγωγής ενός μεγάλου φάσματος κοινωνικών στρωμάτων μέσα στο πεδίο των επικαλύψεων του δημοσίου και του ιδιωτικού. Με άλλα λόγια, από τη μεριά της ίδιας της κοινωνίας των πολιτών δεν υπήρξε έντονο αίτημα για μεταρρυθμίσεις. Συνεπώς, τα αίτια αποτυχίας των μεταρρυθμίσεων πρέπει να αναζητηθούν σε όλα τα επίπεδα.

Μια γόνιμη συμβολή στη συζήτηση αποτελεί η θέση των Παπούλια και Τσούκα (1998), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αδυναμία προώθησης σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στην Ελλάδα σχετίζεται με εγγενείς δυσκολίες των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και ιστορικές συγκυρίες. Οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις αποτελούν μια πολιτική υπόθεση και καθορίζονται ανάλογα με το βαθμό στον οποίο εκφράζουν ένα όραμα και το βαθμό στον οποίο εξειδικεύονται οι μηχανισμοί υλοποίησης του οράματος. Πολλές φορές δεν υπάρχει όραμα για το αντικείμενο της μεταρρύθμισης, ενώ υπό την πίεση της συγκυρίας η αντιμετώπιση των τρεχόντων προβλημάτων γίνεται με μέτρα αποσπασματικά, συχνά αντιφατικά, χωρίς συνεκτική λογική, η εφαρμογή των οποίων βασίζεται σε ατομικές πρωτοβουλίες ή επιβάλλεται από υπερεθνικούς οργανισμούς.

Τα ερμηνευτικά σχήματα που προτείνουν ο Βούλγαρης και οι Παπούλιας, Τσούκας φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στην εμπειρία των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Οι δύο προσεγγίσεις τοποθετούν το ζήτημα των μεταρρυθμίσεων στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, αναδεικνύοντας τον πολυδιάστατο χαρακτήρα τους, και καλύπτουν το φάσμα των τεσσάρων προσδιοριστικών παραμέτρων που αναφέρθηκαν παραπάνω, προσφέροντας μια πιο συνεκτική και ολοκληρωμένη προσέγγιση σε σχέση με αυτή του Μουζέλη. Όπως δείχνουν διάφορα παραδείγματα μεταρρυθμίσεων, οι προσπάθειες επιτυχίας τους συνίστανται στη διαμόρφωση ενός αναλυτικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου, στην ύπαρξη σταθερής πολιτικής βούλησης και στη δημιουργία κοινωνικών συμμαχιών που δεν αντιτίθενται στη βασική ιδέα και την αναγκαιότητα μιας μεταρρύθμισης (Παπούλιας et al, 2002).

Κύριο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο μεγάλος βαθμός συγκεντρωτισμού και κρατικής ρυθμιστικής παρέμβασης, καθώς κάθε πλευρά της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργείου Υγείας (Μπουρσανίδης, 2000). Και επειδή το σύστημα είναι

κατακερματισμένο, η κατανομή της χρηματοδότησης δεν γίνεται ούτε με κριτήρια αποτελεσματικότητας, ούτε με βάση τη δικαιοσύνη. Επιπλέον, η σημερινή οργάνωση του στατιστικού συστήματος περιπλέκει τη διαχείριση της πολιτικής υγείας, συμβάλλει σε σοβαρά στατιστικά κενά, καθιστώντας πιο δύσκολο να συγκεντρωθούν διάσπαρτες πληροφορίες. Η Ελλάδα είναι μία από τις λίγες χώρες του ΟΟΣΑ που δεν έχει υιοθετήσει το σύστημα του ΟΟΣΑ λογαριασμών υγείας (Economou & Giorno, 2009)⁷⁶.





























Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται τα τελευταία χρόνια, σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό (Υφαντόπουλος 1998, Καρόκης & Σισσούρας 1994). Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα στην οργάνωση και στη λειτουργία του, στη χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και στην παροχή υπηρεσιών, με ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με πληθωρισμό γιατρών και μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, με αδύναμη ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και με στοιχεία ασαφώς καθορισμένου ή ανεπαρκούς οργανωτικού και χρηματοδοτικού πλαισίου για τα νοσοκομεία (Mossialos, 1997). Η δυσφορία του κόσμου από τις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 10) στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, τριάντα και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και

⁷⁶ «Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece», διαθέσιμο: <http://www.oecd-ilibrary.org/economics/improving-the-performance-of-the-public-health-care-system-in-greece> (14/02/2017).

συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

Πίνακας 10: Αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης από τις Υπηρεσίες Υγείας κάθε χώρας

The healthcare system in (OUR COUNTRY) (Evaluation of the current situation)		Special EB 315 (2009)	Special EB 349 (2010)	Special EB 370 (2011)	Special EB 391 (2012)	Special EB 408 (2013)	Special EB 418 (2014)
 EU28		1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1
 LU		5	5.2	5.3	5.9	5.5	5.5
 AT		4.7	4.6	5.2	4.9	4.2	5.4
 BE		5.5	5.3	6.3	6.3	5.2	5.3
 MT		2.7	3.2	3.6	3.8	3.8	5
 NL		5.1	4.6	5.3	6.1	5.4	4.9
 DK		3.2	2.9	2.9	3.9	3.4	3.7
 UK		4.3	4.4	4	4.2	4	3.4
 FR		2.6	2.7	2.3	3.3	3.1	3.4
 FI		3.1	2.9	2.7	3.3	2.9	2.9
 DE		1	1.3	1.5	3.2	3	2.8
 SE		3.6	3.9	3.2	4.4	3.6	2.7
 CZ		1.5	2.3	1.1	1.4	1.6	1.7
 SI		0.9	1.3	1.5	1.6	1.3	0.5
 ES		2.3	2.7	2.2	1.7	0.3	0.4
 EE		0.6	0.8	0.5	0.6	0.1	0.1
 LT		-1.1	-1.2	-1.5	-1.4	0.1	-0.1
 PT		-1	-1.5	-0.9	-1.9	-0.9	-0.4
 HR		-	-	-	-	-0.1	-0.5
 CY		0.2	0.6	0.8	-0.3	0	-1.3
 IT		-0.1	-0.3	0.1	-1.8	-1.3	-1.4
 SK		-0.3	0.5	-1.6	-1.2	-0.5	-1.6
 IE		-1.7	-1.5	-1.3	-1.1	-1	-1.6
 HU		-2.1	-1.9	-2.2	-2.5	-1.2	-2.2
 LV		-1.8	-2.7	-2.6	-2.8	-1.6	-3.1
 RO		-3	-4.2	-5.1	-3.9	-3.3	-3.5
 PL		-1.7	-2.3	-2.4	-4	-2.4	-3.6
 BG		-3.4	-2.9	-2.8	-3.5	-2.6	-4.3
 EL		-3.1	-3.6	-3.7	-6.3	-5.3	-6.1

Πηγή: Eurostat, 2014

4.3 Μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην περίοδο των Μνημονίων

Η Ελλάδα θα μπορούσε να αντλήσει σημαντικά διδάγματα από τη διεθνή συζήτηση για τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία του πληθυσμού της και τη λειτουργία του ΕΣΥ η μέχρι τώρα πολιτική διαρθρωτικής προσαρμογής που ακολουθεί άκριτα. Μελέτες ήδη καταγράφουν μια σειρά δυσμενών εξελίξεων αναφορικά με την υγεία των πολιτών. Ταυτόχρονα απουσιάζουν μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας (Economou et al, 2015)⁷⁷. Οι κριτικές αυτές επισημάνσεις δεν αμφισβητούν την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του ΕΣΥ έτσι όπως λειτουργούσε μέχρι πρόσφατα. Αμφισβητούν την κατεύθυνση των αλλαγών οι οποίες δεν απορρέουν από τις πραγματικές ανάγκες του ίδιου του συστήματος υγείας και του Ελληνικού πληθυσμού αλλά υπάγονται σε μια δογματική προσέγγιση που επιβάλλεται από έναν εξωτερικό παράγοντα (Economou, 2012)⁷⁸.

Με τα μέτρα που λήφθηκαν τα τελευταία 6 χρόνια (Πίνακας 11), το σύστημα υγείας έχει καταστεί εντελώς εχθρικό προς τον ασθενή. Όχι μόνο δεν αναπτύχθηκαν θεσμοί συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία χάραξης πολιτικής υγείας και λήψης αποφάσεων αλλά, επιπροσθέτως, τέθηκαν σοβαρά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με διάφορες μορφές, άμεσες και έμμεσες (Economou et al, 2015). Σε έρευνες (Economou, 2015)⁷⁹ του Ευρωβαρόμετρου καταγράφεται η αυξανόμενη απογοήτευση των ασθενών, σχετικά με την αύξηση της συμμετοχής και των τελών χρήσης, το υψηλό κόστος των τηλεφωνικών κλήσεων για να προγραμματίσουν ένα ραντεβού, τους μεγάλους χρόνους αναμονής και καθυστέρησης στο προγραμματισμένο ραντεβού με τον συμβεβλημένο ιατρό καθώς και την έλλειψη συντονισμού. Οι ελλείψεις γιατρών και νοσηλευτών, λόγω παγώματος προσλήψεων,

⁷⁷ «The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece», διαθέσιμο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf (10/12/2016).

⁷⁸ «The performance of the Greek health care system and the Economic Adjustment Programme: “Economic crisis” versus “system-specific deficits” driven reform», διαθέσιμο: https://www.researchgate.net/publication/279406722_The_performance_of_the_Greek_health_care_system_and_the_Economic_Adjustment_Programme_Economic_crisis_versus (10/12/2016).

⁷⁹ «Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece», WHO 2015, διαθέσιμο: <http://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-greece-2015> (15/02/2017).

θα οδηγήσουν σε μεγαλύτερες λίστες αναμονής και καθυστέρησης στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 11: Μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στην περίοδο της κρίσης

<p>N. 3816/2010</p>	<p>Θετική λίστα φαρμάκων, τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία.</p>
<p>N. 3863/2010</p>	<p>Διαχωρισμός του κλάδου σύνταξης από τον κλάδο υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και υπαγωγή όλων των δράσεων υγείας στην εποπτεία του ΥΥΚΑ, θέσπιση του Συμβουλίου Συντονισμού των Παροχών Υγείας.</p>
<p>N. 3868/2010</p>	<p>Υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων (απογευματινά ιατρεία).</p>
<p>N. 3892/2010</p>	<p>Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.</p>
<p>N. 3918/2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • σύσταση ΕΟΠΥΥ, ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ στο ΕΣΥ. • περιφερειακός προγραμματισμός προμηθειών υγείας –ΠΠΠΥ, Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών, Επιτροπή Προδιαγραφών, Παρατηρητήριο Τιμών. • εξορθολογισμός συστήματος αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων: τιμολόγηση φαρμάκων με βάση τις τρεις χώρες της ΕΕ που έχουν τις χαμηλότερες τιμές, ποσό επιστροφής από τα φαρμακεία υπέρ των ασφαλιστικών φορέων, ποσό έκπτωσης φαρμακευτικών εταιρειών προς τα ασφαλιστικά ταμεία και τα νοσοκομεία, αναπροσαρμογή περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, μείωση περιθωρίου κέρδους χονδρεμπόρων. • Η ΠΦΥ παρέχεται από: <ul style="list-style-type: none"> - τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ και τα περιφερειακά τους ιατρεία. - τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ. - τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ (νυν ΕΟΠΥΥ). - τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ. - γιατρούς (νυν συμβεβλημένους με τον ΕΟΥΥΥ).

N. 4025/2011	εσωτερικοί ελεγκτές δημόσιων μονάδων υγείας.
N. 4052/2012	<ul style="list-style-type: none"> • περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, με την επικράτεια να διαιρείται σε επτά υγειονομικές περιφέρειες. • ετήσιες αξιολογήσεις των ιατρών του ΕΣΥ. • μετατροπή από 1/1/2013 των λειτουργούντων υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένων νοσοκομείων του ΕΣΥ σε αυτοτελή και ενιαία ΝΠΔΔ. • συγκρότηση επιτροπής για την αξιολόγηση των υποψήφιων διοικητών, με τριετή θητεία στην αρχή της οποίας υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας με ετήσια αξιολόγηση. • από 1/7/2012 ο ΕΟΠΥΥ υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. • εισαγωγή ΚΕΝ, γενόσημα.
Κουπόνια υγείας (9/2013):	περιορισμένη κάλυψη ως προς τη διάρκεια (4 μήνες) και τις παρεχόμενες υπηρεσίες (μόνο επισκέψεις, όχι φάρμακα και νοσήλια): αρχικός προγραμματισμός 230.000 (2013-14) – μέχρι 31/1/2014 είχαν εκδοθεί 21.000 με 70.000 αιτήσεις.
N. 4238/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). • Αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ.
Δύο Υπουργικές Αποφάσεις (6/2014):	Κάλυψη όσων δεν δικαιούνται ασφάλισης, βιβλιαρίων απορίας ή έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω αδυναμίας πληρωμής των εισφορών, καθώς και των εξαρτημένων μελών τους, για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση παραπομπής και την υποχρέωση καταβολής συμπληρωμών όπως ισχύει και για τους ασφαλισμένους.
N. 4368 / 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. • Πιστοποίηση ασφαλιστικής ικανότητας. • Πρόσβαση ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο Δημόσιο Σύστημα και τις παροχές Υγείας. • Δημιουργείται Ηλεκτρονικό Μητρώο Ανασφαλιστών – οικονομικά αδυνάτων Πολιτών στην Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. με το συντονισμό και την εποπτεία της Δ/σης Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης του Υπουργείου Εργασίας,

	<p>Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Δ/νσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στους δικαιούχους της παρούσας παρέχεται, με την επίδειξη του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης ή της Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, κατ' αναλογία των προβλεπόμενων από τον Ενιαίο κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).
--	--

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2016

Διαμορφώθηκε έτσι ο νέος χάρτης του ΕΣΥ (Διάγραμμα 9) (με ολοκλήρωση των σχετικών θεσμικών παρεμβάσεων και τροποποίηση όλων των οργανισμών από τη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και τη διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του ΥΥΚΑ, καθώς και το Υπουργείο Διοικητικής μεταρρύθμισης), που οδήγησε σε:

- 82 νοσοκομεία από τα 131,
- 20% μείωση στις κλίνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
- 5% μείωση στους ιατρικούς τομείς,
- 20% μείωση στα ιατρικά τμήματα,
- 15% μείωση στις κενές οργανικές θέσεις
- μείωση μισθών και αμοιβών των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της αποζημίωσης εφημεριών των ιατρών κατά τουλάχιστον 10% το 2011 και κατά επιπλέον 15% από το 2012,
- μη κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ ακριβών εξετάσεων (PCR, θρομβοφιλία, κ.α.),
- πλαφόν των επισκέψεων στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς και πλαφόν συνταγογράφησης από αυτούς,
- αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στα φάρμακα από 10% έως 25%,
- αύξηση κόστους συμμετοχής για ιατρικές υπηρεσίες παρεχόμενες από ιδιώτες τουλάχιστο κατά 30%.

Σκιαγραφώντας τα παραπάνω αποτελέσματα των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν την τελευταία επταετία στη χώρα μας, γεννούνται τα εξής ερωτήματα:

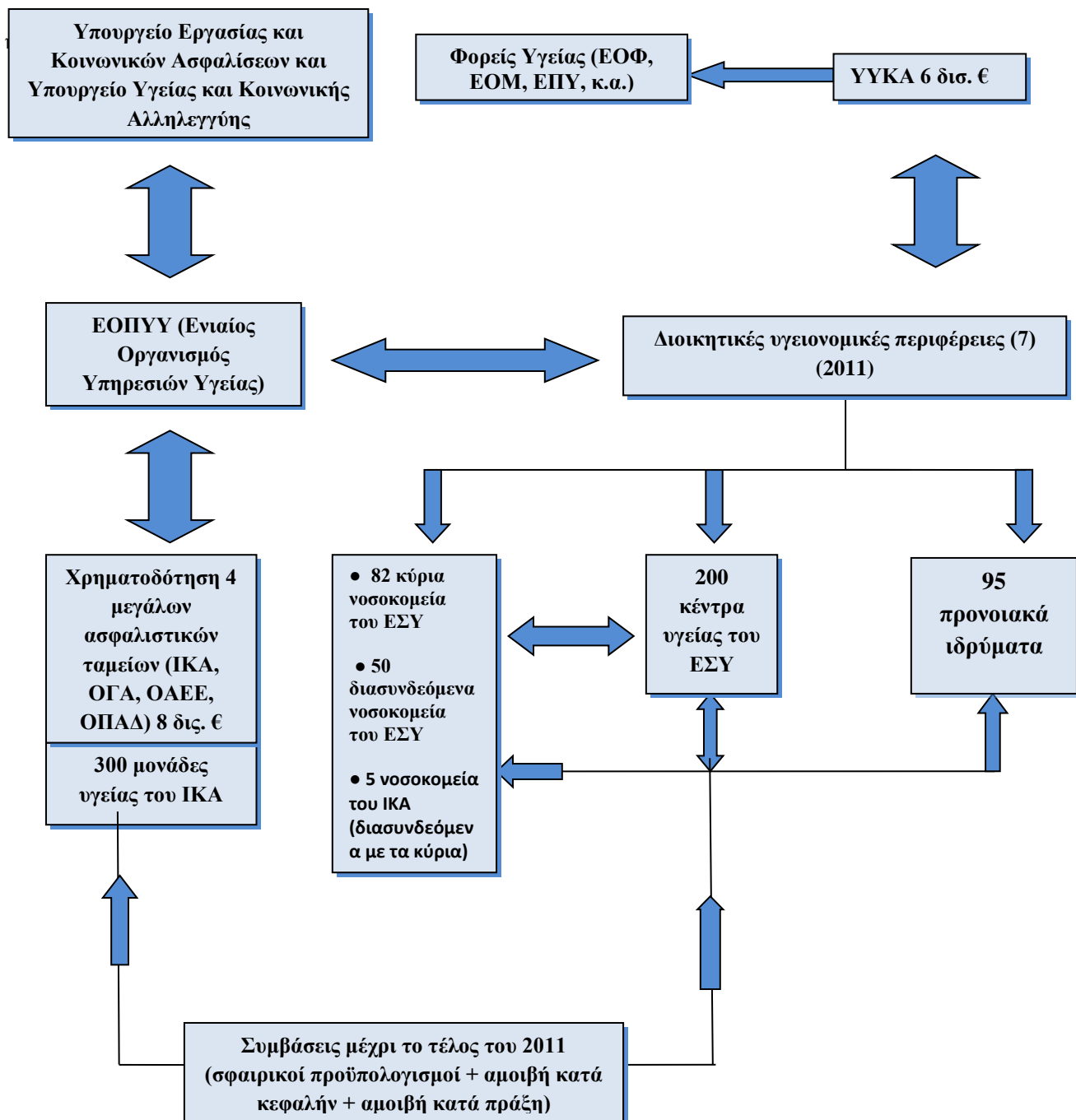
Πρώτον: Τι έγινε με τη στρατηγική «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» που προεβέβουν τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όσο και το μέλος της Τρόικα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή; Που είναι η «Αποτίμηση των Επιπτώσεων στην Υγεία»;

Δεύτερον: Υπάρχει εκτίμηση των συνεπειών των μέτρων πολιτικής υγείας που εφαρμόστηκαν; (Οικονόμου, 2015β).

Το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε και πριν τη κρίση από πολλές ανεπάρκειες (Οικονόμου, 2010), (υψηλό βαθμό συγκεντρωτισμού στη λήψη αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών, η έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού, άνιση και αναποτελεσματική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, κ.α.) (Οικονόμου, 2010). Η κρίση επιδείνωσε τα υπάρχοντα προβλήματα και πολλά από τα μέτρα πολιτικής που εισήχθησαν υπό την πίεση της χρεοκοπίας το κατέστησαν ακόμα πιο άδικο. Ο περιορισμός των δαπανών υγείας σε όχι περισσότερο από 6% του ΑΕΠ και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ (από το 2009, με περαιτέρω μειώσεις στα χρόνια που ακολούθησαν) σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι καλούμενος να ικανοποιήσει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με τη μείωση των οικονομικών πόρων. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα για τη μέση οικογένεια που δεν έχει το διαθέσιμο εισόδημα να αγοράσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, αυξάνεται η ανεργία, η εργασία με μερική απασχόληση και τα μέτρα λιτότητας (π.χ. δημόσιο τομέα περικοπές μισθού) οδήγησαν στη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών και αυτό έχει οδηγήσει σε πρόσθετες πιέσεις το ήδη υπερφορτωμένο δημόσιο σύστημα υγείας. Σε συνδυασμό, αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε ένα σύστημα υγείας δύο ταχυτήτων:

- ❖ πολίτες που μπορούν να αντέξουν οικονομικά να πληρώσουν για υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας θα είναι σε θέση να καλύπτουν τις ανάγκες της υγείας τους,
- ❖ πολίτες χωρίς επαρκείς πόρους πρέπει να προσπαθούν για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από ένα σοβαρά στραγγισμένο δημόσιο σύστημα (Economou et al, 2015).

Διάγραμμα 9: Νέα Οργανωτική Δομή του ΕΣΥ



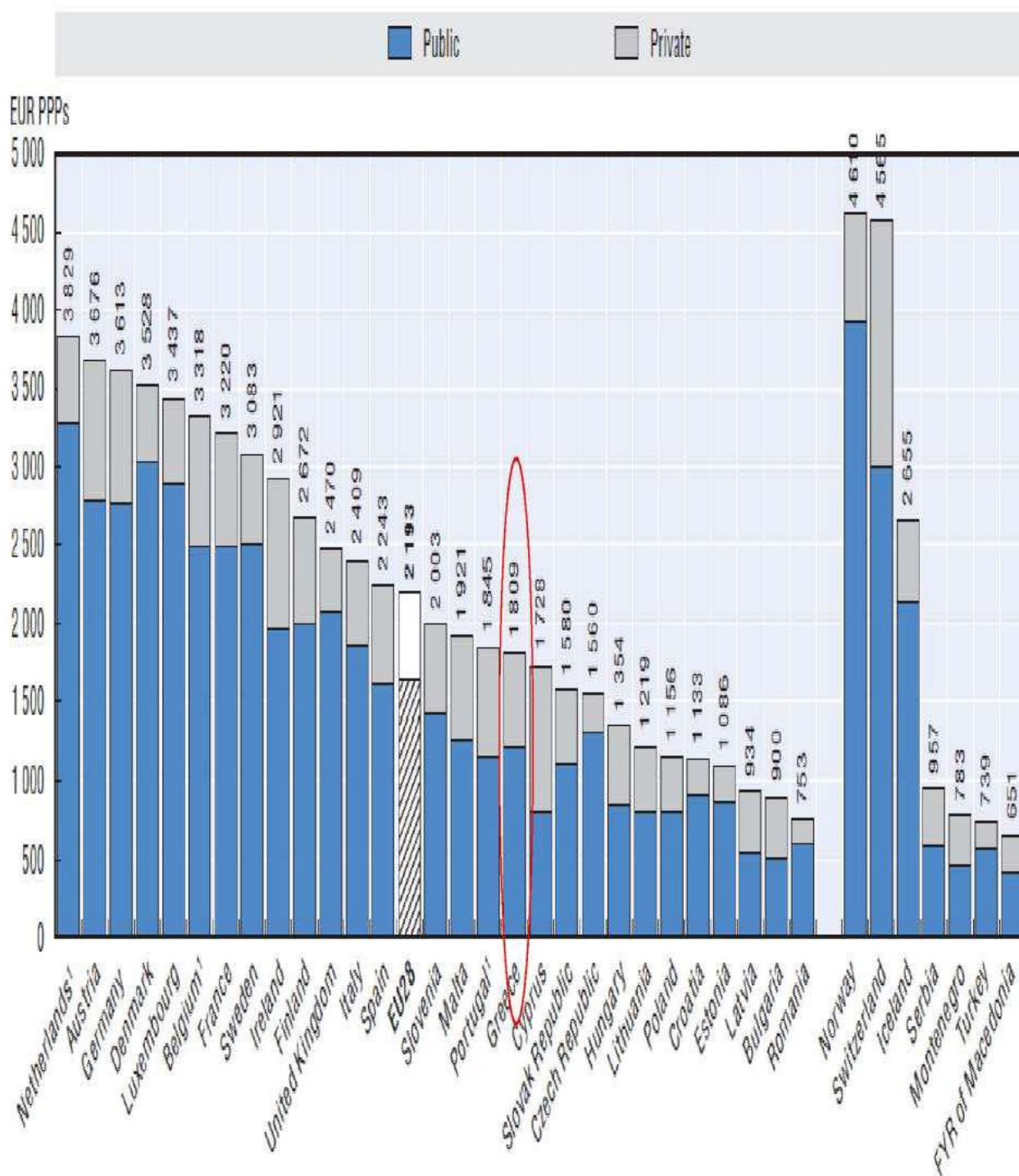
Πηγή: Πολύζος, 2014

4.4 Τα οικονομικά του Συστήματος Υγείας μετά τις Μνημονιακές Πολιτικές

Ο κοινωνικός τομέας στην Ελλάδα αντιπροσωπεύει μεγάλο μέρος των κρατικών δαπανών. Οι περικοπές έχουν γίνει αδιακρίτως σε όλους τους δημόσιους τομείς και πολλά από τα μέτρα λιτότητας αφορούσαν τις κοινωνικές υπηρεσίες. Ως εκ τούτου, οι μεταρρυθμίσεις του δημόσιου τομέα και οι περικοπές σε προσωπικό και δαπάνες έθεσαν στο στόχαστρο και τον τομέα της υγείας.

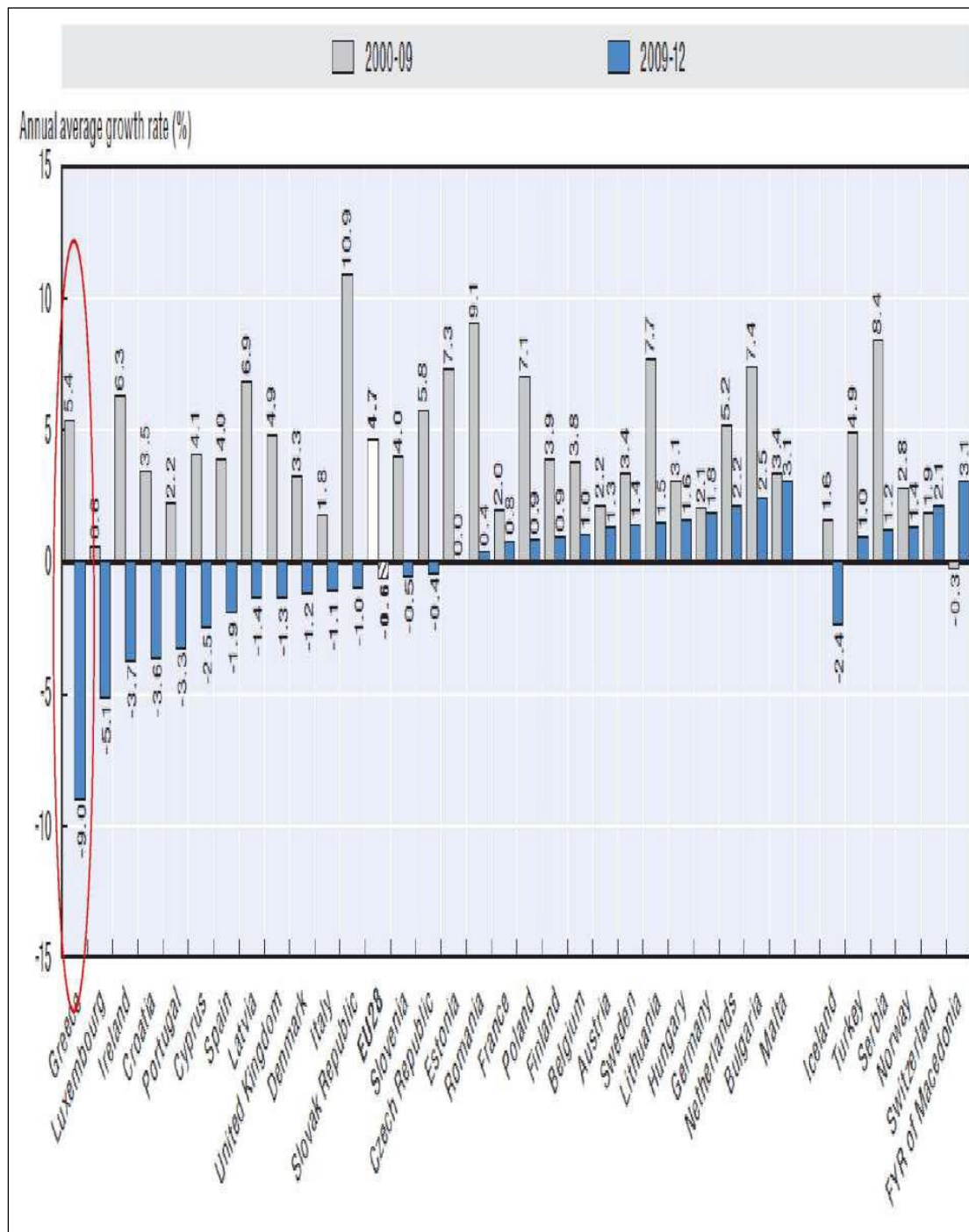
Ο βασικός στόχος των μεταρρυθμίσεων στον ελληνικό τομέα της υγείας ήταν να εφαρμοστεί το ανώτατο όριο του 6% του ΑΕΠ στις δημόσιες δαπάνες, όπως απαιτούσε το Δεύτερο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα. Η Ελλάδα εκπλήρωσε και υπερέβη τον στόχο αυτό: οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έπεσαν, το 2011, στο 5,9% του ΑΕΠ – ενώ το 2010 ήταν 7%. Το ποσοστό αυτό είναι σαφώς κατώτερο από τον μέσο όρο (6,7%) των χωρών του ΟΟΣΑ, και πολύ κατώτερο από αρκετές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Ολλανδία. Επιπλέον, το ΑΕΠ στην Ελλάδα μειώθηκε σημαντικά, ενώ την ίδια περίοδο αυξήθηκαν οι τιμές και η ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, η πραγματική μείωση δαπανών στον τομέα της υγείας ήταν πολύ πιο μεγάλη από ό,τι δείχνουν, εκ πρώτης όψεως, τα στατιστικά στοιχεία σε ποσοστό του ΑΕΠ. Η Ελλάδα, η οποία συμβάδιζε με την πρακτική των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία έπεσε επικίνδυνα κάτω από τον συγκεκριμένο μέσο όρο (Διάγραμμα 10), παρά το ότι ο μέσος όρος αυτός ήταν ήδη χαμηλός, λόγω χωρών του ΟΟΣΑ όπως οι ΗΠΑ, η Νότια Κορέα ή το Μεξικό, των οποίων οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι εξαιρετικά μειωμένες. Η Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας (Διάγραμμα 11) και των κατά κεφαλήν φαρμακευτικών δαπανών (Διάγραμμα 12) από το 2000 έως το 2012, φέρνει την Ελλάδα πρώτη ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής ηπείρου.

Διάγραμμα 10: Κατά-κεφαλήν Δαπάνη Υγείας 2012



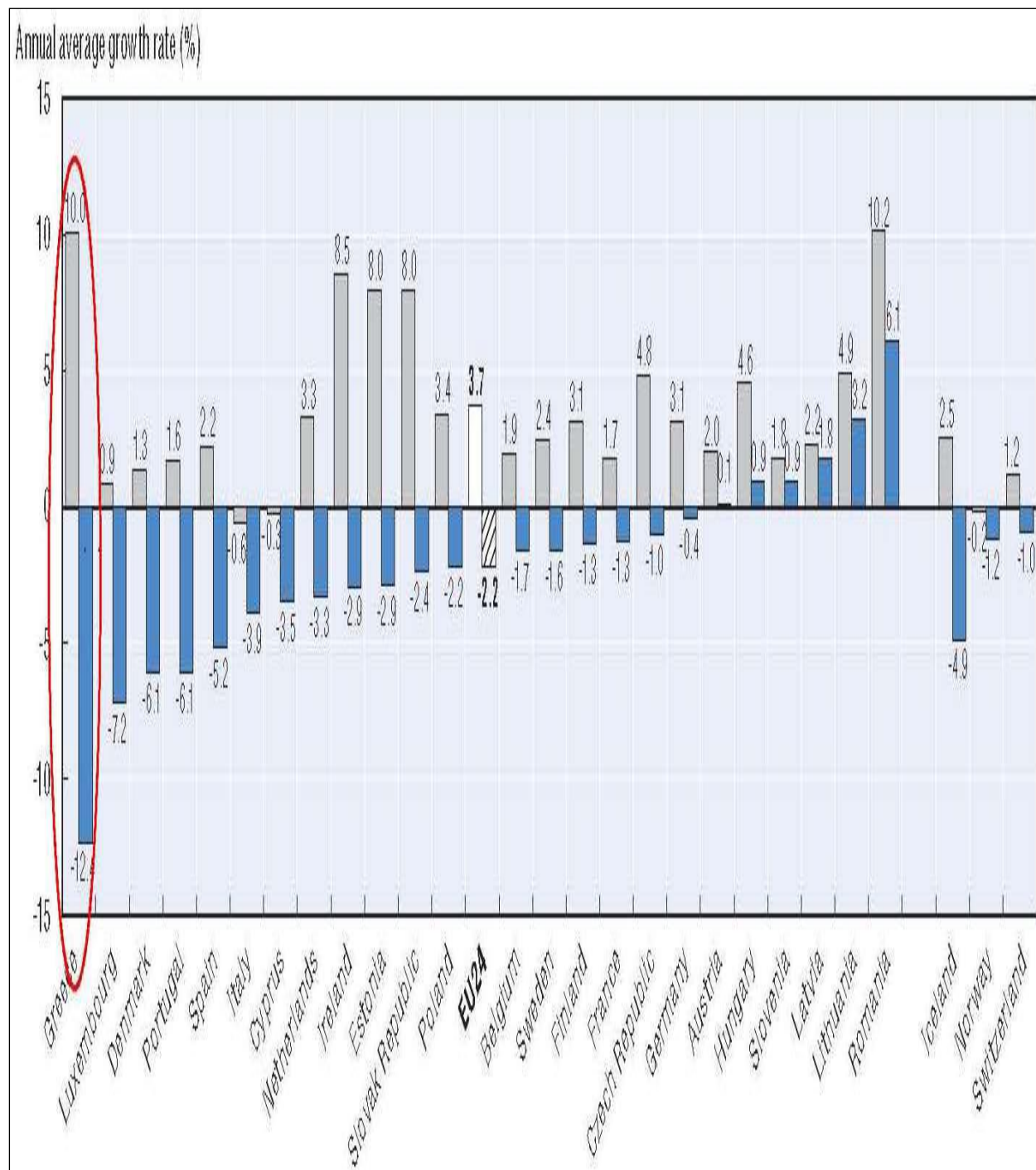
Πηγή: ΟΟΣΑ, 2012

Διάγραμμα 11: Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά-κεφαλήν δαπανών υγείας 2000-2012



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2012

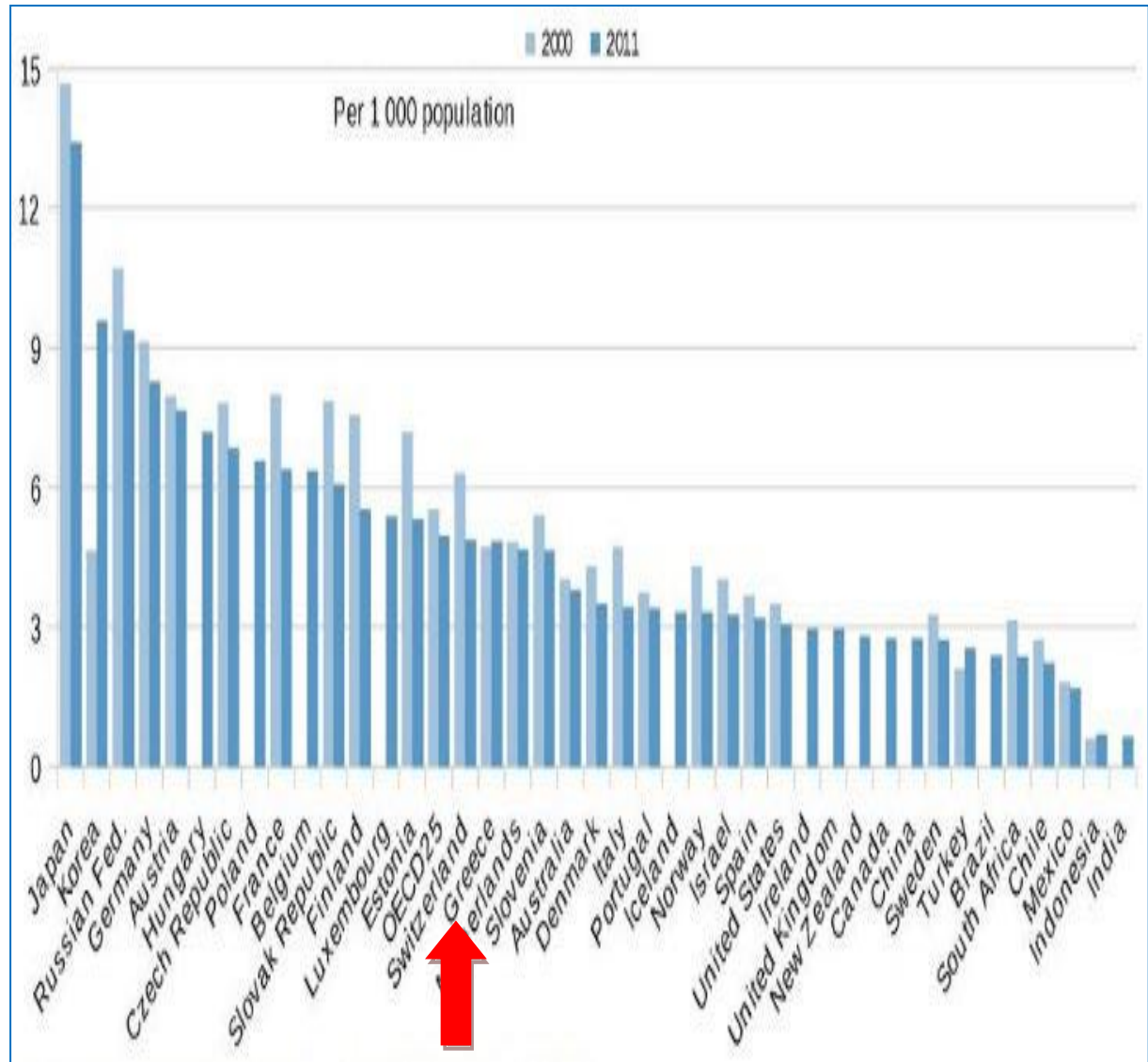
Διάγραμμα 12: Μέση ετήσια εξέλιξη της κατά-κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης υγείας 2000-2012



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2012

Για να επιτευχθεί ο στόχος μείωσης των δημόσιων δαπανών για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ έχουν γίνει μια σειρά περικοπές. Στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη νοσοκομεία συγχωνεύθηκαν ή έκλεισαν, ενώ ο αριθμός του προσωπικού, τόσο των γιατρών όσο και των νοσοκόμων, μειώθηκε δραστικά. Επίσης, ότι τα νοσοκομεία έπαψαν να αγοράζουν νέο εξοπλισμό. Αν και το ελληνικό σύστημα υγείας χρειαζόταν πραγματικά μια μεταρρύθμιση, τα μέτρα λιτότητας έπληξαν τη διαθεσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτή κατοχυρώνεται στο διεθνές δίκαιο. Για παράδειγμα, οι περικοπές μείωσαν τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών των νοσοκομείων, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα βρισκόταν ήδη κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ όσον αφορά τον αριθμό αυτό. Σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη του Υπουργείου Υγείας (2015), από 33.853 κλίνες το 2010 μειώθηκαν σε 30.886 το 2012, μείωση περίπου 8%. Στο σύνολο ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων ο αριθμός των κλινών μειώθηκε από 54.012 κλίνες το 2010 σε 53.773 το 2012 (Διάγραμμα 13). Η μείωση όμως αυτή έλαβε χώρα σε μια περίοδο κατά την οποία οι απαιτήσεις από το δημόσιο σύστημα υγείας αυξήθηκαν υπερβολικά, τόσο λόγω της οικονομικής δυσπραγίας, η οποία εμπόδιζε τους ασθενείς να απευθυνθούν σε ιδιωτικές κλινικές, όσο και της αύξησης των κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με τη μείωση των εισοδημάτων. Επομένως, η μείωση της διαθεσιμότητας των κλινών στα νοσοκομεία είχε ολέθριες συνέπειες (FIDH, 2015).

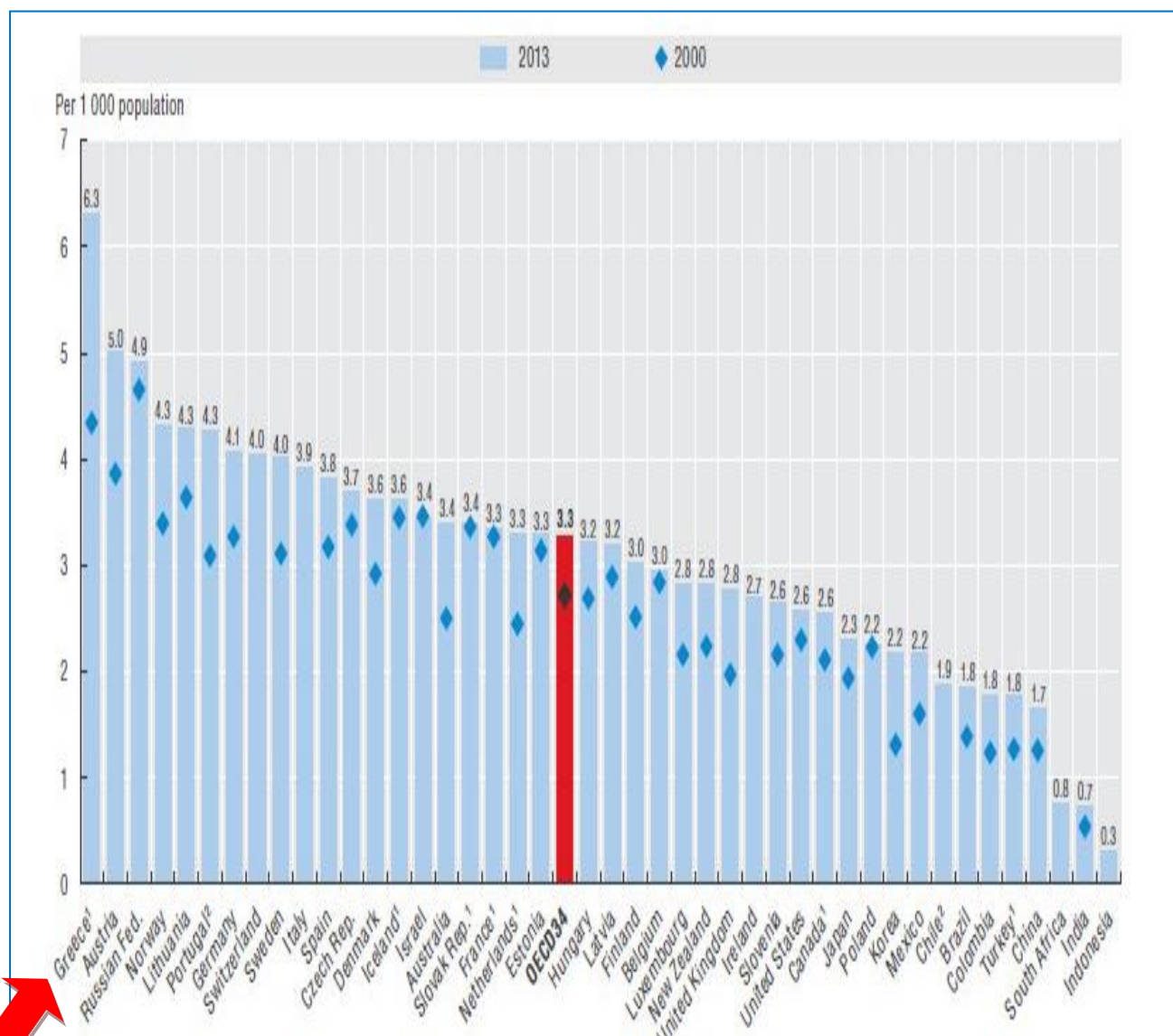
Διάγραμμα 13: Κλίνες ανά 1000 κατοίκων για τα έτη 2000 και 2011 για τα κράτη του ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Ένα ακόμα παράδειγμα της πολιτικής της λιτότητας και, ταυτόχρονα, μια αποτυχία να ληφθούν υπόψη οι απαιτήσεις των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κατά την επιδίωξη περικοπών στην υγεία, αποτελούν τα μέτρα που σχετίζονται με τις μειώσεις προσωπικού. Πράγματι, ενώ οι μειώσεις στον αριθμό των γιατρών θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν με το επιχείρημα ότι στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι γιατροί κατ' άτομο από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 14), οι περικοπές στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν μπορεί να ενταχθούν σε αυτή τη λογική, καθώς η χώρα έπασχε ήδη από έλλειψη νοσηλευτών.

Διάγραμμα 14: Εν ενεργεία ιατροί ανά 1.000 πληθυσμού, κατά τα έτη 2000 και 2013

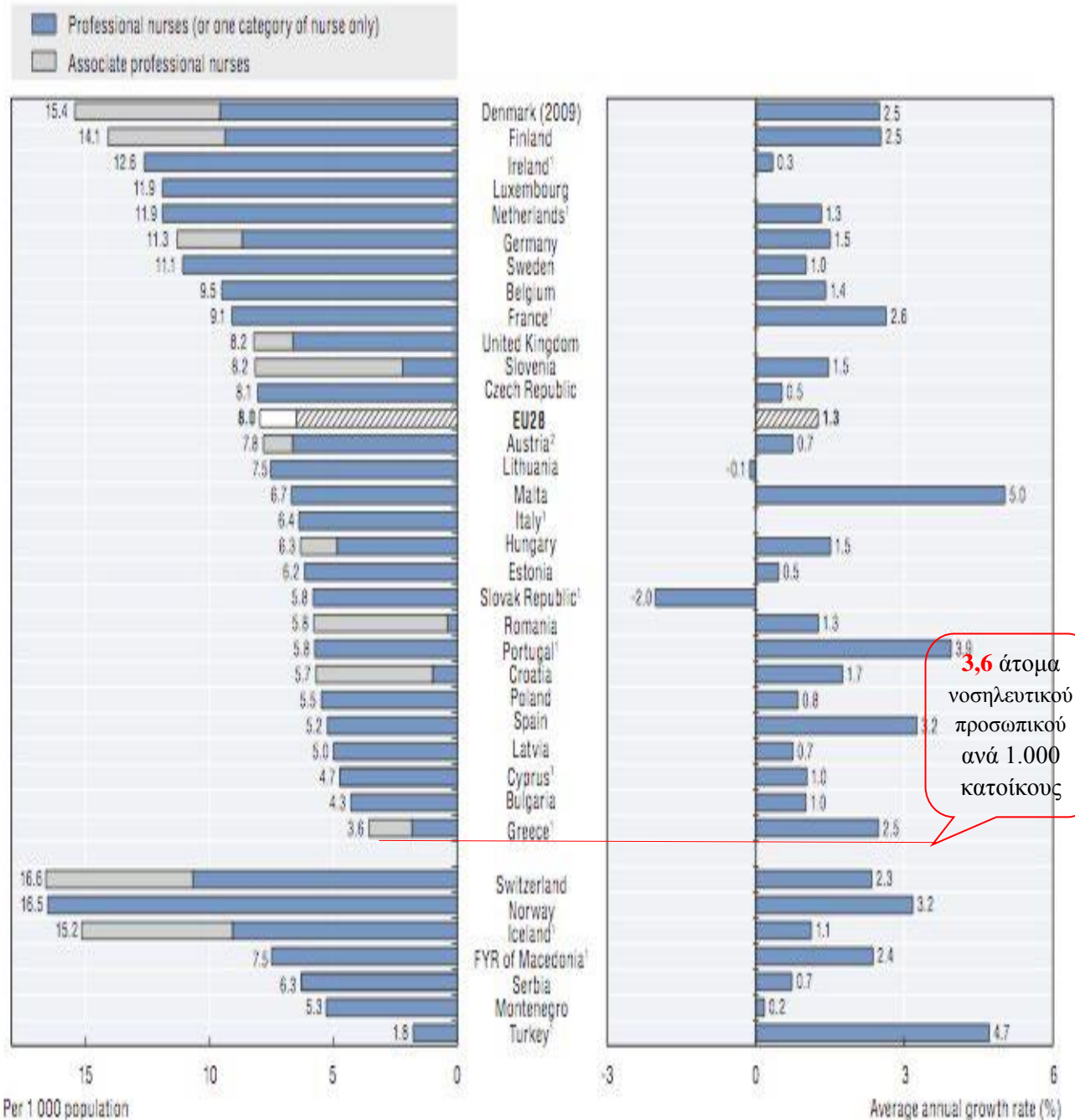


Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κρίσιμο ρόλο στην παροχή ιατρικής φροντίδας, όχι μόνον στις παραδοσιακές δομές, δηλαδή τα νοσοκομεία και τις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την κατ' οίκον νοσηλεία. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τον μεγάλο αριθμό ιατρών και τη σημαντική αύξηση του αριθμού τους κατά την περίοδο 2000-2013, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δεν παρουσίασε τα ίδια χαρακτηριστικά. Ειδικότερα, η Ελλάδα, παρότι παρουσίασε ρυθμό αύξησης (2,5%) του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την περίοδο 2000-2012, κατείχε το έτος 2012 από τις μικρότερες αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού / πληθυσμού, ήτοι 3,6 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού

ανά 1.000 κατοίκους (Διάγραμμα 15). Αξίζει ακόμα να επισημανθεί ότι το ανωτέρω νοσηλευτικό προσωπικό αφορά κατά το ήμισυ ελλιπώς εκπαιδευμένο ή βοηθητικό προσωπικό.

Διάγραμμα 15: Εν ενεργεία νοσηλευτές ανά 1.000 πληθυσμού κατά το έτος 2012 και ετήσια μεταβολή (%) κατά την περίοδο 2000-2012



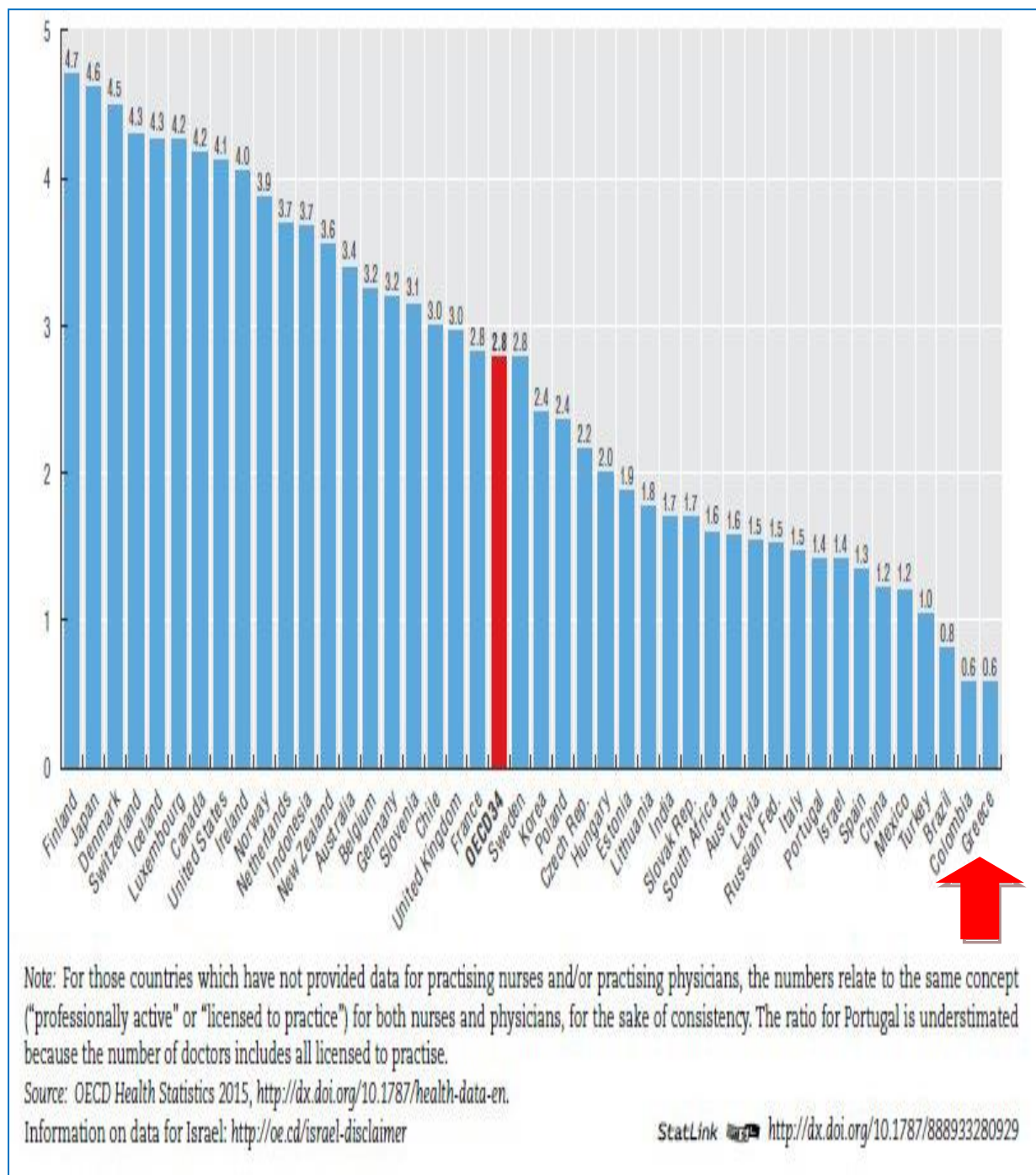
1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
2. Austria reports only nurses employed in hospital.

Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Europe Health for All Database.

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2014

Από τα ανωτέρω δεδομένα προκύπτει ότι παρά τον υψηλό αριθμό ιατρικού προσωπικού, η Ελλάδα διαθέτει τη χαμηλότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού (1/0,6) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 16).

Διάγραμμα 16: Αναλογία νοσηλευτικού προς ιατρικό προσωπικό (2013)



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2015

4.5 Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την Υγεία των πολιτών

Η ελάττωση της διαθεσιμότητας της βασικής υγειονομικής περίθαλψης συνοδεύτηκε, επίσης, από την επανεμφάνιση νόσων οι οποίες δεν είχαν εμφανιστεί στη χώρα για πολύ καιρό, όπως η φυματίωση, οι οποίες θεωρούνταν ότι έχουν εκλείψει. Ένα άρθρο⁸⁰, δημοσιευμένο πρόσφατα στο *Lancet*, επισήμανε την επανεμφάνιση της ελονοσίας στη χώρα, για πρώτη φορά έπειτα από 40 χρόνια, την οποία αποδίδει, ανάμεσα σε άλλους παράγοντες, στις σοβαρές μειώσεις των προϋπολογισμών των δήμων, οι οποίοι οδήγησαν στον περιορισμό πολλών δραστηριοτήτων, μεταξύ των οποίων τα προγράμματα υπολειμματικού ψεκασμού (Kentikelenis et al, 2014). Οι ελλείψεις στη βασική υγειονομική περίθαλψη, αύξησαν επίσης, και τα ποσοστά των μεταδοτικών ασθενειών. Καταγράφηκε αύξηση της θνησιμότητας από τον ιό του δυτικού Νείλου και εμφάνιση στελεχών μη εισαγόμενης ελονοσίας (Bonovas & Nikolopoulos, 2012)⁸¹. Η πιο ανησυχητική, όμως, εξέλιξη είναι η δραματική αύξηση των μολύνσεων από HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Από 15 δηλωθέντα περιστατικά το 2010, φτάσαμε στα 260 το 2011, δηλαδή αύξηση 1600% και στα 522 το 2012, δηλαδή υπερδιπλασιασμός σε σχέση με το 2011. Έτσι, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών για πρώτη φορά στην Ελλάδα αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο αριθμό δηλώσεων μόλυνσης από HIV (44,2%) (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)⁸² (Διάγραμμα 17).

Διαπιστώνουμε, συνεπώς, μια αλλαγή η οποία υποδηλώνει βαθύτερα κοινωνικοοικονομικά αίτια που σχετίζονται με τις δυσχερείς συνθήκες που επικρατούν στη χώρα κατά την τελευταία επταετία. Διαπιστώνουμε, όμως, επίσης, την απουσία μιας πολιτικής πρόληψης, γεγονός που θέτει στο προσκήνιο την απαξίωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Είναι ενδεικτικό ότι ο αριθμός των βελόνων και των προφυλακτικών που διανέμονται από δημόσια προγράμματα πρόληψης δωρεάν σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, μειώθηκαν από το 2010 κατά περίπου 31% σε σύγκριση με το 2009, δηλαδή λίγο πριν γίνει αισθητή η ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων HIV (Kondilis et al, 2013)⁸³.

⁸⁰ «Greece's health crisis: from austerity to denialism», διαθέσιμο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/abstract) (20/11/2016).

⁸¹ «High – burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23362624> (21/11/2016).

⁸² «Global AIDS Response Progress Report 2013 GREECE Reporting period: January – December 2012» <http://www.keelpno.gr/Portals/0/Αρχεία/HIV/GARP%202013.pdf> (22/01/2017).

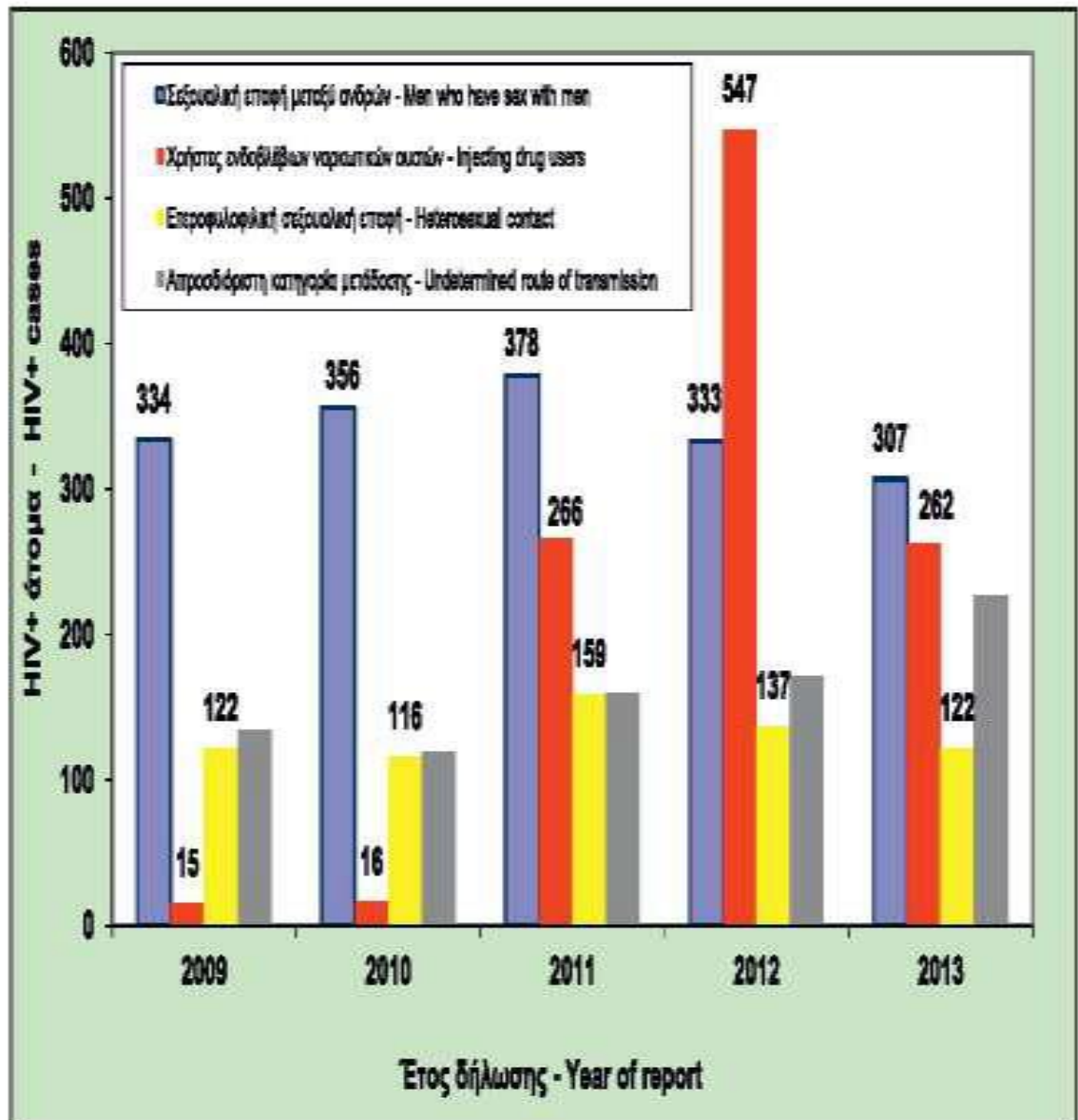
⁸³ «Economic crisis, restrictive policies, and the population's health care: the case of Greece», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23597358> (05/12/2016).

Επίσης, οι περικοπές στην ψυχική υγεία, συνέβησαν ακριβώς τη στιγμή που υπήρχε μεγαλύτερη ανάγκη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Καθώς η οικονομική δυσπραγία που υπέστη ο ελληνικός πληθυσμός ήταν εκτεταμένη και διάχυτη, οι περικοπές στις δαπάνες για την ψυχική υγεία επηρέασαν άτομα από όλες τις κοινωνικές ομάδες και στρώματα. Ωστόσο, εντονότερος ήταν ο αντίκτυπος στις

Διάγραμμα 17: Μεταδοτικές Ασθένειες

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (μέχρι 31/12/2013)

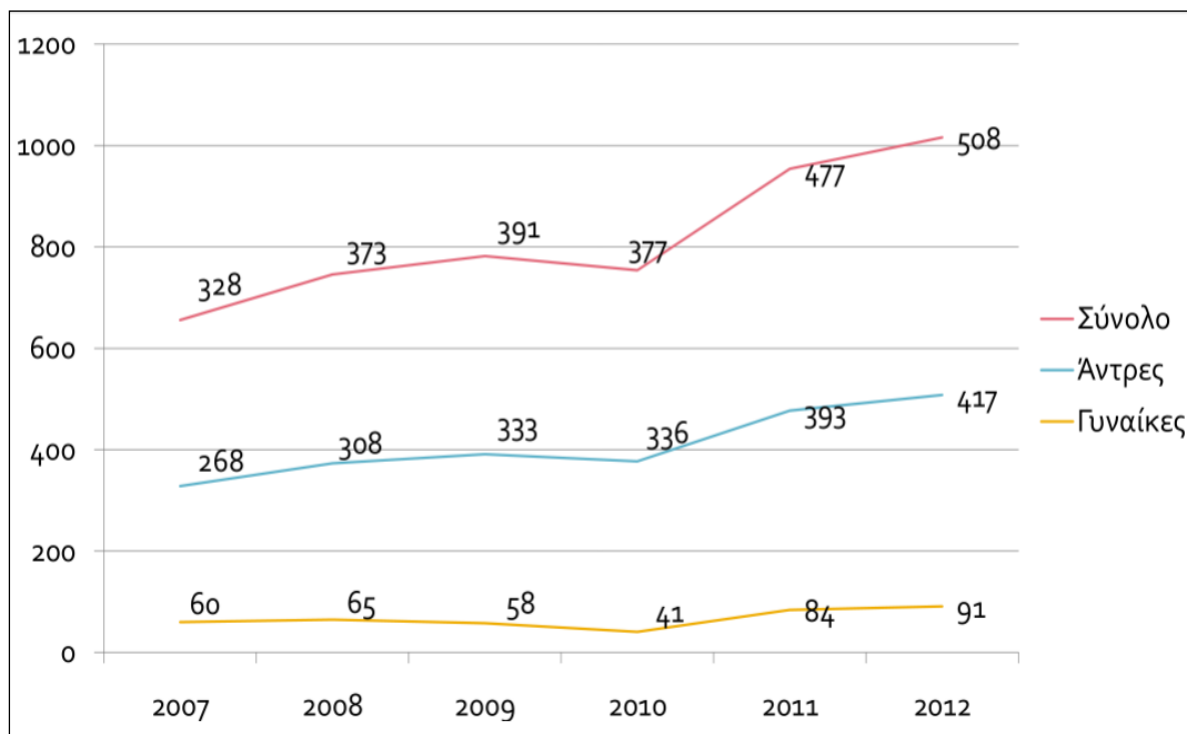
HIV infections reported in Greece by transmission group and year of report (by 31/12/2013)



Πηγή: ΚΕΕΑΝΟ, 2013

πλέον ευάλωτες ομάδες. Οι ανάγκες των παιδιών, για παράδειγμα, για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν πολλαπλασιαστεί, καθώς λόγω της οικονομικής κατάστασης έχουν αυξηθεί οι εντάσεις μέσα στην οικογένεια. Η ανακοίνωση τον Ιούνιο 2011 ενός δεύτερου πακέτου μέτρων λιτότητας που περιλάμβανε μειώσεις των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων και μείωση των δαπανών για την κοινωνική προστασία, είχε την ισχυρότερη επίδραση στην καμπύλη των αυτοκτονιών: ο αριθμός των αυτοκτονιών (ανδρών και γυναικών) αυξήθηκε κατά μέσο όρο 35,7% στους μήνες που ακολούθησαν αυτή την ημερομηνία, σε σχέση με τον μέσο όρο των προηγούμενων μηνών (Διάγραμμα 18). Ομοίως, ακαδημαϊκές έρευνες έχουν σημειώσει ότι, καθώς η χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% μεταξύ του 2010 και 2011, και περαιτέρω 55% μεταξύ του 2011 και 2012, τα ευρήματα υποδεικνύουν «την αύξηση της μείζονος κατάθλιψης κατά 2,5 φορές, από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011». Επίσης, «αύξηση 36% μεταξύ του 2009 και του 2011 στον αριθμό των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, ενώ μεγαλύτερες πιθανότητες συγκεντρώνουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν έντονη οικονομική δυσπραγία» (Economou et al, 2013)⁸⁴.

Διάγραμμα 18: Ποσοστά αυτοκτονιών 2007 – 2012



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2013

⁸⁴ «Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis», διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471802> (20/11/2016).

4.6 Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα των Μνημονίων

«Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, τα αγαθά και οι υπηρεσίες οφείλουν να είναι προσβάσιμα για όλους χωρίς διάκριση, όσους βρίσκονται στη δικαιοδοσία του συμβαλλόμενου Κράτους. Η προσβασιμότητα έχει τέσσερις αλληλεπικαλυπτόμενες πτυχές: την απαγόρευση των διακρίσεων [...] τη φυσική προσβασιμότητα [...] την οικονομική προσβασιμότητα (προσιτότητα) [...] την προσβασιμότητα στην πληροφόρηση [...]»⁸⁵.

Η γενική εξαθλίωση, που περιγράφηκε παραπάνω, του πληθυσμού στην Ελλάδα συνδυάζεται με την αύξηση του κόστους της πρόσβασης στην υγεία. Οι πολιτικές «μετακύλισης του κόστους στους ασθενείς», τις οποίες θέσπισαν οι αρχές, συγκεντρώνονται περιληπτικά σε ένα άρθρο δημοσιευμένο στο *Lancet* σύμφωνα με το οποίο:

«Το 2011, η χρέωση του ασθενή για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία αυξήθηκε από 3€ σε 5€ (με κάποιες εξαιρέσεις για τις ευπαθείς ομάδες), και η συμμετοχή για ορισμένα φάρμακα αυξήθηκε κατά 10% ή και περισσότερο, ανάλογα με την ασθένεια. Νέες χρεώσεις για συνταγογράφηση (1€ ανά ιατρική συνταγή) τέθηκαν σε ισχύ το 2014. Μια επιπρόσθετη χρέωση των 25€ για εισαγωγή σε μονάδα νοσηλείας θεσπίστηκε τον Ιανουάριο του 2014, αλλά αποσύρθηκε μέσα σε μια εβδομάδα έπειτα, από πιέσεις της κοινής γνώμης και του Κοινοβουλίου. Επιπρόσθετες μη εμφανείς χρεώσεις –π.χ. αυξήσεις στο κόστος της τηλεφωνικής κλήσης για προγραμματισμό επίσκεψης σε γιατρούς– έχουν επίσης δημιουργήσει εμπόδια στην πρόσβαση» (Kentikelenis et al, 2014).

Επιπλέον, άλλα μέτρα, όπως η θέσπιση πλαφόν για τους ασθενείς τους οποίους μπορούν να δεχθούν δωρεάν οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ (έως 200 ανά μήνα) (πάνω από αυτό το όριο, οι ασθενείς χρεώνονται με το πλήρες κόστος της επίσκεψης) δυσχεραίνουν την κατάσταση (Koutsogeorgoroulou et al, 2014)⁸⁶.

Ενδεικτικά της κατάστασης ασφυξίας που διαμορφώθηκε για τα ελληνικά νοικοκυριά είναι τα αποτελέσματα έρευνας γνώμης του Ευρωβαρόμετρου τον Δεκέμβριο του 2011. Στο ερώτημα εάν κατά τους τελευταίους έξι μήνες (7/11 –

⁸⁵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, (2000), παρ. 12(b), διαθέσιμο: <http://www.refworld.org/pdfid/3f6cb4367.pdf> (05/12/2016).

⁸⁶ «Fairly Sharing the Social Impact of the Crisis in Greece», διαθέσιμο: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/fairly-sharing-the-social-impact-of-the-crisis-in-greece_5jzb6vkw338x-en (07/12/2016)

12/11) υπάρχει αλλαγή ως προς τη δυνατότητα να αντεπεξέλθουν οικονομικά στην κάλυψη αναγκών υγείας (Διάγραμμα 19), το 63% των Ελλήνων ερωτώμενων απάντησε ότι η κατάσταση έχει γίνει πολύ πιο δύσκολη ή δύσκολη, ποσοστό το οποίο είναι το υψηλότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σε αντίστοιχη ερώτηση για τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν οικονομικά στην κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας (Διάγραμμα 20), και πάλι οι Έλληνες εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά δυσκολίας αφού το 79% αυτών δηλώνουν πολύ πιο δύσκολη ή δύσκολη κατάσταση (Eurobarometer, 2012).

Όπως προαναφέρθηκε, τον Ιούνιο του 2014 έλαβαν χώρα δύο Υπουργικές αποφάσεις, με τις οποίες έχουν φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και όσοι πολίτες έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ανισοτιμίες και περιορισμοί στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας για τους παρακάτω κυρίως λόγους:

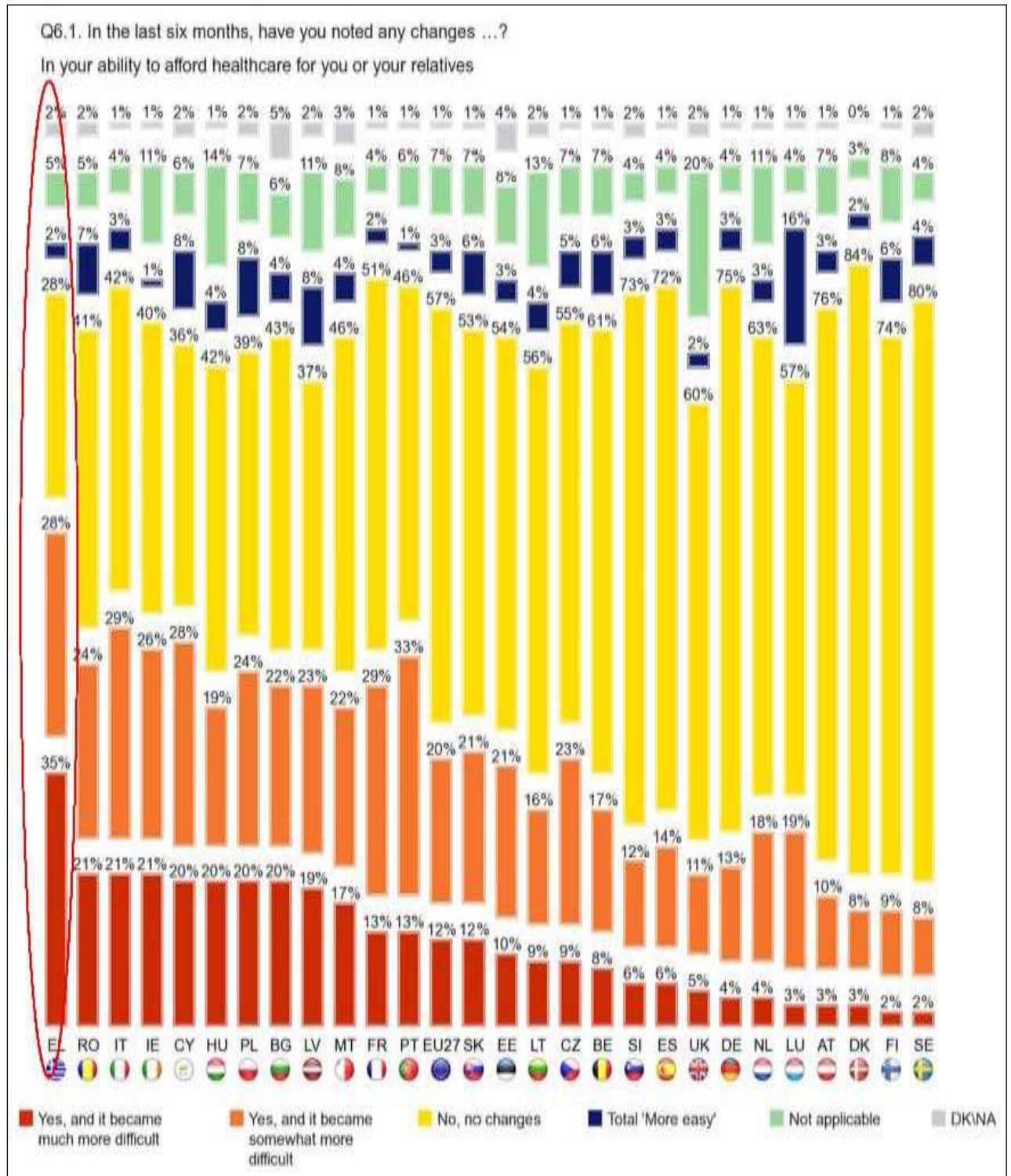
- ❖ Η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αύξησε τις ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση.
- ❖ Τα ανώτατα όρια επισκέψεων και φαρμακευτικής δαπάνης ανά ιατρό με τον τρόπο που εφαρμόστηκαν κατέστησαν το σύστημα μη φιλικό για τους πολίτες.
- ❖ Οι συνεχείς αλλαγές που επιχειρούνται στον ΕΟΠΥΥ οδηγούν σε σημαντικά κενά κάλυψης.

Απόσπασμα από συνέντευξη Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, επιβεβαιώνει τα παραπάνω:

«Φυσικά υπάρχουν εμπόδια. Τα εμπόδια που έχουν κυρίως να κάνουν με οργανωτικά προβλήματα του συστήματος: πώς θα οργανωθεί ένα ιατρικό ραντεβού και πώς οι ασθενείς βρίσκουν τον γιατρό και την ειδικότητα που θέλουν να βρουν, πώς γίνεται η παραπομπή των ασθενών και πώς ο ασθενής κινείται μέσα στο σύστημα υγείας; Εκεί υπάρχουν πολλά οργανωτικά προβλήματα και κενά στην πληροφόρηση των πολιτών. Ως αποτέλεσμα ο πολίτης μερικές φορές αισθάνεται απομονωμένος ή ξένος, προσπαθώντας να βρει το δρόμο του σε ένα χαοτικό σύστημα» (Economou et al, 2015).

ΕΡΩΤΗΣΗ: Κατά τους τελευταίους έξι μήνες (7/11 – 12/11) υπάρχει αλλαγή ως προς τη δυνατότητα να αντεπεξέλθετε οικονομικά στην κάλυψη αναγκών υγείας;

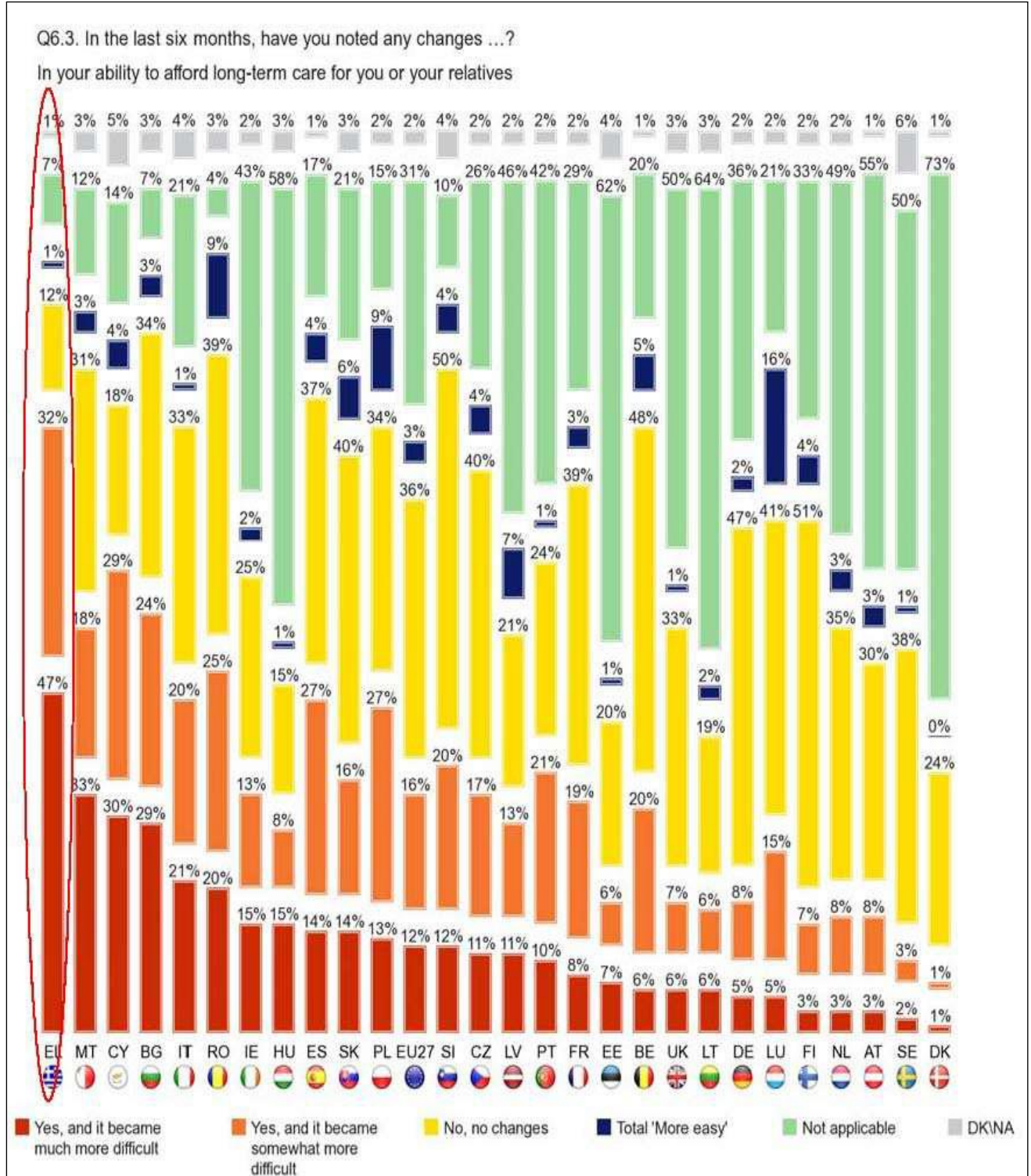
Διάγραμμα 19: Κάλυψη αναγκών Υγείας



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο, 2012

ΕΡΩΤΗΣΗ: Κατά τους τελευταίους έξι μήνες (7/11 – 12/11) υπάρχει αλλαγή ως προς τη δυνατότητα να αντεπεξέλθετε οικονομικά στην κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας;

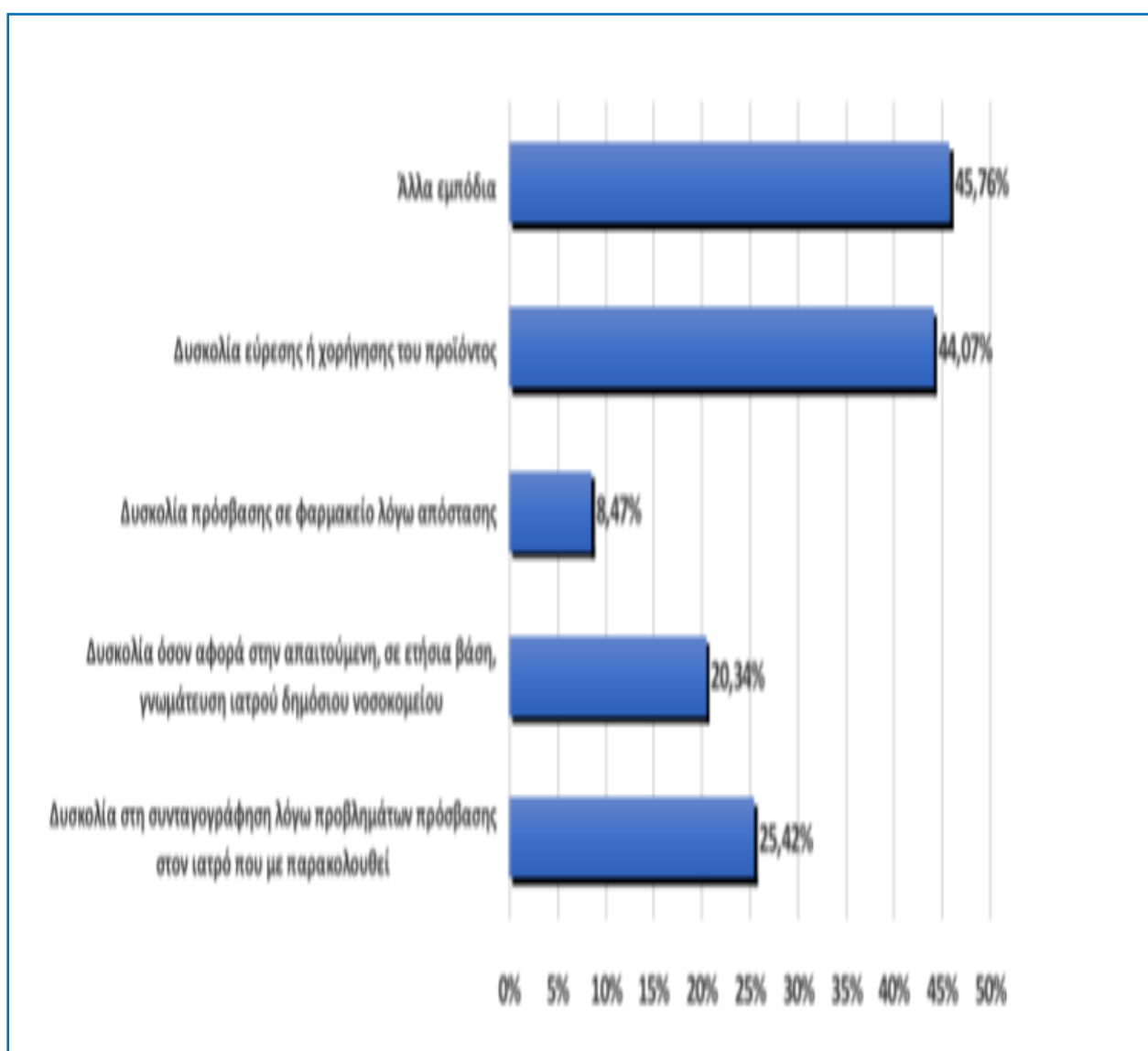
Διάγραμμα 20: Κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας Υγείας



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο, 2012

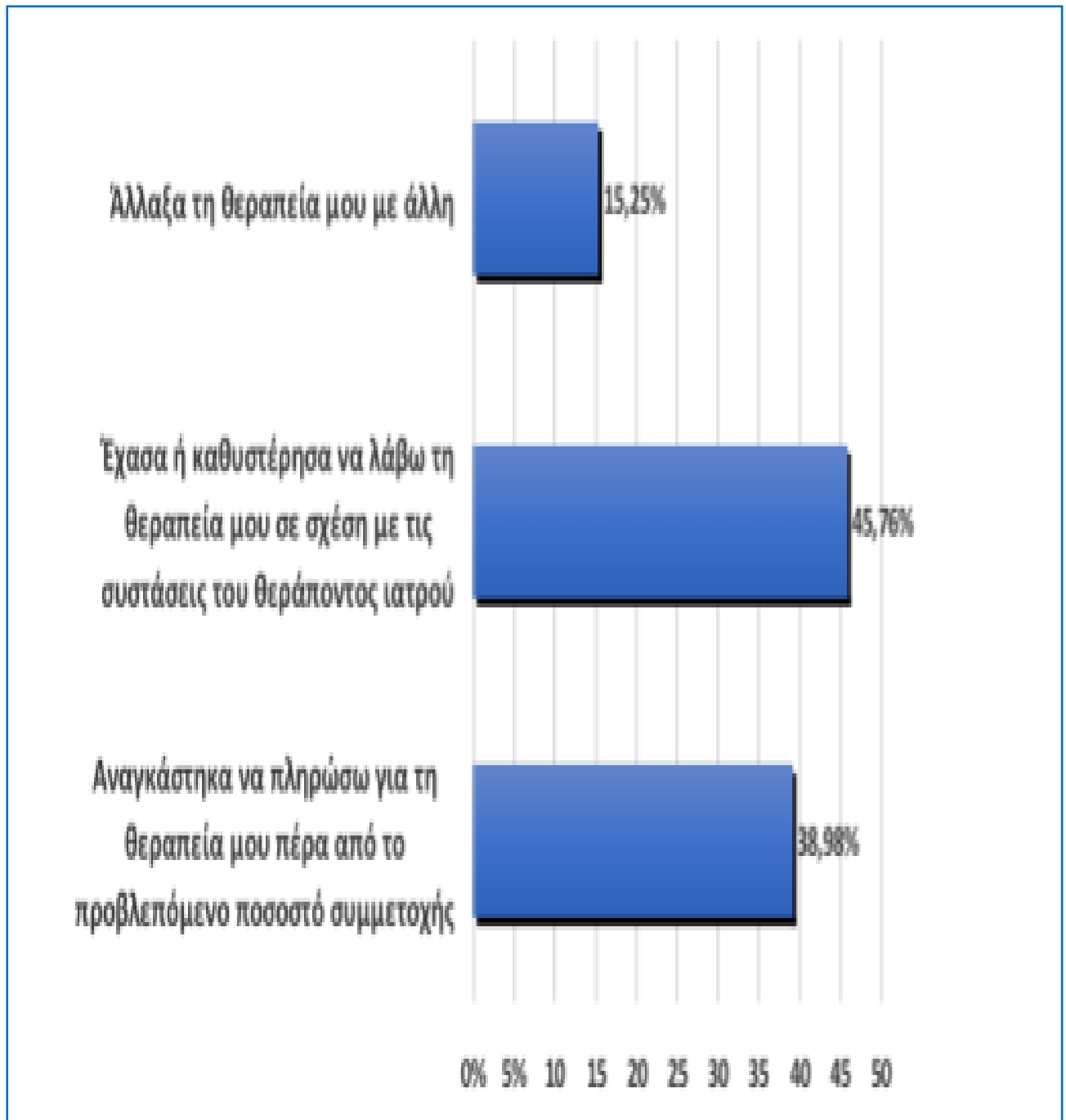
Από τη μελέτη HOPE IV του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (2014) σε συνεργασία με τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών (ΚΕΦΙ) προέκυψε ότι ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης στη θεραπεία (Διάγραμμα 21), με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό να χάνουν ή να καθυστερούν να λάβουν τελικά τη θεραπεία τους σε σχέση με τις οδηγίες του ιατρού (Διάγραμμα 22).

Διάγραμμα 21: Δυσκολίες πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη



Πηγή: Σουλιώτης Κ. και συν. 2014

Διάγραμμα 22: Συνέπειες των δυσκολιών πρόσβασης ασθενών με καρκίνο στη φαρμακευτική περίθαλψη



Πηγή: Σουλιώτης Κ. και συν. 2014

4.7 Η ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από το Σύστημα Υγείας

Ο Cerphas Lumina (2013)⁸⁷, εμπειρογνώμονας των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, ήταν πολύ επικριτικός σε ό,τι αφορά τις επιπτώσεις των Μνημονίων που υπεγράφησαν με την Ελλάδα, καθότι έχουν καταστροφικές συνέπειες στον τομέα της υγείας: «...παρ' όλα αυτά, ανησυχώ καθώς το δημόσιο σύστημα υγείας γίνεται όλο και πιο απρόσιτο, ιδίως για τους φτωχούς πολίτες και τις περιθωριοποιημένες ομάδες, λόγω της αύξησης των αμοιβών και των συμπληρωματικών πληρωμών...». Και καταλήγει, λέγοντας: «Η Ελλάδα παραμένει η μόνη χώρα στην Ευρωζώνη, όπου λείπει ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που χρησιμεύει ως ένα κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας έσχατης ανάγκης».

Η οικονομική κρίση, οι ανεπάρκειες και οι επιπτώσεις των εφαρμοζόμενων πολιτικών λιτότητας ακόμα και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, έχουν δημιουργήσει στους πολίτες, ένα συναίσθημα δυσαρέσκειας και απογοήτευσης, γεγονός που αποτυπώνεται σε ερώτηση του ευρωβαρόμετρου για την αξιολόγηση και την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρας μας (Χάρτης 1).

Η συνολική ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από το Σύστημα Υγείας, αποτυπώνεται στον Ευρωπαϊκό Πίνακα κατάταξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Πίνακας 10). Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας μελέτης Euro Health Consumer Index (ECHI)⁸⁸, η οποία αξιολογεί τα συστήματα υγείας 35 ευρωπαϊκών χωρών βάσει 48 δεικτών, **η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28η θέση** με 577 βαθμούς (άριστα οι 1.000), ενώ το 2012 κατείχε την 22η θέση, το 2013 την 25η θέση και το 2014 την 28η θέση.

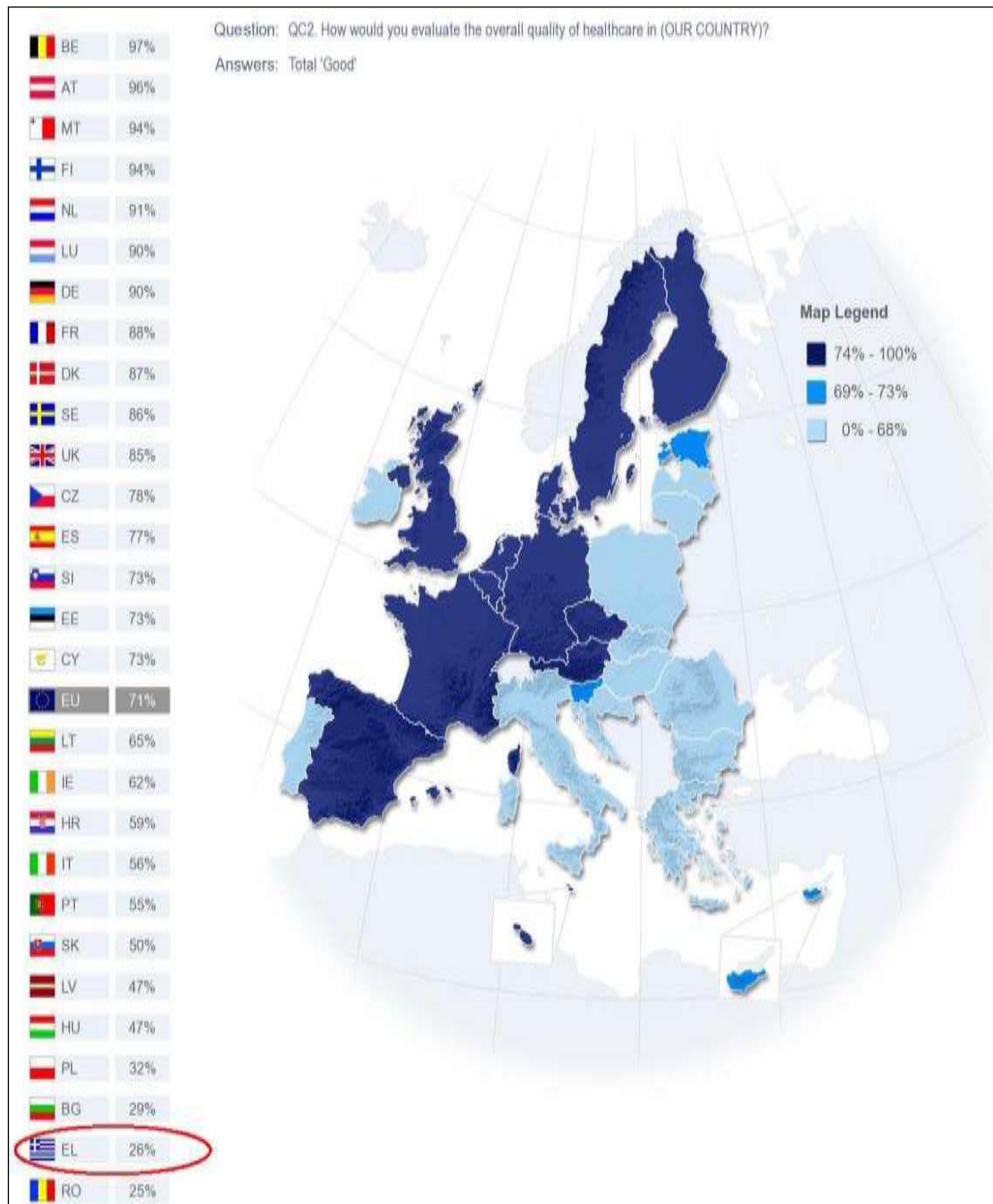
Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης, από τις καλές επιδόσεις ξεχωρίζουν η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ο παιδικός εμβολιασμός, η μειωμένη συχνότητα υπερτασικών και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Αντίθετα, στις αρνητικές επιδόσεις ξεχωρίζουν πολλά από τα κριτήρια στην πληροφόρηση και στα

⁸⁷ «Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights», διαθέσιμο: www.ohchr.org/.../RegularSessions/Session25/.../A-HRC... (15/10/2016).

⁸⁸ Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI), (2015), διαθέσιμο: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55> (02/02/2017).

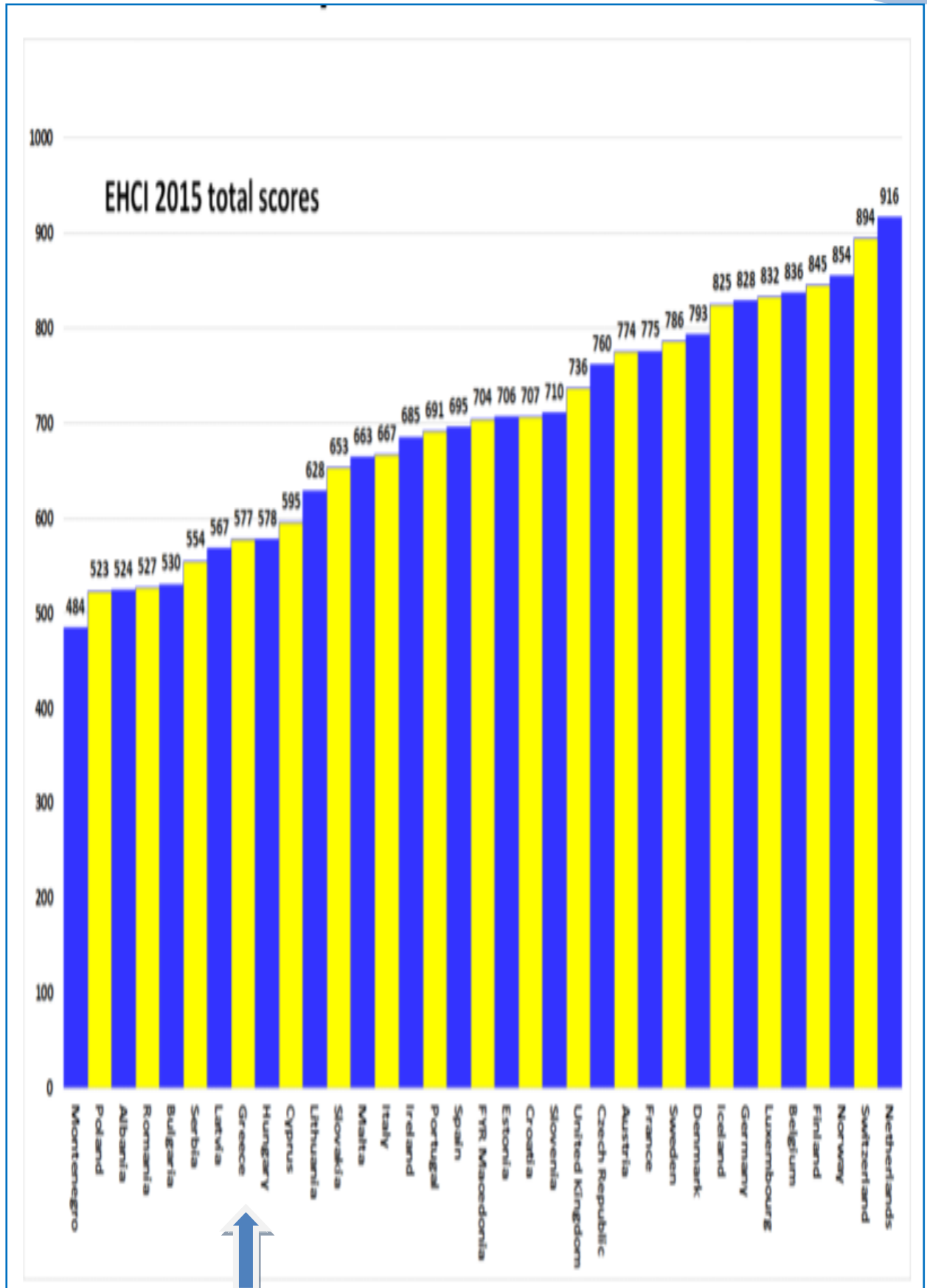
δικαιώματα των ασθενών, οι οικογενειακοί γιατροί, οι λίστες αναμονής στους καρκινοπαθείς, η επιβίωση των καρκινοπαθών, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση, οι παράνομες πληρωμές, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, οι θάνατοι από τροχαία, η καθυστερημένη εισαγωγή καινοτόμων φαρμάκων και η υψηλή κατανάλωση φαρμάκων, κυρίως αντιβιοτικών.

Χάρτης 1: ΕΕ: Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο, 2014

Πίνακας 10: Euro Health Consumer Index 2015



Πηγή: EHCI, 2015

Ο πρόεδρος του οργανισμού Health Consumer Index (HCP) και επικεφαλής της έρευνας Δρ Ame Bjornberg, αναφέρει: «Στην Ελλάδα παρατηρείται δραματική μείωση στη δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο: πάνω από 28% μεταξύ 2009 και 2014!! Είναι ένας εντελώς μοναδικός αριθμός για την Ευρώπη!!!! Σε άλλες χώρες που έχουν πληγεί και αυτές από την οικονομική κρίση, όπως η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Εσθονία, η Λετονία, η Λιθουανία, κλπ, δεν έχει αναφερθεί μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μεγαλύτερη από 10%. Οι Έλληνες ασθενείς φαίνεται να είναι θύματα των σκληρών μέτρων λιτότητας, καθώς οι επιδόσεις του συστήματος υγείας έχουν σημειώσει σημαντική πτώση από τα έτη πριν την οικονομική κρίση».

Ενώ και πριν την κρίση η Ελλάδα δεν έχει απ' τους πιο υψηλούς δείκτες ικανοποίησης του Συστήματος Υγείας, στο Διάγραμμα 23 φαίνεται η κατακόρυφη πτώση της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το 2010 και μετά. Εάν ο βασικός στόχος της Μνημονιακής πολιτικής υγείας είναι οι δημόσιες δαπάνες υγείας να μην υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ, τότε αυτός επιτεύχθηκε. Εάν, επίσης, δεύτερος βασικός στόχος της Μνημονιακής πολιτικής υγείας είναι να μειωθεί η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική αφάλιση και να αυξηθεί από το εισόδημα των νοικοκυριών, τότε και αυτός επιτεύχθηκε (Οικονόμου, 2013).

Εάν όμως αξιολογήσουμε, με βάση τα παραπάνω, τις επιπτώσεις των μνημονιακών μεταρρυθμιστικών διαδικασιών στην πρόσβαση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των πολιτών, τότε διαπιστώνουμε ότι δεν είναι τυχαίο πως ορισμένοι ερευνητές έφτασαν στο σημείο να κάνουν λόγο για «**Οιωνόμιας Ελληνικής Τραγωδίας**» (Kentikelenis et al, 2011)⁸⁹.

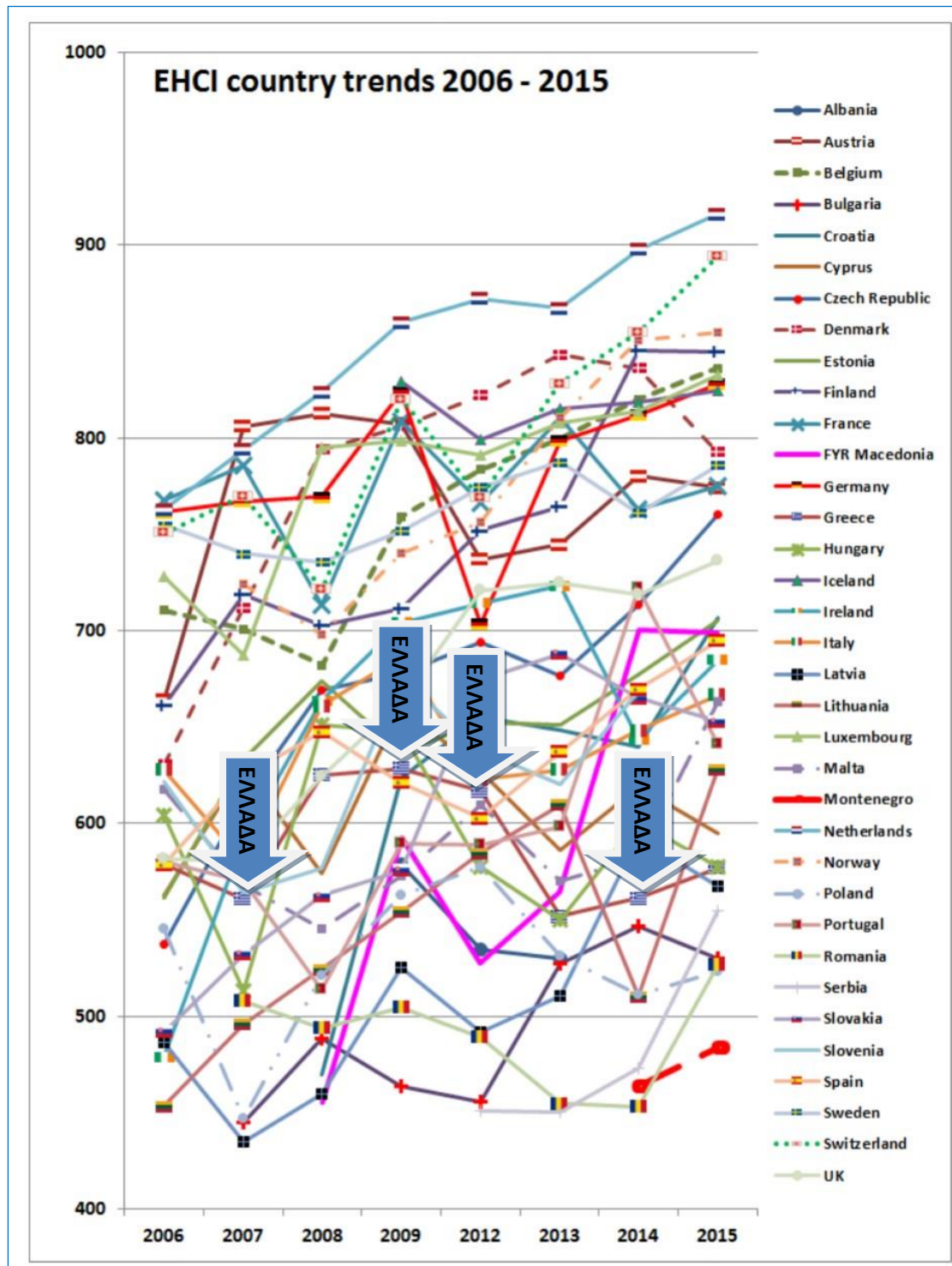
Το δημόσιο δικαίωμα στην υγεία βρίσκεται στον αέρα τη στιγμή ακριβώς που όλο και περισσότεροι καταφεύγουν στο ΕΣΥ, όλο και περισσότεροι έχουν ανάγκη το ΕΣΥ⁹⁰. Δυστυχώς, όμως, ένα βρετανικής φιλοσοφίας ΕΣΥ – υπέρτατος κοινωνικός θεσμός, πηγή συλλογικότητας και ρίζα της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη – από ελπίδα ολίγων γίνεται πια όνειρο αφελών, την εποχή, ακριβώς, που οι συνθήκες

⁸⁹ «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy», διαθέσιμο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/abstract) (05/02/2017).

⁹⁰ Καταγράφονται αυξήσεις κατά 30% στους ασθενείς που προσέρχονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και κατά 17% στην κίνηση των ασθενών στα Κέντρα Υγείας (Εφημερίδα Η Καθημερινή, 21/08/2011).

επιβάλλουν την ανάδειξη του θεμελιώδους ρόλου του ΕΣΥ ως ακρογωνιαίου λίθου της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα (Βενιέρης, 2011).

Διάγραμμα 23: Euro Health Consumer Index 2006 – 2015



Πηγή: EHCI, 2015

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συμπερασματικές Διαπιστώσεις

«Η χειρότερη μορφή βίας είναι η φτώχεια.»

Μαχάτμα Γκάντι

Τα κοινωνικά δικαιώματα συμπυκνώνουν ιδεολογικές και κανονιστικές κοινωνικές παραδοχές που συνδέονται κατ' αρχάς με αφηρημένες ιδέες αλλά κατ' αρχήν με συγκεκριμένες πραγματικότητες. Υπονοούν ότι το βασικό επίπεδο κοινωνικής προστασίας το οποίο διασφαλίζει μια κοινωνία στα μέλη της είναι δυνατόν να είναι καθολικά αξιοπρεπές. Αποκρυσταλλώνονται σε ατομικές και συλλογικές παροχές που πηγάζουν από κοινωνική νομοθεσία. Προάγουν παράλληλα την κοινωνική συμμετοχή και την ατομική ευθύνη. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των υποχρεώσεων που συνεπάγονται και τα διαφορετικά επίπεδα απόδοσής τους αποτυπώνονται σε διαφορετικά συστήματα κοινωνικής πολιτικής.

Υπάρχει πράγματι απειλή για τα κοινωνικά δικαιώματα, όταν η “κοινωνική” διάσταση των προβλημάτων αντί να θεωρείται ως δομικός παράγων, θεωρείται ως παράγων προσαρμογής, όταν δηλαδή το κοινωνικό στοιχείο είναι τυφλά υποταγμένο στο οικονομικό, όταν η κοινωνική πολιτική είναι αιχμάλωτη “της πολιτικής”, για τη μία ή την άλλη σκοπιμότητα.

Το κοινωνικό στοιχείο βρίσκεται στην πραγματικότητα λίγο – πολύ πάντοτε υπό απειλή. Αυτό είναι μια συνήθεια με την οποία πρέπει να εξοικειωθούμε. Όχι για να αποθαρρυνθούμε. Αλλά για να γυμνασθούμε στην εξουδετέρωση των επιθέσεων, η οποία πρέπει να είναι εν μέρει τεχνοκρατική, εν μέρει ηθική, δεν μπορεί να είναι μόνο το ένα ή το άλλο (Belorgey, 2002).

Στη χώρα μας, από τα μέσα του 19ου αιώνα μέχρι σήμερα, το ελληνικό κράτος άσκησε μια άδικη, ατελέσφορη και ανερμάτιστη κοινωνική πολιτική πελατειακού χαρακτήρα, με κύρια ουσιαστική κοινωνική μεταρρύθμιση τη δημιουργία του ΕΣΥ το 1983. Μια στρεβλή πολιτική με καθοριστική συμβολή στην πολιτικά θλιβερή, οικονομικά καταστροφική και κοινωνικά αλγεινή, σημερινή έκβαση.

Στη σημερινή εποχή της μεγάλης χρεοκοπίας και ύφεσης, η ανάληψη συλλογικής ευθύνης για την εγγύηση των βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων με προτεραιότητα την υγεία είναι περισσότερο παρά ποτέ η κύρια προϋπόθεση

κοινωνικής συμβίωσης και ατομικής επιβίωσης. Η κοινωνική πολιτική των μνημονίων σύρεται ατυχώς στην αντίθετη κατεύθυνση: εμπορευματοποίηση δημόσιων αγαθών, αποκρατικοποίηση της παραπαίουσας υγείας, σε μια κοινωνία με φτώχεια, ανεργία ή κακοπληρωμένη εργασία και χωρίς ικανά δίκτυα αλληλεγγύης και προστασίας. Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, είναι κοινός τόπος πλέον ότι οι τάσεις ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας και η σημαντική αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών και δαπανών υγείας, μετατρέπουν την υγεία στην χώρα μας “από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα” και αλλάζουν τη σχέση υγείας – αγοράς (Ιωακείμογλου, 2010). Τα μέτρα που νομοθετήθηκαν την τελευταία εξαετία – υπό τον ασφυκτικό διεθνή πειθαναγκασμό και την καταθλιπτική εθνική ανικανότητα – συνθλίβουν τα πρότυπα και εμπορευματοποιούν τα οφέλη του κοινωνικού μόχθου ενός αιώνα, με μόνη έκβαση την αιφνίδια αφαιμάξη των κοινωνικών δικαιωμάτων (Βενιέρης, 2011).

Η βασική επιδίωξη της Τρόικα, η οποία αποτελείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, είναι η στήριξη της οικονομίας και όχι της κοινωνίας. Η βασική λογική είναι ότι τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν έναν αντιπαραγωγικό συντελεστή του κεφαλαίου και όχι την επένδυση ενός κοινωνικού κεφαλαίου. Όμως και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα έχουν υποχρεώσεις προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων σύμφωνα με τις διεθνείς κωδικοποιήσεις των ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, το διεθνές εθιμικό δίκαιο, τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΧΘΔΕΕ), την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά (Μορφωτικά) Δικαιώματα (ΔΣΟΚΜΔ) και τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (ΕΚΧ). Μέσω της εμπλοκής τους στην υπογραφή των Μνημονίων, η Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα περιορίζουν και παραβιάζουν πολλά δικαιώματα που προστατεύονται από τους παραπάνω κανόνες. Οι παραβιάσεις όμως των δικαιωμάτων, δεν δικαιολογούνται ουσιωδώς. Τα μέτρα αγνοούν το γεγονός ότι η χρηματοοικονομική και η κοινωνική σταθερότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένες (Fischer – Lescano, 2014).

Από την άλλη πλευρά, η Ελλάδα έχοντας επικυρώσει έναν αριθμό διεθνών νομικών κειμένων για τα ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα, έχει δεσμευτεί να εφαρμόζει την υποχρέωσή της για σεβασμό, προστασία και εκπλήρωση του συνόλου των δικαιωμάτων που περιέχεται σε αυτές. Ορισμένα από τα μέτρα που υιοθέτησε η

Ελλάδα, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι προϋποθέσεις των προγραμμάτων οικονομικής βοήθειας, έχουν ήδη θεωρηθεί μη συμβατά με τια διεθνή συμβατικά κείμενα τα οποία έχει επικυρώσει η Ελλάδα⁹¹. Πράγματι, ενώ οι οικονομικές δυσκολίες της Ελλάδας θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη κατά την εξέταση των προσπαθειών του κράτους να τηρήσει τις υποχρεώσεις του ως προς ανθρώπινα δικαιώματα, και ιδιαίτερα όσον αφορά τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα τέτοιου είδους δημοσιονομικοί περιορισμοί δεν δικαιολογούν τη μη συμμόρφωση με τις υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα (FIDH, 2015).

Η υγεία αποτελεί οικουμενικό και διαχρονικό κοινωνικό αγαθό, βάσει των κανόνων του Διεθνούς Δικαίου. Η στενή σύνδεσή της με την ίδια την υπόσταση του ανθρώπου, την αξία και την ελευθερία του, την καθιστούν βασικό στοιχείο του συστήματος κοινωνικής προστασίας στη διεθνή έννομη τάξη. Από την αναζήτηση ορισμού για την υγεία διαπιστώσαμε πόση σημασία έχει η κοινωνικοπολιτική διάσταση, ως προσδιοριστικός παράγοντας του δικαιώματος αυτού. Αν προασπίζεται ένα ατομικό αγαθό, ενισχύεται ο ανταποδοτικός χαρακτήρας των υγειονομικών παροχών, ενώ αν ενδιαφερόμαστε για ένα κοινωνικό αγαθό, διευκολύνεται η ελεύθερη και ισότιμη χορήγησή τους. Επιπλέον έχει σημασία και η οικονομική διάσταση, πώς δηλαδή θα γίνει καλύτερη αξιοποίηση (παραγωγή, κατανομή και χρήση) των περιορισμένων υγειονομικών μέσων, ώστε να μην αναγνωριστεί ένα δικαίωμα που δε θα μπορεί να ασκηθεί (Παπακωνσταντίνου, 2005).

Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή χώρα που η λεγόμενη «Κρίση χρέους» έπληξε πιο σκληρά, ένας από τους τομείς ο οποίος υφίσταται τις δυσμενέστερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, είναι αυτός της υγείας.

Μελέτες ήδη καταγράφουν μια σειρά δυσμενών εξελίξεων αναφορικά με την ψυχική υγεία, την αυτοεκτιμώμενη υγεία, τα λοιμώδη νοσήματα και ιδιαίτερα το AIDS, τη βρεφική θνησιμότητα και τις γεννήσεις λιποβαρών παιδιών, που είναι

⁹¹ European Committee of Social Rights, Panhellenic Federation of Public Service Pensioners (POPS) v. Greece, Collective Complaint No. 77/2012, decision on the merits (7 December 2012). European Committee of Social Rights, Conclusions XX-1 (2012) (GREECE). Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, Cephas Lumina (Mission to Greece 22-27 April 2013), διαθέσιμο: <http://nhri.ohchr.org/EN/News/Documents/GNCHR%20Statement%20and%20Annexes.pdf> (05/11/2016).

απόρροια της χειροτέρευσης των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας. Επίσης καταγράφεται η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά οριζόντιο τρόπο, μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που έχει εξαντλήσει το ασφαλιστικό δικαίωμα για ασθένεια, η αύξηση του οικονομικού βάρους και του κόστους χρόνου που καλούνται να επωμιστούν οι ασθενείς καθώς και ο περιορισμός της δέσμης των καλυπτόμενων υπηρεσιών από την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Ταυτόχρονα απουσιάζουν μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας. (Economou et al, 2014). Οι κριτικές αυτές επισημάνσεις δεν αμφισβητούν την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του ΕΣΥ έτσι όπως λειτουργούσε μέχρι πρόσφατα. Αμφισβητούν την κατεύθυνση των αλλαγών οι οποίες δεν απορρέουν από τις πραγματικές ανάγκες του ίδιου του συστήματος υγείας και του Ελληνικού πληθυσμού αλλά υπάγονται σε μια δογματική προσέγγιση που επιβάλλεται από έναν εξωτερικό παράγοντα (Economou 2012). Θα μπορούσε η οικονομική κρίση να έχει επιδράσει θετικά στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, αλλά η αδυναμία εφαρμογής σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα σχετίζεται με εσωτερικές, ενδογενείς στο σύστημα δυσκολίες και την απουσία αποδοχής από τους πολιτικά δρώντες ενός κοινά συμφωνημένου ευρύτερου πλαισίου πολιτικής υγείας. Βασική όμως προϋπόθεση μιας τέτοιας θετικής οπτικής είναι η αυτονομία στη λήψη των αποφάσεων, με αλλαγή των διαδικασιών διαμόρφωσης πολιτικής έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η έκφραση της κοινωνίας των πολιτών (Οικονόμου, 2013).

Εν κατακλείδι, η ελέω οικονομικής κρίσης και πάση κοινωνική θυσία νέα κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, διευρύνει την αδικία και συρρικνώνει την προστασία. Επιβλήθηκε κάτω από έκτακτες συνθήκες και με επείγουσες διαδικασίες χωρίς κοινωνική συμμετοχή, έχει, όμως, τακτικό και μόνιμο χαρακτήρα χωρίς κοινωνική νομιμοποίηση. Ρητός σκοπός της είναι η αιματηρή εξοικονόμηση πόρων στο όνομα μιας αμφίβολης δημοσιονομικής διάσωσης. Καθαρή της επίπτωση είναι η αποδόμηση του κοινωνικού κράτους και ο εκφυλισμός των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Η ενδημική απουσία κοινωνικού σχεδιασμού διαιωνίζει την πολιτική αυθαιρεσία και επιμερίζει τυφλά το κόστος της κρίσης, καταπατώντας το περί δικαίου αίσθημα. Με λίγα λόγια, μια χρεοκοπημένη κοινωνική πολιτική εξαρθρώνεται βίαια αντί να αναδιαρθρωθεί με εγνωσμένη σπουδή, προκειμένου –έστω και μικρή το δέμας– να δώσει σανίδα σωτηρίας στους αδύναμους και να διδάξει αλληλεγγύη σε όλους.

Να γίνει, δηλαδή, δικαιότερη και αποδοτικότερη.

Θα ολοκληρώσω την παρούσα μελέτη με την παράθεση ενός αποσπάσματος από την επίσκεψη που πραγματοποίησε στη χώρα μας τον Δεκέμβριο του 2015, ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών Juan Pablo Bohoslavsky:

«Είναι δύσκολο να πιστέψει κανείς ότι τόσο εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις μπορούν να υλοποιηθούν αποτελεσματικά εάν δεν ληφθούν σοβαρά υπόψη οι θέσεις του ελληνικού λαού κατά το καθορισμό των στόχων, του εύρους εφαρμογής, της ιεράρχησης και της ταχύτητας υλοποίησης των εν λόγω μεταρρυθμίσεων. Πόσο μάλλον εάν επικρατεί η αντίληψη ότι έχουν επιβληθεί από τους δανειστές με μοναδικό σκοπό την αποπληρωμή του χρέους. Η εθνική κυριότητα των εν λόγω μεταρρυθμίσεων μπορεί να διασφαλιστεί μόνο μέσα από τη δημόσια διαβούλευση, τον κοινωνικό διάλογο και υπό την προϋπόθεση ότι οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις υλοποιούνται με πλήρη σεβασμό της δημοκρατικής συμμετοχής και των κοινωνικών δικαιωμάτων».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αλιπράντης, Ν. (1999) «Πρόλογος» στο *‘Συμβούλιο της Ευρώπης, Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης – Το θεσμικό πλαίσιο’*, μετάφραση – προσαρμογή: Λαναράς, Σ., Σίττα, Β., επιστημονική επιμέλεια: Αμίτσης, Γ., Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Αλιπράντης, Ν. (2002) «Πρόλογος» στο Βενιέρης, Δ., *‘Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης: Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης’*, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Αλιπράντης, Ν. (2005) *‘Για μια διεύρυνση των κοινωνικών δικαιωμάτων’*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Αμίτσης, Γ. (1993) *‘Πενήντα χρόνια από τη δημοσίευση της έκθεσης του Lord Beveridge για την κοινωνική ασφάλιση’*, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ).

Αμίτσης, Γ. (1999) *‘Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης. Το Θεσμικό πλαίσιο’*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Ανθόπουλος, Χ. (1993) *‘Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα’*, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλας.

Αρσενοπούλου, Ι. (2006) *‘Ηθικές και Νομικές παράμετροι της Υγείας: η Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών’* στο Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας Κ. Σουλιώτης, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Βενιέρης, Δ. (2002) *“Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης: Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης”*, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Βενιέρης, Δ. (2011) *“Κρίση Οικονομίας, Απορρύθμιση Κοινωνικής Πολιτικής: Η Νέα «Μικροελληνική» Καταστροφή 2010-2011”*, Αθήνα, εκδόσεις Τόπος.

Βενιέρης, Δ. (2013) *“Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνικά Δικαιώματα – Το τέλος των υμνών”*, Αθήνα, εκδόσεις Τόπος.

Βλαχόπουλος, Σπ. (2004) *“Το δικαίωμα στην υγεία στο πλαίσιο της προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης”*, Αθήνα, Εφαρμογές 11.

Βούλγαρης, Γ. (2003) *“Γιατί δεν γίνονται μεταρρυθμίσεις”*, στην εφημερίδα «Τα Νέα»|.

Βούλγαρης, Γ. (2003) *“Γιατί δεν γίνονται μεταρρυθμίσεις. Φταίνε τα κόμματα και το κράτος;”*, στην εφημερίδα «Τα Νέα».

Γιωτάκος, Ο. (2010) *“Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία”*, Αθήνα, Ψυχιατρική.

Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ., Κονταξάκης, Β. (2012) *“Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα”*, Αθήνα, Ψυχιατρική.

Δασκαλάκης, Γ. (1953) *“Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων”*, Αθήνα.

Δασκαλάκης, Γ. (1986) “Υγεία: το γενικό συμφέρον ταυτίζεται με το ατομικό”, στην εφημερίδα «Το Βήμα».

Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. (2006) “Η δημόσια Ελλάδα”, Β έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (FIDH), (2015)
“Υποβαθμίζοντας τα δικαιώματα: Το κόστος της λιτότητας στην Ελλάδα”, Αθήνα.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠΨΥ) (2013)
Πανελλαδική μελέτη: “Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού”.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2014α) “Η Ελληνική οικονομία”, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2014β) “Αγορά Εργασίας”, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2014γ) “Φτώχεια –Ανισότητα – Κοινωνικοί Δείκτες”, Αθήνα

Esping – Andersen, G. (2006) “Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας” Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος.

Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., Μακρή Α., (2013) “Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;”, Εγκέφαλος, διαθέσιμο: <http://www.enkephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> (accessed: 25/11/2016).

Ευρωβαρόμετρο (2012), Έρευνα: “*ΕΕ: Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας*”;

Ewald, Fr. (2000) “*Ιστορία του κράτους πρόνοιας*”, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

Fischer – Lescano, A. (2014) “*Ανθρώπινα Δικαιώματα σε καιρούς λιτότητας*”, Αθήνα, εκδόσεις Ποταμός.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης Σ. (2001) “*Συστήματα Υγείας*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Ιγγλεζάκης, Ι. (2005) “*Κοινωνικό Κράτος Δικαίου*”, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλας.

Ιωακείμογλου, Η. (2010) “*Υπηρεσίες υγείας: Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*”, *INE / ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ – Μελέτες*, 32, Αθήνα.

Καραΐσκου, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012) “*Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας*”, Διεπιστημονική Φροντίδα, διαθέσιμο: <https://www.inhealthcare.gr/article/el/oikonomiki-krisi-epidrasi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimata-ugeias> (accessed: 10/10/2016).

Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994) “*Οργάνωση και Χρηματοδότηση του ΕΣΥ*”, στο Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση του Ε.Σ.Υ., Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Κατρούγκαλος, Γ. (1988) “*Το κοινωνικό κράτος της μεταβιομηχανικής εποχής*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Κατρούγκαλος, Γ. (2006) “*Τα κοινωνικά δικαιώματα*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Κοντιάδης, Ξ. (1997) “*Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνικά Δικαιώματα*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Κοντιάδης, Ξ. (2001) “*Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Κρεμαλής, Κ. (1987) “*Το δικαίωμα για προστασία της υγείας. Από τις κοινωνικές ασφαλίσσεις στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Σ., Οικονόμου, Χ. (2000) “*Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: A priori versus a posteriori κριτήρια αποζημίωσης;*”, στο: Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. και Σισσούρας, Α. (επιμ.), Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Σουλιώτης, Κ. (2000) “*Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Κυριόπουλος, Γ. (2009) “*Η εκπαίδευση και η έρευνα στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Κυριόπουλος Ι., Τσιάντου Β. (2010) “*Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, », διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (accessed:17/11/2016).

Κυριόπουλος, Ι. (2010) *Διάλεξη: “Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη”*, πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα.

Λιάκος, Α. (1987) *“Από κράτος φύλαξ εις κράτος πρόνοιας: Οι παράμετροι της εργατικής πολιτικής στο μεσοπόλεμο”*, Αθήνα, εκδόσεις Πολίτης.

Λιαρόπουλος, Λ. (2010) *“Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας”*, Β τόμος, Αθήνα, εκδόσεις Βήτα medical arts.

Μαδιανός, Μ., Ζάρναρη, Ο., Κατουσέλλη, Α., Κοτταρίδη, Γ., Παππάς, Π., Τσακίρη, Ε., Φακιάλας, Ν., (1988) *“Υγεία και ελληνική κοινωνία”*, Αθήνα, Εμπειρική Έρευνα, ΕΚΚΕ.

Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2012) *“Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας”*, Το Βήμα του Ασκληπιού, διαθέσιμο: http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2002_12/VA_REV_5_11_02_12.pdf (accessed: 15/11/2016).

Μάνεσης, Αρ. (1981) *“Συνταγματικά Δικαιώματα, Ατομικές Ελευθερίες”*, πανεπιστημιακές παραδόσεις, γ' έκδ., Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλας.

Μάνεσης, Αρ. (1987) *“Η φιλελεύθερη και δημοκρατική ιδεολογία της Εθνικής Επανάστασης του 1821”*, “Επίσημοι Λόγοι” του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Μάνεσης, Δ. (1995) “*Η προβληματική της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων στον ευρωπαϊκό χώρο*”, στο: Όψεις της προστασίας ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα.

Μανιαδάκης, Ν. (2011) “*ΕΣΥ: ή αλλάζει ή βουλιάζει*”, άρθρο στην εφημερίδα Ημερησία.

Μάντη, Π. & Τσελέπη, Χ. (2000) “*Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας*”, Τόμος Α΄, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Μανωλκίδης, Μ. (1990) “*Η νομική φύση του δικαιώματος στην υγεία και η τυπική ισοδυναμία των συνταγματικών διατάξεων: Ένα ακόμη σχόλιο με αφορμή τη ΣτΕ 400/86 (Ολ.)*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Μανωλοπούλου – Βαρβιτσιώτη, Κ. (1986) “*Η διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων*”, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Μαρκετάκη, Κ. (1997) “*Υπηρεσίες Υγείας και Συνήγορος του Πολίτη*”, σε: Μ. Τσαπόγα /Ι. Κουφάκη / Κ. Μαρκετάκη /Π. Μουζουράκη, Ο Συνήγορος του Πολίτη και η ενδυνάμωση της προστασίας των δικαιωμάτων, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Ματσαγγάνης, Μ. (1999) “*Τα διλήμματα της μεταρρύθμισης του κοινωνικού κράτους*” στο: Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ματσαγγάνης, Μ. (2011) “*Προοπτικές της κοινωνικής Ευρώπης μετά την κρίση*”, Αθήνα, Ελληνική επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης.

Μηλιός, Γ. (1982) “*Εκσυγχρονισμός ή (και) οικονομική ανάπτυξη*”, Θέσεις.

Μουζέλης, Ν. (1993) “*4 προβλήματα εκσυγχρονισμού*”, στην εφημερίδα «Το Βήμα».

Μουζέλης, Ν. (1994) “*Το μέλλον του κράτους πρόνοιας*”, στην εφημερίδα «Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία».

Μουζέλης, Ν. (2003) “*Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις*”, στην εφημερίδα «Το Βήμα».

Μπουρσανίδης, Χ. (2000) “*Αποκεντρωμένο υπόδειγμα διαχείρισης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Σκέψεις για μια νέα αρχιτεκτονική και διοικητική κουλτούρα στο σύστημα υγείας*”, στο: Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν., Σισσούρας, Α., (επιμ.), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο.

Μπούτσιου, Σ. & Σαράφης, Π. (2013) “*Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση*”, Αθήνα, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας.

Νάσκου – Περράκη, Π. (2009) “*Μηχανισμοί προστασίας δικαιωμάτων του ανθρώπου, Διεθνείς πράξεις, θεωρία και πρακτική*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Οικονόμου, Χ. (2004α) “*Οι επιπτώσεις της Διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον Υγειονομικό Τομέα των Χωρών – Μελών της: Η περίπτωση της Ελλάδας*”, Αθήνα, εκδόσεις ΙΣΤΑΜΕ.

Οικονόμου, Χ. (2004β) *“Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και στις ευρωπαϊκές κοινωνίες”*, Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. & Φερόνας Α. (2006) *“Οι εκτός τειχών. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες”*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2012) *“ Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”*, Επιστημονική Έκθεση, ΙΝΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων.

Οικονόμου, Χ. (2013) *“ Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία... Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα”*, Foreign Affairs – The Hellenic Edition.

Οικονόμου, Χ. (2014) *“ Η πολιτική και το Σύστημα Υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και κοινωνικού αποκλεισμού”*, πανεπιστημιακές σημειώσεις, Αθήνα.

Οικονόμου, Χ. (2015) *“ Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας”*, άρθρο στο «Νοσηλεία και Έρευνα».

Οικονόμου, Χ. (2015) *“ Ακόμη μια χαμένη ευκαιρία”*, άρθρο στο «Το φάρμακο της κρίσης».

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), (2012) *“Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2012”*, OECD Publishing.

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), (2014) “ *Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath*”, OECD Publishing.

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), (2015) “ *Society at a Glance 2015 Highlights*”, OECD Publishing.

Παπαδημητρίου, Γ. (2001) “*Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Σταθμός στη θεσμική ωρίμανση της Ευρωπαϊκής Ένωσης*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Παπαδημητρίου, Γ. (2003) “*Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα. Το Σχέδιο της Ευρωπαϊκής Συνέλευσης*”, Αθήνα, εκδόσεις Σαββάλας.

Παπαδοπούλου, Δ. (2012) “*Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης – Κοινωνικά Δικαιώματα και Κοινωνικός Αποκλεισμός*”, Αθήνα, εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.

Παπακωνσταντίνου, Απ. (1997) “*Το «πολίτευμα» της Ευρωπαϊκής Ένωσης*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Παπακωνσταντίνου Απ. (2005) “*Το Κοινωνικό Δικαίωμα στην Υγεία*”, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Παπαρρηγοπούλου, Π. (1993) “*10 χρόνια μετά τη θέσπιση του ΕΣΥ, Οι μεταρρυθμίσεις του ν. 2071/92*”, Αθήνα, Διοικητική Δίκη (ΔιΔικ).

Παπούλιας Δ. & Τσούκας Χ. (1998) “Κατευθύνσεις για τη μεταρρύθμιση του κράτους”, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτης.

Παπούλιας Δ.Β., Σωτηρόπουλος Δ.Α., Οικονόμου Χ.Ι. (2002) “Το εκκρεμές της διοικητικής μεταρρύθμισης. Το παράδειγμα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης”, Αθήνα, εκδόσεις Ποταμός.

Περράκης, Στ. (1992) “Θεσμικές και άλλες όψεις της διεθνούς προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην Ευρώπη και στην Αφρική, στο Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα δικαιώματα του ανθρώπου, Τα ανθρώπινα δικαιώματα στην Ευρώπη και στην Αφρική – Συγκριτική Ανάλυση”, Αθήνα, Ελληνικές Πανεπιστημιακές Εκδόσεις.

Περράκης, Στ. (1997) “Διαστάσεις της διεθνούς προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου”, τ. Α΄ Πανεπιστημιακές παραδόσεις, Β΄ έκδοση αναθεωρημένη, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Περράκης, Στ. (2001) “Το Διεθνές Δικαστήριο των Ηνωμένων Εθνών. Ανιχνεύσεις μιας δικαιοδοτικής πορείας στην επίλυση των διεθνών διαφορών”, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Περράκης, Στ., Μαρούδα, Μ. – Ντ. (2006) “Ηνωμένα Έθνη. Θεσμικό Πλαίσιο και Δικαιοπολιτική Δράση”, Κείμενα Διεθνούς Πρακτικής, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Περράκης, Στ. (2007) “Δικαιώματα του ανθρώπου και Ηνωμένα Έθνη: εξήντα χρόνια μετά”, στο Δίπλα Χ. – Δούση Ε. (επιμ.), Εξήντα χρόνια από την ίδρυση των Ηνωμένων Εθνών” εκδόσεις Σιδέρη.

Περράκης, Στ. (2009) “Διαστάσεις της Διεθνούς Προστασίας των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου”, Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας.

Περράκης, Στ. (2013) “*Δίκαιο, Πολιτικές και Ιδεολογία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στη Διεθνή Δικαιοταξία σήμερα – Η Δοκιμασία των ορίων μιας αμφίσημης πραγματικότητας*”, Τιμή Δ. Ευρυγένη (18.11.2010), Δικαιώματα του Ανθρώπου.

Πετρέλης, Μ. & Δομάγερ, Φ. – Ρ. (2016), “*Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου*”. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 15, Τεύχος 3.

Πραντσίδου, Δ. (2010) “*Σύνδεση οικονομικής ανάπτυξης και υγειονομικών ανισοτήτων*”, Επιθεώρηση Υγείας.

Πολύζος, Ν. (2014) “*Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*”, Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Π.Ο.Υ. (1981), Παγκόσμια Στρατηγική για “*Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000*”, Γενεύη.

Pintasiglio Maria de Lourdes et al, (1996) Έκθεση της «Επιτροπής σοφών», “*Για μια Ευρώπη των ατομικών και των κοινωνικών δικαιωμάτων*”, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λουξεμβούργο.

Ρομπόλης, Σ. (1999) “*Υγεία και οικονομία*”, Αθήνα, εκδόσεις Σμίλη.

Ρομπόλης, Σ. & Χλέτσος, Μ. (1995) “ Η κοινωνική πολιτική μετά το κράτος πρόνοιας”, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Παρατηρητής.

Ρομπόλης, Σ. (2013) “Οικονομική κρίση και Κοινωνικό Κράτος”, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Ρούκουνας, Ε. (1995) “Διεθνής προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων”, Αθήνα, εκδόσεις Εστία.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1993α) “Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική”, Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1993β) “ Κράτος και οικονομία στην Ελλάδα. Μια ιστορική τυπολογία” στο: Νεοελληνική κοινωνία Ιστορικές και κριτικές προσεγγίσεις, Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999) “Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους”, Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (2001) “Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την Εποχή της Παγκοσμιοποίησης”, Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (2011) «Εισαγωγή», στο Θ. Σακελλαρόπουλος (επιμ.), “ Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης”, Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (2011) “*Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής*”, Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος.

Σακελλαρόπουλος, Σπ. (2001) “*Η Ελλάδα στη μεταπολίτευση πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις 1974-1988*”, Αθήνα, Εκδόσεις Λιβάνης.

Σαλαμίνιου, Φ. (1989) “*Από τα ΕΣΥ του κράτους πρόνοιας στη νέα εποχή του οικονομικού ανταγωνισμού*”, στην εφημερίδα «Οικονομικός ταχυδρόμος».

Σαρμάς, Ι. (2003) “*Κράτος και δικαιοσύνη, τ. 1 Ελευθερία με υπεροχή του δικαίου. Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*”, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Σισσούρας, Α. (1994) “*Συμπεράσματα – Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ*”, στο βιβλίο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, ΥΥΠΚΑ.

Σισσούρας, Α. (2003) “*Μεταρρύθμιση και καθημερινότητα. Για μια σύμβαση του συστήματος υγείας με τους ασθενείς*”, στην εφημερίδα «Τα Νέα».

Σκουτέλης, Γ. (1993) “*Κράτος πρόνοιας και κοινωνική προστασία: εξελίξεις και προοπτικές. Η ελληνική πραγματικότητα*” στο: Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ. (2000) “*Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*”, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Σουλιώτης, Κ. (2006) *“Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας”*, Αθήνα. εκδόσεις Παπαζήσης.

Σουλιώτης, Κ. και συν. (2014) *“Αξιολόγηση των συνθηκών διαβίωσης και της πρόσβασης των ασθενών με καρκίνο στις υπηρεσίες υγείας”*, The HOPE IV Study, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου και Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών (ΚΕΦΙ), Αθήνα.

Σταθόπουλος, Π. (1996) *“Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση”*, Αθήνα, β' έκδοση Έλλην.

Στασινοπούλου, Ο. (1992) *“Κράτος Πρόνοιας: ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις”*, Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.

Στασινοπούλου, Ο. (2006) *“Κοινωνική πολιτική: Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα”*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

Σωτηρέλλης, Γ. (2002) *“Το αβέβαιο συνταγματικό μέλλον της Ευρωπαϊκής Ένωσης”* Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.

Σωτηρέλλης, Γ. (2013) *“Τα Κοινωνικά Δικαιώματα στη δίνη της οικονομικής κρίσης”*, Ομιλία σε εκδήλωση της Ελληνικής Ένωσης για τα δικαιώματα του ανθρώπου, Αθήνα.

Τσουνής, Α. (2012) *“Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή αποδόμησης του κοινωνικού κράτους”*, Αθήνα, Τετράδια Ψυχιατρικής.

Τούντας, Γ. (2002) “*Πολιτική Υγείας*”, Αθήνα, εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία.

Τούντας Γ. (2004) “*Κοινωνία και Υγεία*”, Αθήνα, εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία.

Υπουργείο Υγείας (2015), “*Υγειονομικός Χάρτης. Στατιστικά και Δεδομένα για την Υγεία*”, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Ι. (1988) “*Ο Σχεδιασμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*”, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Φερώνας, Α. (2013) “*Η Κοινωνική Διάσταση της «Ευρώπης 2020»: Ρητορική και Πραγματικότητα*”, Αθήνα, Κοινωνική Πολιτική, τ. 1.

Χαραλάμπους, Α. & Τσίτση, Θ. (2010) “*Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου*”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf> (accessed: 26/11/2016).

Χατζηκωνσταντίνου, Κ. (1982) “*Η Σύμβασις της UNESCO περί απαγορεύσεως των διακρίσεων εις την εκπαίδευσιν*”, Θεσσαλονίκη.

Χρυσόγονος, Κ. (2006) “*Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*”, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.

Ξενόγλωσση

Abel – Smith, B. & Leiserson, A. (1978) “*Poverty, development and health policy*”, Public Health Papers, No 69, WHO, Geneva.

Abel - Smith, B. (2001) “Social Security, σε: Μ. Ραφαήλ, Κοινωνική Προστασία και Κοινωνική Διοίκηση, Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας.

Alivizatos, N. (1979) “*Les institutions politiques de la Grèce a travers les crises*”, Paris.

Alston, P. & De Shutter, O. (2005) “*Monitoring Fundamental Rights in EU: The Contribution of the Fundamental Rights Agency*”, Oxford: Hart Publishing.

Alston, P. & Mégret, F. (2008) “*The United Nations and Human Rights: a critical appraisal*”, 2nd ed., Oxford University Press.

Aigigner, K. & Leoni, T. (2008) “*Typologies of social models in Europe*”, GEMSE.

Aglietta, M. (2008) “*La crise*”, Paris, Michalon.

Appleby, J. (2008) “*The credit crisis and health care*”, Br Med, διαθέσιμο: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2259> (accessed: 21/12/2016).

Baquero Cruz, J. (2002) “*Between Competition and Free Movement. The Economic Constitutional Law of the European Community*”, Oxford: Hart Publishing.

Baldwin, P. (1993) “*Η διαχρονικότητα του Beveridge. 50 χρόνια από τη δημοσίευση της έκθεσής του για την κοινωνική ασφάλιση*”, ΕΔΚΑ.

Barbier, J.- Cl. (2011) “*Changes in Political Discourse from the Lisbon Strategy to Europe 2020: Tracing the fate of “social policy”*”, ETUI, Working Paper.

Barnard, C. & Deakin, S. (2002) “*Corporate governance, European governance and social policy*” στο Shaw, J. “*Social Law and Policy in an Evolving European Union*, Oxford: Hart Publishing.

Beck, W., Van der Maesen, L., Thomese, F., Walker, A. (2001) “*Social Quality: A Vision for Europe*”, The Hague: Kluwer Law International.

Bell, M. (2005) “*Walking in the same direction? The contribution of the European Social Charter and the European Union to Combating*”, στο: De Burca, G. and De Witte, B., *Social Rights in Europe*, Oxford: Oxford University Press.

Belorgey, J.M. (2002) “*La protection sociale peut – elle aider à relever le défi du travail précaire, des difficultés d’ accès a l’emploi, et de l’ exigence d’ un niveau de vie décent pour tous ? Qu’ apprend a ce sujet l’expérience française ?*”, εισήγηση στο σεμινάριο *Interactions between labour market and social protections*, Bruxelles.

Benisichi, (1997) “*Reforms of the Charter since 1989 – Reform f the supervisory machine and reform of the rights guaranteed*”, *The Social Charter of the 21st*

Century, Colloquy organized by the Secretariat of the Council of Europe, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Bernard, N. (2003) “*A New Governance Approach to Economic, Social and Cultural Rights Under the EU Charter of Fundamental Rights: A Legal Perspective*”, Oxford: Hart Publishing.

Bettati, M., Duhamel, O. & Greilsamer, L. (1998) “*La Déclaration Universelle des Droits de l’ Homme*”, Paris, εκδόσεις Gallimard.

Bonovas, S., Nikolopoulos, G. (2012) “*High – burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy*”, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*.

Bueren, V. (1995) “*The International Law on the Rights of Child*”, Nijhoff.

Cancado – Trindade, A.A. (2012) “*Le droit international pour la personne humaine*”, Pedone, Paris.

Cantillon, B. (2011) “*The Paradox of the Social Investment State: Growth, employment and poverty in the Lisbon era*”, In *Journal of European Social Policy*.

Cassin, R. (1969-1972) “*Amicorum Discipulorumque Liber*”, 4 volumes, Pédoné, Paris.

Cohen, D. (2010) “*Η ευημερία του κακού*”, Αθήνα, εκδόσεις Πόλις.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH), (2005-2008), *Social determinants of health*, World Health Organisation (WHO).

Costello, C. (2001) *“Fundamental Social Rights: Current European Legal Protection and the Challenge of the EU Charter of Fundamental Rights”*, Dublin: Irish Centre for European Law.

Council of Europe, (1995) *“The Council of Europe: Achievements and Activities”*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.

Council of Europe, (1997a) *“European Social Charter – Collected texts”*, Council of Europe, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (1997b) *“European Social Charter – Collected texts”*, Council of Europe, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (1997c) *“European Social Charter – The Charter, its protocols, the revised Charters”*, Council of Europe, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (2000a) *“Social Protection in the European Social Charter”*, 2nd edition, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (2000b) *“Social Protection in the European Social Charter”*, 2nd edition, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (2001) “*The Protection of Fundamental Rights in Europe Through the European Social Charter*”, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Council of Europe, (2002) “*European Social Charter – Short Guide*”, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Cutler, M., David, F., Knaul, R., Lozano, O., Mendez, Z. (2002) “*Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s*”, J Public Econ, Waters H.

Deacon, B., Hulse, M. and Stubbs, P. (1997) “*Global Social Policy: International Organisations and the Future of Welfare*”, London, Sage.

Deakin, S. (2013) “*The legal theory of finance: implications for methodology and empirica research*”, διαθέσιμο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147596713000383> (accessed: 15/112016).

De Witte, B. (2005) “*The trajectory of fundamental social rights in the European Union*”, στο De Burca G. and De Witte B., *Social Rights in Europe*, Oxford: Oxford University Press.

Doubler, W. (1991) “*Market and Social Justice in the EC – The Other Side of the Internal Market*”, Goteersloh.

Economou, A., Nikolaou, A., Theodossiou, I., (2007) “*Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union*”, Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series.

Economou, C. & Giorno, Cl. (2009) “*Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece*”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 722, OECD Publishing, © OECD,

Economou, C. (2010) “*Greece Health System Review*”, *Health Systems in Transition*, Vol 12, No 7 2010, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., (2012) “*The performance of the Greek healthcare system and the Economic Adjustment Programme: ‘Economic crisis’ versus ‘system-specific deficits’ driven reform*”, *Social Theory*.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2015) “*The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece.*”, In: Thomson S., Jowett M., Evetovitis T., Mladovsky P., Maresso A., Figueras J. (eds.). *The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (in press).

Economou, C. (2015) “*Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*”, World Health Organization (WHO).

Economou M., Madianos M., Peppou L. E., Theleritis C., Patelakis A., Stefanis C. N. (2013) “*Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the*

economic crisis”, *World Psychiatry* 12(1),
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471802> (accessed: 5/12/2016).

Eide, A., Krause, C., Rosas, A. (2001) “*Economic, Social and Culture Rights: A Textbook*”, 2nd and rev. edition, The Hague: Martinus Nijhoff Publishers, Kluwer Law International.

Esping-Andersen, C. (1985) “*Politics against Markets: The social democratic road to power*”, Princeton, N. J.: Princeton University Press.

Esping – Andersen, C. (1990) “*The three worlds of welfare capitalism*”, Cambridge, Polity.

Esping – Andersen, C. (1992) “*Budgets and Democracy: Towards a Welfare State in Spain and Portugal*”, European University, Firenze.

European Commission, (2010) “*Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*”, Communication COM (2010) 2020, Brussels.

Ewald, Fr. (1986) “*L’etat providence*”, Paris: Bernard Grasset.

Ferrie, J.E., Shopley, M.J., Stansfeld, S.A., Marmot, M.,G. (2002) “*Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study*”, *J. Epidemiol & Community Health*, διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160> (accessed:15/01/2017).

Ferroni, M., Mody, A. (2002) “*International public goods. Incentives, measurement and financing*”, The World Bank, Kluwer, Boston.

Foyer, J. (1979) “*Le droit u la santi en droit français, Académie de Droit International de la Haye*”, Sijthoff & Noordhoff.

Flora, P. & Heidenheimer, A. (1985) “*The development of welfare state in Europe and America*”, London.

International Monetary Fund (IMF), (2009) “*World Economic Outlook Update «Global Economic Slump Challenges Policies*”, διαθέσιμο: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf> (accessed: 4/10/2016).

International Labour Organization (2009) “*Global employment trends 2009*”, ILO, Geneva.

Gijzen, M. (2001) “*The Charter: A milestone for social protection?*”, Maastricht Journal of European and Comparative Law.

Gomez Isa, F. & De Feyter, K. (2009) “*International Human Rights Law in a global context*”, Humanitarian Net, University of Densto, Bilbas.

Gomien, D., Harris, D., Zwaak, L. (1996) “*Law and Practice of the European Convention on Human Rights and the European Social Charter*”, Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Gough, I. (1979) “*The political economy of the welfare state*”, London, Macmillan.

Goy, R. (2002) “*La Cour internationale de justice et les droits de l’homme*”, Droit et Justice, Bruylant, Bruxelles.

Graven, M. (1993) “*The domestic Application of the International Covenant on Economic*”, Social and Cultural Rights, Netherland International Law Review.

Harris, D. & Darcy, J.(2001) “*The European Social Charter*”, 2nd edition, Arsdeley, NY: Transnational Publishers.

Henderson, W.O. (1961) “*The industrial revolution on the Continent*”, London.

Heimman, E. (1929) “*Soziale Theorie des Kapitalismus – Theorie des sozial Politik*”
Tübingen, Frankfurt am Main.

Hervey, T. & Kenner, J. (2003) “*Economic and Social Rights Under the EU Charter of Fundamental Rights: A Legal Perspective*”, Oxford: Hart Publishing.

Hervey, T. (2005) “*We don’t see a connection: The right to health in the EU Charter and European Social Charter*”, στο De Burca, G. and De Witte, B., Social Rights in Europe, Oxford: Oxford University Press.

Jahoda, M. (1982) “*Employment and unemployment: a social-psychological analysis*”, Cambridge University Press, 1st ed.

Junk, E. (1982) “*Das Recht auf Gesundheit*”, Beck.

Kasl, S.V. & Jones, B.A. (2000) “*The impact of job loss and retirement on health*”,
In: Berkman LF and Kawachi I (eds). *Social Epidemiology*. Oxford University Press.

Kaul, I., Faust, M., (2001) “*Global public goods and health: taking the agenda forward*”, Bulletin of the World Health Organization.

Kenner, J. (2003a) “*Economic and Social Rights in the EU Legal Order: The Mirage of Indivisibility*”, στο Hervey, T., Kenner, J., “*Economic and Social Rights under the EU Charter of Fundamental Rights.*” A Legal Perspective, Oxford: Hart Publishing.

Kenner, J. (2003b) “*EU Employment Law. From Rome to Amsterdam and Beyond.*” Oxford: Hart Publishing.

Kenis, P. (1991) “*Social Europe in the 1990s: Beyond an Adjunct to Achieving a Common Market?*”, *Futures*, 23.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanikolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011), “*Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*”, άρθρο στο περιοδικό *Lancet*.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., Mckee, M., Stuckler, D. (2014), “*Greece’s health crisis: from austerity to denialism*”, άρθρο στο περιοδικό *Lancet*.

Khang, Y.H., Lynch, J., Kaplan, G. (2005) “*Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea*”, Int J Epidemiol.

Klaus, A. & Lucio, B. (2012) “*Political Economy of the Sovereign Debt Crisis: The Limits of Internal Devaluation*”, διαθέσιμο: <https://academic.oup.com/ijl/article-abstract/41/3/254/703252/Political-Economy-of-the-Sovereign-Debt-Crisis> (accessed: 10/12/2016).

Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Ganava, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A. (2013) “*Economic crisis, restrictive policies, and the population’s health care: the case of Greece*”, American Journal of Public Health 103.

Koutsogeorgopoulou, V., Matsaganis, M., Leventi, C., Schneider, J.-D., (2014) “*Fairly Sharing the Social Impact of the Crisis in Greece*”, OECDiLibrary, OECD Economics Department Working Papers.

Leibfried, S. (1991) “*Towards a European Welfare State? On integrating poverty regimes in the European Community*”, Centre for Social Policy Research, Bremen.

Leibfried, S. and Pierson, P. (1995) “*European Social Policy – Between Fragmentation and Integration*”, The Brookings Institution, Washington, D.C.

Lumina, C. (2013) “*United Nations Independent on the effects of foreign debt*”, Αθήνα, εκδόσεις ΠΟΤΑΜΟΣ.

Mackenbach, J., Bakker, M. J., Kunst, A. E., Diderichsen, F. (2002), “*Socioeconomic Inequalities in Health in Europe: An Overview*”, στο J. Mackenbach - M. Bakker

(επιμ.), “*Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*”, Routledge, Λονδίνο.

Mackenbach, J. & Bakker, M. J. (2002), “*Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*”, Routledge, Λονδίνο.

Mackenbach, J. (2005) “*Health Inequalities: in profile*”, Expert report, UK Presidency of the EU.

Mackenbach, J. Europe (2010) “*Health Inequalities: Europe in profile*”, Expert report, UK Presidency of the EU.

Marshall, T H. (1965) “*Class, citizenship and social development*”, Doubleday Anchor Book.

Matsaganis, M., Ferrera, M., Capucha, L., Moreno, L. (2003) “*Mending Nets in the South: Anti – poverty Policies in Greece, Italy, Portugal and Spain*”, Social Policy and Administration.

Matscer (ed.) (1991) “*The implementation of Economic and Social Rights*”, Geneva, International Labour Organisation.

Moreau, M. – A. (2005) “*European Fundamental Rights in the Context of Economic Globalization*” στο De Burca, G. and De Witte, B., *Social Rights in Europe*, Oxford: Oxford University Press.

Mossialos, E. (1997) “*Citizens’ Views on the Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union*”, Health Economics.

Mossialos, E. (1999) “*Le Grand J. Health Care and Cost Containment in the European Union*”, Aldershot, Ashgate.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002) “*Funding health care: options for Europe*”, Open University Press, Philadelphia, διαθέσιμο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf (accessed: 18/11/2016).

Musgrove, P. (1987) “*The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean*”, International Journal of Health Services.

Natali, D. (2011) “*Europe 2020: Is the Social Dimension Still Important?*”, in Perspectives on Europe, Volume 41, Issue 2, Council for European Studies.

Papadopoulos, Th. (1996) “*«Family» state and social politics for children en Greece*”, στο: Bronnen J. and O’Brien on (eds) children and families: Research and Policy, London, Falmer Press.

Papadopoulos, Th. & Roumpakis, A. (2009) “*Familistic welfare capitalism in crisis: The case of Greece*”, ERI working paper series.

Perrin, G. (1992) “*Le plan Beveridge: Les grands principes*”, Revue international de sécurité sociale.

Pisani-Ferry, J., Sapir, A., Wolff G.B. (2013) “*EU-IMF Assistance to Euro-area Countries: An Early Assessment*”, Bruegel Blueprint Series, Volume XIX.

Pojares Maduro, M. (1998) “*We, the Court. The European Court of Justice and the Social Welfare*”, London: Routledge & Kegan Paul.

Polanyi, K. (1944) “*The Great Transformation*”, Εκδόσεις Νησίδες.

Pourcel, P. (2006) “*La protection sociale*”, Paris, Bréal.

Randall, E. (2001) “*The European union and Health Policy*”.

Reteln, D.A. (1990) “*International Human Rights*”, Universalism Versus Relativism, London / New Delhi, Newbury Park.

Rhodes, M. (1995) “*A Regulatory Conundrum: Industrial Relations and the Social Dimension*”, In S. Leibfried & P. Pierson, *European Social Policy – Between Fragmentation and Integration*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.

Roberston, A. H. & Merrils, J. G. (1961) “*Human Rights in Europe*”, 3rd edition, Manchester, New York: Manchester University Press.

Rodriguez – Pípero, M. & Casas, E. (1996) “*In support of a European Constitution*”, στο Davies, P. (ed.), *European Community Labour Law: Principles and Perspectives*, Oxford: Clarendon Press.

Ruckert, A. & Labonte, R. (2012) “*The financial crisis and global health: the International Monetary Fund’s (IMF) policy response*”, Health Promotion, διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22504946> (accessed: 5/12/2016).

Ruhm, C.J. (2000) “*Are recessions good for your health?*”, Quarterly Journal of Economics, διαθέσιμο: <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/> (accessed: 4/12/2016).

Saadah, F. & Pradhan, M., (2003), “*The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia*”, Health Policy Plan, διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12740322> (accessed:6/12/2016).

Samuel, L. (2002) “*Fundamental Social Rights*”, Council of Europe, Strasbourg, Council of Europe Publishing.

Scharpf, F. W. (1999) “*Governing in Europe: Effective and Democratic?*”, Oxford: Oxford University Press.

Schulte, B. (1997) “*Juridical Instruments of the European Union and the European Communities*”, στο Beck, W., Van der Maesen, L., Walker, A., *The Social Quality of Europe*, The Hague: Kluwer Law International.

Sciarra, S. (2002) “*Juridical Instruments of the European Union and the European Communities*”, στο Beck, W., van der Maesen, L., Walker, AS., *The Social Quality of Europe*, The Hague: Kluwer Law International.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., Mckee, M., (2009) “*The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical*

analysis”, Lancet, διαθέσιμο:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/abstract)
(accessed: 15/01/2017).

Sun, H. (2003) “*Reshaping the TRIPS Agreement concerning public health: Two critical issues*”, Journal of World Trade.

Thompson, E.P. (1963) “*The making of the English working class*”, London.

Van Der Auweraert , P., De Pelsmaeker, T., Sarkin, J. & Van De Lanotte (2002)
“*Social, Economic and International Developments*”, Antwerp: R. Bayliss.

Vandenbroucke, F. & Vleminckx, K. (2011) “*Disappointing Poverty Trends: Is the Social Investment State to Blame?*”, In Journal of European Social Policy.

Vignon, J. & Cantillon, B. (2012) “*Is there a time for “Social Europe”? Looking beyond the Lisbon Strategy paradigm*”, in OSE Paper Series, No 9.

Wagstaff, A. (2002) “*Poverty and health sector inequalities*”, Bulletin of the World Health Organization.

World Health Organization (WHO), (1978) “*Global Strategy for Health for All by the Year 2000*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (1999) “*Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*”, European Health for All Series ; No. 6, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2002a) “*Global public goods for health*”, The report of Working Group 2 of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2002b) “*The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*”, Geneva.

World Health Organization (WHO) (2003) “*Social Determinants of Health: The solid Facts*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2005) “*Health and the Millennium Development Goals*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2009a) “*The Financial Crisis and Global Health*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2009b) “*Health amid a financial crisis: a complex diagnosis*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2012) “*Health 2020: the European policy for health and well-being*”, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2015) “*The European health report 2015*”, Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence, Geneva.

Δικτυακοί Τόποι

- Απασχόληση, Κοινωνικές Υποθέσεις και Κοινωνική ένταξη:
<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=el>
- Council of Europe: <http://www.coe.int>
- Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ): <http://www.imf.org/external/index.htm>
- Εκθέσεις ευρωπαϊκών χωρών έναντι του Χάρτη: <http://www.humanrights.com>
- Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του ανθρώπου (FIDH):
<https://www.fidh.org>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ): <http://www.statistics.gr/living-conditions-in-greece>
- Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat>
- Ευρωβαρόμετρο: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή – Δημόσια Υγεία: http://ec.europa.eu/health/home_el
- Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index (ECHI):
<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>
- International Labour Organization: <http://www.ilo.org>
- Journal Social Policy: <http://journals.sagepub.com/home/gsp>
- ΚΕΕΛΠΝΟ: <http://www.keelpno.gr/>
- Lancet: <http://www.thelancet.com>
- Leahy R. Unemployment's Human Costs:
<http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy>
- Μνημόνια 1, 2 και 3: <http://www.minfin.gr>
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ): <http://www.who.int>
- Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών (Unric):
<https://www.unric.org>
- PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- Στατιστικά Στοιχεία Υπουργείου Υγείας: <http://ygeiamap.gov.gr/statistika-kai-dedomena-ygeia/>
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ):
<http://www.oecd.org>
- Υπουργείο Υγείας: <http://www.moh.gov.cy>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ

Δικαίωμα για προστασία της υγείας

Άρθρο 11.- Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απευθείας είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που αποσκοπούν ιδίως :

1. Να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας.
2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναίσθησης ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας.
3. Να προλαβαίνουν, κατά το δυνατό, τις επιδημικές, ενδημικές και άλλες ασθένειες.

Δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη

Άρθρο 13.- Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για κοινωνική και ιατρική αντίληψη, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση :

1. Να μεριμνούν ώστε κάθε πρόσωπο, που δεν διαθέτει επαρκείς πόρους και δεν είναι σε θέση να τους εξασφαλίσει με δικά του μέσα ή από άλλη πηγή, ιδίως δε από παροχές που καταβάλλονται από σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, να μπορεί να λαμβάνει κατάλληλη βοήθεια και σε περίπτωση ασθένειας τις φροντίδες που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του.
2. Να μεριμνούν ώστε τα πρόσωπα που δικαιούνται παρόμοια βοήθεια να μην βλέπουν να τους περιορίζονται από το λόγο αυτό τα πολιτικά ή κοινωνικά δικαιώματά τους.
3. Να προβλέπουν ότι όλα τα πρόσωπα θα μπορούν να λαμβάνουν από τις αρμόδιες υπηρεσίες δημοσίου ή ιδιωτικού χαρακτήρα οποιαδήποτε αναγκαία προσωπική βοήθεια για την πρόληψη, εξάλειψη ή βελτίωση της κατάστασης ανάγκης προσωπικής ή οικογενειακής φύσεως.
4. Να εφαρμόζουν τις διατάξεις των παραγρ. 1, 2 και 3 αυτού του άρθρου με βάση την ισότητα των υπηκόων τους με τους υπηκόους άλλων Συμβαλλομένων

Μερών, που βρίσκονται νόμιμα στο έδαφός τους, σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν με βάση της Ευρωπαϊκή Σύμβαση Κοινωνικής και Ιατρικής Αντίληψης, που υπογράφηκε στο Παρίσι στις 11 Δεκέμβρη 1953.

Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα

Άρθρο 22.- Κάθε άτομο, ως μέλος του κοινωνικού συνόλου, έχει δικαίωμα κοινωνικής προστασίας. Η κοινωνία, με την εθνική πρωτοβουλία και τη διεθνή συνεργασία, ανάλογα πάντα με την οργάνωση και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε κράτους, έχει χρέος να του εξασφαλίσει την ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων που είναι απαραίτητα για την αξιοπρέπεια και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Άρθρο 23.- 1. Καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και να επιλέγει ελεύθερα το επάγγελμά του, να έχει δίκαιες και ικανοποιητικές συνθήκες δουλειάς και να προστατεύεται από την ανεργία.

2. Όλοι, χωρίς καμία διάκριση, έχουν το δικαίωμα ίσης αμοιβής για ίση εργασία.

3. Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα δίκαιης και ικανοποιητικής αμοιβής, που να εξασφαλίζει σε αυτόν και την οικογένειά του συνθήκες ζωής άξιες στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η αμοιβή της εργασίας, αν υπάρχει, πρέπει να συμπληρώνεται με άλλα μέσα κοινωνικής προστασίας.

4. Καθένας έχει το δικαίωμα να ιδρύει μαζί με άλλους συνδικάτα και να συμμετέχει σε συνδικάτα για την προάσπιση των συμφερόντων του.

Άρθρο 25.- 1. Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του.

2. Η μητρότητα και η παιδική ηλικία έχουν δικαίωμα ειδικής μέριμνας και περίθαλψης. Όλα τα παιδιά, ανεξάρτητα αν είναι νόμιμα ή εξώγαμα, απολαμβάνουν την ίδια κοινωνική προστασία.

Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα

Άρθρο 12.- 1. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε

προσώπου να απολαμβάνει την καλλίτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία.

2. Τα μέτρα που θα λάβουν τα Συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση :

α) της μείωσης των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών,

β) της βελτιώσεως όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής,

γ) της προφυλάξεως και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών,

δ) της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας.

ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Άρθρο 34

Κοινωνική Ασφάλεια και κοινωνική αρωγή

1. Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας, καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές

2. Κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

3. Η Ένωση, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Άρθρο 35

Προστασία της υγείας

Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.