



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Μελέτη της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας των εργαζομένων
στον τομέα των υπηρεσιών υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θεοδώρα Γαλανοπούλου

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ.Σπυριδάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
Δ.Καρακατσάνη, Καθηγήτρια
Η.Κουτσούκου, Διδάκτωρ, Επιστημονική συνεργάτης

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2018

Copyright © Θεοδώρα Γαλανοπούλου , 2018.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στον Σπύρο , στον Παναγιώτη και στην Αλεξάνδρα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “Κοινωνική και Εκπαιδευτική Πολιτική - Κατεύθυνση: Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας”, του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τα επιστημολογικά, θεωρητικά και μεθοδολογικά εργαλεία που απέκτησα.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ ειλικρινά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μάνο Σπυριδάκη, για τη συνολική υποστήριξη στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, κα Καρακατσάνη Δέσποινα και Κουτσούκου Ηλέκτρα καθώς και τους συνομιλητές μου για τις συζητήσεις.

Τέλος, ευχαριστώ για την προσωπική στήριξη την οικογένεια μου.

Ελπίζω η παρούσα μελέτη να αποτελέσει το έναυσμα για τη διάνοιξη ενός νέου επιστημονικού διαλόγου στο πεδίο της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας των εργαζομένων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας ή καλύτερα στη διεκδίκηση ενός πιο βέβαιου μέλλοντος.

*«Σε κάθε επίπεδο της ανθρώπινης ζωής,
έχουμε την ίδια κατάσταση. Αβεβαιότητα».*

(Zygmunt Bauman)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT	9
Εισαγωγή.....	10
Μέρος Α΄	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η έννοια της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας και ο θεωρητικός προβληματισμός	13
1.1 Η πολιτική για την κοινωνία	13
1.2 Το Ελληνικό παράδειγμα	17
1.3 Δημογραφικοί προβληματισμοί πριν την κρίση.....	22
1.4 Τα νέα νομοθετικά όρια και η ρευστή πραγματικότητα	25
1.5 Οι επιπτώσεις για τους εργαζόμενους.....	30
1.5.1 Επιπτώσεις στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας	34
1.6 Συλλογικές Διεκδικήσεις και συνδικαλιστική πυκνότητα	39
1.7 Ο θεωρητικός προβληματισμός και τα ερωτήματα της έρευνας.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Μεθοδολογία Έρευνας	53
2.1 Στάδια Έρευνας.....	53
2.1. α Μέθοδος και ερευνητικά εργαλεία.....	53
2.1. β Οδηγός συνέντευξης και η μέθοδος δειγματοληψίας.....	55
2.1. γ. Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων	56
2.1. δ Περιορισμοί στην έρευνα.....	56
Μέρος Γ΄	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ανάλυση και Ερμηνεία των Δεδομένων της Έρευνας	59
3. 1. Ο χώρος εργασίας	60
3. 2 Η αξιολόγηση της αμοιβής έναντι του έργου.....	61
3.3 Μεγαλώνοντας τον ορίζοντα της συνταξιοδότησης.....	63
3. 4 Οι επιπτώσεις του νέου πλαισίου	65
3. 5 Εργασιακά Δικαιώματα και Συλλογικές Διεκδικήσεις	69
3.6 Προτάσεις των εργαζομένων για το συνταξιοδοτικό σύστημα.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Συμπεράσματα.....	74

Μέρος Δ΄	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
Παραρτήματα	85
Παράρτημα 1.....	86
Οδηγός συνέντευξης	86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με τις νέες αποφάσεις των ευρωπαϊκών οργάνων περί αξιολόγησης της βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων των κρατών μελών, σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στη δομή και το περιεχόμενο του συνταξιοδοτικού συστήματος τα τελευταία χρόνια στη χώρα. **ΣΚΟΠΟΣ :** Η διερεύνηση πρωτίστως της επίδρασης των νέων δεδομένων συνταξιοδοτικής ανασφάλειας ως ένα πλαίσιο επαναδιαπραγμάτευσης επαγγελματικών και κοινωνικών ταυτοτήτων των εργαζομένων και δευτερευόντως κατά πόσον τα ίδια τα υποκείμενα συμμετέχουν σε μορφές συλλογικής και συνδικαλιστικής διεκδίκησης των εργασιακών τους δικαιωμάτων. **ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ :** Ποιοτική μέθοδος έρευνας και παραγωγή δεδομένων από δέκα έξι ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις με εργαζομένους του συστήματος φροντίδας υγείας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα δημοσιονομικά μέτρα που εφαρμόζονται επιδεινώνουν τη ζωή των εργαζομένων, δημιουργούν φόβο και ανασφάλεια σε σχέση με τους πόρους που θα λαμβάνουν ως σύνταξη, με σκοπό την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου. **.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ρευστότητα και η αβεβαιότητα με αναφορά τη συνταξιοδότηση επηρεάζουν και τροποποιούν το πεδίο της συγκρότησης των επαγγελματικών ταυτοτήτων των εργαζομένων στον τομέα υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη σημασία, θα είχε αν η παρούσα μελέτη αποτελούσε το έναυσμα για τη διάνοιξη ενός επιστημονικού διαλόγου και μιας μετα-έρευνας στο πεδίο της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας των εργαζομένων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας για την διεκδίκηση ενός πιο βέβαιου μέλλοντος.

Λέξεις κλειδιά: συνταξιοδοτικό σύστημα, ανασφάλεια, συλλογικές διεκδικήσεις, ασφάλιση, συνδικαλιστικό κίνημα, σύνταξη

Study on retirement insecurity of healthcare workers

Theodora Galanopoulou

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the new decisions of the European institutions on assessing the sustainability of retirement systems in the Member States, there have been significant changes in the structure and content of the retirement system in recent years in the country. **AIM:** The investigation primarily, of the impact of new retirement insecurity data as a framework for renegotiating workers' professional and social identities and secondly, whether the individuals themselves are involved in forms of collective and trade union claiming their labor rights.. **METHOD-EVIDENCE:** Qualitative method of researching and producing data from sixteen semi-structured of personal interviews with health care workers. **RESULTS :** The financially measures that are implemented, are aggravating the lives of the workers, creating fear and insecurity concerning to the incomes they will receive, as a retirement in order to ensure a satisfactory standard of living. **CONCLUSIONS:** The fluidity and uncertainty with reference to retirement affect and modify the scope of the recommendation of professional identities working in the healthcare sector. Particularly important would be if the present study was the beginning of opening a scientific dialogue and post-research in the field of retirement insecurity for healthcare workers to pursue a more secure future.

Key words: Retirement system, insecurity, collective claims, insurance , trade union movement, old age pension

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται μέσα στον επίκαιρο διάλογο που αναπτύσσεται γύρω από τα ζητήματα κοινωνικής προστασίας, με ενδεικτικό παράδειγμα τα όσα εξελίσσονται στον Ελλαδικό χώρο “τα χρόνια της κρίσης”.

Με αφετηρία τις ιστορικές μεταβάσεις της πολιτικής για την κοινωνία, στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τίθεται το Ελληνικό Ασφαλιστικό Σύστημα, όπου γίνεται μια εκτενής παρουσίαση των σταθμών στην πορεία εξέλιξής του. Εστιάζοντας στα συνταξιοδοτικά προγράμματα ως μέτρα κοινωνικής προστασίας, μετά την είσοδο του 21ου αιώνα και τους δημογραφικούς προβληματισμούς που τέθηκαν στο τραπέζι εθνικών και ευρωπαϊκών πολιτικών μηχανισμών, οδηγούμαστε στην χρονιά του 2008 και την επίσημη έναρξη της κρίσης στη χώρα. Είναι μια περίοδος όπου κυριαρχούν θέσεις περί αναγκαιότητας εφαρμογής ενός βιώσιμου συνταξιοδοτικού συστήματος. Προς αυτήν την κατεύθυνση αναπτύσσονται προτάσεις και εκ μέρους της ακαδημαϊκής κοινότητας προβάλλοντας συμπεράσματα μελετών και ερευνών.

Οι μειώσεις μισθών και συντάξεων, η αύξηση του ποσοστού των ανέργων, ο περιορισμός των κοινωνικών δαπανών κ.α. είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της περιόδου των μνημονίων (δηλαδή των συμφωνιών που υπογράφηκαν για τη διαχείριση του ελληνικού χρέους) που φθάνει μέχρι και το σήμερα.

Μέσα στο ανωτέρω κοινωνικό γίνεσθαι, οι ταυτότητες της εργασίας παρασύρονται από την κρίση και το παρόν μετατρέπεται σε μια συζήτηση γύρω από το αβέβαιο μέλλον. Τα δημοσιονομικά μέτρα που εφαρμόζονται επιδεινώνουν τη ζωή των εργαζομένων. Ειδικότερα, στη κατηγορία όσων διαθέτουν χρονικά μεγάλη προϋπηρεσία και βρίσκονται κοντά στην αποχώρηση από την εργασία, δημιουργείται επιπρόσθετα ένας φόβος και μια ανασφάλεια σε σχέση με τους πόρους που θα λαμβάνουν ως σύνταξη με σκοπό την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης μετά το τέλος της εργασίας.

Το υποκείμενο της παρούσης μελέτης είναι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Πρόκειται για ένα περιβάλλον, ένα δομικό πλαίσιο που στη σύγχρονη βιβλιογραφία συνδέεται με την αυξανόμενη τάση του εργασιακού στρες. Σε αυτόν τον τόπο ατομικού

και κοινωνικού βιώματος, η συνταξιοδοτική ανασφάλεια έρχεται να επιδεινώσει τη θέση των εργαζομένων, επιφέροντας πολυεπίπεδες επιπτώσεις. Με αφετηρία αυτή την προβληματική, μελετάται ως συνέχεια η πρόθεση των εργαζομένων για συλλογική αντίδραση απέναντι στις νέες ρευστές πραγματικότητες.

Τα ανωτέρω διευρύνονται με τη χρήση των ποιοτικών μεθόδων της κοινωνικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η παραγωγή των δεδομένων προέκυψε από τη διεξαγωγή προσωπικών ημιδομημένων συνεντεύξεων με εργαζόμενους στο χώρο της παροχής δημόσιας φροντίδας υγείας.

Μέρος Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η έννοια της συνταξιοδοτικής ανασφάλειας και ο θεωρητικός προβληματισμός

1.1 Η πολιτική για την κοινωνία

Στο άρθρο 2 παρ. 1. του Συντάγματος της Ελλάδας θα διαβάσουμε ότι:

«ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας» (Βουλή των Ελλήνων 2013:19).

Βάσει αυτού του άρθρου, όλες οι νομοθετικές παρεμβάσεις οφείλουν να βρίσκονται στην κατεύθυνση της κοινωνικής προστασίας, σεβόμενες κατ' επέκταση τα δικαιώματα του ανθρώπου. Που στοχεύει λοιπόν η κοινωνική πολιτική ως ένα διακριτό πεδίο νομοθετικού έργου;

Ιστορικά, κάτω από τον όρο «κοινωνική πολιτική», η έννοια της διαχείρισης μπορεί να λάβει ποικίλα περιεχόμενα και κοινωνικές προεκτάσεις με πρωτεύοντα παράγοντα το κοινωνιο-ιστορικό συγκείμενο, δηλαδή τις κοινωνικές ανάγκες που καλείται να θεραπεύσει. Στην ευρύτητα - τροπικότητα του όρου «κοινωνική πολιτική», είναι δυνατό να προσμετρήσουμε μια σειρά από έννοιες, οι οποίες δύναται να λάβουν περιεχόμενο μονάχα μέσα στα πλαίσια των προσεγγίσεων που έχουν διατυπωθεί ανά το χρόνο. Κατ' επέκταση, έννοιες κλειδιά όπως «κοινωνικό πρόβλημα», «αξιοπρέπεια», «ανάγκη», «αναδιανομή» κ.λπ. συνιστούν καταστάσεις πολύμορφης οριοθέτησης, απέναντι στις οποίες λαμβάνονται μέτρα κοινωνικής προστασίας από το κράτος στο πέρασ του νεωτερικού και μετανεωτερικού κόσμου. Σύμφωνα με τον Δικαίο (2010α:33-38) για παράδειγμα, ο όρος «αναδιανομή» συνδέεται με την άντληση πόρων από κάποιες κοινωνικές ομάδες και την προσφορά τους στα φτωχά κοινωνικά στρώματα. Βέβαια, επισημαίνοντας και άλλες μορφές «αναδιανομής» πέραν της κάθετης που σχολιάσαμε προηγουμένως, αναφέρεται και στην οριζόντια μορφή αναδιανομής ή την αναδιανομή μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Κοινός παρανομαστής της αναδιανομής και

των οικονομικών στόχων, δηλαδή στον τρόπο που κατανέμεται ο πλούτος θέτοντας κριτήρια κοινωνικής δικαιοσύνης, είναι το αμιγώς κοινωνικό περιεχόμενο που λαμβάνουν, σύστοιχο της αλληλοσύνδεσης κοινωνίας και οικονομίας και των προβλημάτων ανισότητας που δημιουργούνται¹.

Η όλη διαδικασία παραπέμπει στην διαχείριση των κοινών με αρμόδιο φορέα το κράτος, για το οποίο έχουν διατυπωθεί πλήθος θεωριών και προσεγγίσεων, οι οποίες έχουν τοποθετηθεί πάνω στο ζήτημα του συγκερασμού των επιθυμιών και των συμφερόντων που εκφράζονται μέσα σε ένα διαταξικό κοινωνικό σύστημα. Το σύγχρονο κράτος, θα λέγαμε, πως μέσω αυτής της διαδικασίας προσβλέπει κατ' ουσία στη διαχείριση των κοινωνικών σχέσεων με τέτοιο τρόπο που να επιτυγχάνεται η αναπαραγωγή του κοινωνικού συστήματος. Με αυτές τις σκέψεις, η κοινωνική πολιτική ως παρέμβαση καλείται θεμελιακά να αντιμετωπίζει τις κοινωνικές ανισότητες επιφέροντας μια στοιχειώδη ευημερία κυρίως στα ευάλωτα μέρη της κοινωνίας, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα του καθημερινού βίου σε όλα τα στάδια της ανθρώπινης ζωής. Σε αυτό το φάσμα τοποθετούνται μεταξύ άλλων η προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας, τα δικαιώματα στην υγεία και την εκπαίδευση, το δικαίωμα στην εργασία καθώς και το δικαίωμα στην συνταξιοδότηση (Δικαίος 2010α:33-38).

Όπως προαναφέραμε η κοινωνική πολιτική δεν παρουσιάζει διαχρονικά κάποιο στατικό περιεχόμενο. Τον αιώνα που μας πέρασε το ξέσπασμα δυο παγκοσμίων πολέμων, η ρωσική επανάσταση, η παγκόσμια οικονομική κρίση, με τις μεγάλες περικοπές δαπανών, η μετέπειτα ανάπτυξη του τριτογενούς τομέα παραγωγής, η εφαρμογή των νέων και διαρκώς εξελισσόμενων τεχνολογικών επιτευγμάτων αποδεικνύουν τις συνεχείς μεταβάσεις των συστημάτων κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζονταν ανά ιστορική φάση. Κατά την μετάβαση από τον τεϊλορισμό στο φορντισμό στις ανεπτυγμένες νεωτερικές κοινωνίες αναδύθηκε με την γεύση των παραπάνω, το κράτος πρόνοιας.

Σύμφωνα με τον Δικαίο (2010:33-38) η έννοια του κράτους πρόνοιας ήρθε να δηλώσει την *«ιστορικά καθορισμένη μορφή του αστικού κράτους στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας ιδιαίτερα στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής»* αποτελώντας συνάμα

¹ Όπως αναφέρει ενδεικτικά ο Bauman για την παρούσα οικονομικο-κοινωνική κατάσταση *«Δεν είναι κρίση, είναι αναδιανομή πλούτου»*. Πηγή: <http://tvxs.gr/news/blogarontas/zigkmoynnt-mpaoyman-den-einai-krisi-einai-anadianomi-ploytoy> (τελευταία πρόσβαση 03/09/2017).

«ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, με απώτερο σκοπό την επίτευξη – ποσοτικά και ποιοτικά- της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον την σημαντική μείωση, της κοινωνικής «ανισότητας»,» (Δικαίος 2010β: 431-475).

Το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου βρήκε τις κυβερνήσεις σε μια τροχιά παρέμβασης στις εργασιακές σχέσεις με σκοπό τον καθορισμό των κατώτατων μισθών και των συνθηκών εργασίας, ενώ επίσης σε πλήρη σύνδεση με την εργασία τέθηκε τόσο η επέκταση του δικαιώματος στην παιδεία όσο και το δικαίωμα στην συνταξιοδότηση. Ουσιαστικά, όπως γίνεται αντιληπτό, το παραδοσιακό κράτος που παρείχε την κοινωνική προστασία σε ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού, έδωσε τη θέση του στο κράτος της εθνικής αλληλεγγύης και της ευημερίας για όλους (Δικαίος 2010β: 431-475).

Στο παραδοσιακό μοντέλο, ήδη από το 1880 τα ζητήματα κοινωνικής πολιτικής δεν ανεδείχθησαν υπό το βάρος των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των αρχών που τέθηκαν στη Γαλλική Επανάσταση για ισότητα και δικαιοσύνη, καθώς προσέκρουαν στην επικράτηση του φιλελεύθερου δόγματος και των κρατικών παρεμβάσεων για απρόσκοπτη λειτουργία της αγοράς. Μετά από αυτήν την περίοδο θεσπίστηκαν οι πρώτοι *«οργανισμοί κοινωνικής αλληλεγγύης και ασφάλισης κατά των κινδύνων της γήρανσης, της ανεργίας»* (Δημουλάς 2012:26).

Όπως μας πληροφορεί ο Ροζανβαλόν (2001:17), στα τέλη του 19^{ου} αιώνα το κοινωνικό ζήτημα ήταν η έκφραση που χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις δυσλειτουργίες της βιομηχανικής κοινωνίας και τα επόμενα οφέλη από την ανάπτυξη και τα κεκτημένα των κοινωνικών αγώνων που συντέλεσαν στο ριζικό μετασχηματισμός της κατάστασης του προλεταριάτου.

Η περίοδος 1911-1976 παρουσιάζει ένα εξαιρετικό ενδιαφέρον με συνεχείς κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής. Μετά το 1911 παρατηρείται αύξηση της εκλογικής επιτυχίας των σοσιαλδημοκρατικών κομμάτων στην Ευρώπη καθώς και των κοινωνικών και πολιτικών κινημάτων. Ο συνδυασμός της διεύρυνσης της κρατικής παρέμβασης στην οικονομία, η αύξηση του αριθμού των δημόσιων υπαλλήλων καθώς και το δικαίωμα των γυναικών στην εργασία και χειραφέτηση, είναι δείγματα της ασυνέχειας με την παραδοσιακή όψη των κοινωνιών. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1940 έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1970, το

κενσιανό πρότυπο έρχεται να μετατρέψει το κράτος (το βρετανικό για παράδειγμα) σε κύριο χρηματοδότη των κοινωνικών πολιτικών πλην της ασφάλισης των εργαζομένων μέσω μιας τριμερούς πηγής (κράτος, εργοδότες και εργαζόμενοι) (Δικαίος 2010β:487-491).

Η Σουηδία όπως και η Βρετανία, νομοθετούν το 1946 την ασφάλιση γήρατος και επιδοτούν μέσω των εσόδων της φορολογίας την κατοικία και το θεσμό της οικογένειας. Η Γαλλία το 1945 θεσμοθετεί την εθνική ασφάλεια υγείας με έσοδα των εργαζομένων και των εργοδοτών, ενώ η Ιταλία κατά τη διάρκεια του πολέμου συγκροτεί το Εθνικό Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας (Δικαίος 2010β: 431-475).

Αυτή η περίοδος σηματοδοτεί την έναρξη των διαδικασιών διεθνοποίησης της κοινωνικής πολιτικής που είχε φανεί ήδη από την αρχή του αιώνα (1901) με την ίδρυση της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας στα πλαίσια της Κοινωνίας των Εθνών (Δ.Ο.Ε) και συνεχίζεται με το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου που διαβάζουμε τις αναφορές για τις ελευθερίες και τα δικαιώματα του ατόμου στην Ιδρυτική Διακήρυξη και το καταστατικό του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Δικαίος 2010β: 431-475). Αυτή η τάση με τη συμμετοχή και άλλων οργανισμών, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Ταμείο για τα παιδιά (UNICEF) κλπ. σε συνδυασμό με τον πολιτικό συμβιβασμό ανάμεσα στο κεφάλαιο και το εργατικό κίνημα, συνιστούσαν ένα πλαίσιο που ευνόησε την άνθηση του κενσιανό προτύπου, καταγράφοντας την συγκεκριμένη κοινωνιο-ιστορική περίοδο από το 1951 έως το 1976 ως την χρυσή εποχή του κράτους πρόνοιας (Δικαίος 2010β:475-476).

Μετά την κρίση του 1970 (Devine 2006), οι έννοιες της ισότητας, της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης καταγράφονται ως εμπόδια του ελεύθερου ανταγωνισμού και της οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας που επιβάλλει το νεοφιλελεύθερο δόγμα (Παλαιολόγος 2006: 89).

Πέρα από τις ευέλικτες μορφές εργασίας, την αύξηση της ανεργίας και τα υψηλά ποσοστά πληθωρισμού, το πέπλο της παγκοσμιοποίησης χαρακτήρισε τη δεύτερη μεταπολεμική περίοδο και σηματοδοτεί ένα εντεινόμενο διεθνή ανταγωνισμό στις αγορές εμπορευμάτων και υπηρεσιών, με επιπτώσεις την αυξημένη πίεση στους μισθούς, την αυξανόμενη σημασία των χρηματιστηριακών αγορών σε αποσύνδεση από την πραγματική οικονομία, τις νέες μορφές οργάνωσης της παραγωγής και της εργασίας, την αποσύνδεση της ανάπτυξης από την απασχόληση, την πίεση προς τα

εθνικά κράτη για αυτοπεριορισμό τους όσον αφορά ρυθμιστικές τους λειτουργίες, την αυξημένη ισχύ των πολυεθνικών επιχειρήσεων και τον εντεινόμενο διεθνή ανταγωνισμό στην αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα τις μετακινήσεις των παραγωγικών μονάδων, την αυξημένη μετανάστευση και το κοινωνικό ντάμπινγκ (Παλαιολόγος 2006:109).

Οι λογικές της αγοράς τέθηκαν και μέσα στο σύστημα κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας αν λάβουμε υπόψη ότι μετά το 1970 κάνουν την εμφάνιση τους οι οικονομολόγοι της υγείας μέσα στα ακαδημαϊκά φόρα και σε διοικητικές θέσεις φορέων υγείας. Όπως επισημαίνει η Nettleton (2002: 298-300), προς τα τέλη αυτής της δεκαετίας εμφανίζεται η νέα ομάδα επαγγελματιών, των οικονομολόγων υγείας, σε μια προσπάθεια των κυβερνήσεων να ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό να «παρακολουθούν τις επιδόσεις τους σε σχέση με τις οικονομικές συνέπειες της συμπεριφοράς τους».

Συνοψίζοντας, το λεγόμενο σύστημα κοινωνικής προστασίας ήρθε με την μεταπολεμική κατάρρευση των φιλελεύθερων αντιλήψεων για το ρόλο του κράτους και ύστερα από τις διεκδικήσεις ευρύτερων στρωμάτων του πληθυσμού με στόχο την κατοχύρωση κοινωνικών και εργασιακών δικαιωμάτων και με φόντο την αναδιανομή του πλούτου προς όφελος των οικονομικά ασθενέστερων (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010). Ωστόσο, όπως αναφέρει ο Δικαίος (2010α:33-38), υπό την επίδραση του νεοφιλελεύθερου δόγματος στο σύγχρονο κοινωνικό κράτος τη θέση της μείωσης της ανισότητας κατέλαβε η μείωση των κοινωνικών και πολιτικών εντάσεων, προσδίδοντας έτσι έναν νομιμοποιητικό της εξουσίας και ταυτόχρονα αναπαραγωγικό χαρακτήρα στον πυρήνα των λειτουργιών του, για το οποίο θα μιλήσουμε παρακάτω.

1.2 Το Ελληνικό παράδειγμα

Σε ορισμένα άρθρα βλέπουμε προσπάθειες συμπύκνωσης των χαρακτηριστικών του κράτους πρόνοιας με τη μορφή μιας τυπολογικής ταξινόμησης των ανεπτυγμένων χωρών. Ενδεικτικές αναφορές αποτελούν το φιλελεύθερο μοντέλο των ΗΠΑ, του Καναδά και της Αυστραλίας ως συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας, το συντηρητικό της Αυστρίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Ιταλίας το οποίο συνδέεται με σύγχρονες μορφές κορυβαντισμού και λειτουργεί μέσω της

διαφοροποίησης των κοινωνικών ομάδων και της απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση και το κοινωνικό-δημοκρατικό μοντέλο των Σκανδιναβικών χωρών με την διευρυμένη από-εμπορευματοποίηση και την δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα (Μπουτιού και Σαράφης 2013:150). Για χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα προτείνεται το Νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας (Μπουτιού και Σαράφης 2013:150).

Σε μια σύντομη κοινωνιο-ιστορική αναζήτηση, παρατηρούμε πως την περίοδο πριν από το 1930, η απουσία κρατικής πρωτοβουλίας ήταν ξεκάθαρη, αν λάβουμε υπόψη μεταξύ άλλων τον τρόπο διοίκησης των παροχών υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό. Τα δημοτικά νοσοκομεία διοικούνταν από τα λεγόμενα αδελφάτα και οι ιδιωτικοί φορείς από εφορείες και διοικητικά συμβούλια (Θεοδώρου και Μητροκλήλη 1999). Μετά την περίοδο του 1923, παρατηρείται μία κρατική παρέμβαση με σκοπό την συγκρότηση του συστήματος υγείας με την ευθύνη του κράτους, ενώ ο αναγκαστικός νόμος 1965/1937 καταργεί από τα αδελφάτα και τις εφορείες την διοίκηση των νοσοκομείων.

Η ελληνική περίπτωση μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου υπό την επίδραση των ιδιαίτερων οικονομικών και πολιτικών συνθηκών φέρει ορισμένα διακριτικά χαρακτηριστικά (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010), κυρίως στο κομμάτι της κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης. Μια σημαντική περίοδος που έχει απασχολήσει τους ακαδημαϊκούς κύκλους είναι αυτή μεταξύ του 1945-1967. Πριν από αυτή την περίοδο, ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης εμφάνιζε περιορισμένη κρατική παρέμβαση μέσω κυρίως των έμμεσων φόρων και της προσπάθειας από πλευράς εργατικών και επαγγελματικών ενώσεων να δρουν και ως αυτόνομα, αυτοδιοικούμενα και αυτοχρηματοδοτούμενα Ασφαλιστικά Ταμεία (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:312-313).

Συγκεκριμένα, το έτος 1927 λειτουργούσαν συνολικά 41 Ασφαλιστικά Ταμεία με σκοπό την κάλυψη των αναγκών 191.925 ασφαλισμένων και 22.676 συνταξιούχων, δηλαδή ενός μικρού μέρους του ενεργού πληθυσμού. Μια δεκαετία αργότερα (1937), οι αντίστοιχοι φορείς άγγιζαν τους 92 και οι αποδέκτες της προστασίας τους 375.354 εργαζομένους και 48.329 συνταξιούχους (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:312-313).

Το 1937 είναι μια ιδιαίτερη χρονική περίοδος, καθώς ένας σταθμός στην πορεία της κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα τίθεται σε ισχύ. Στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας

θεσπίζεται και λειτουργεί το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), με ένα μητρώο που το 1946 καταμετρά 224.354 ασφαλισμένους και 12.420 συνταξιούχους, δηλαδή ένα μικρό μέρος του εργατοϋπαλληλικού δυναμικού της χώρας (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:312-313).

Μέχρι το 1967 οι παραπάνω αριθμοί άγγιζαν τις 850.000, δείγμα της επέκτασης σε όλους του φορείς που υφίσταντο εξαρτημένη εργασία. Το 1945 ιδρύεται επίσης ο Οργανισμός Ανεργίας στο οργανόγραμμα του οποίου προστέθηκε και Λογαριασμός Οικογενειακών επιδομάτων, ενώ λίγο αργότερα η όλη δομή μετονομάζεται σε Οργανισμό Απασχολήσεων Εργατικού Δυναμικού ΟΑΕΔ. Οφείλουμε να σημειώσουμε ότι το 1961 ήταν το έτος σύστασης του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:312-313).

Αυτή την περίοδο αναφοράς τα ταμεία ασφάλισης εμφάνιζαν πλεονασματικούς προϋπολογισμούς, δίχως να μπορέσουν να κρατήσουν τα οφέλη μακροπρόθεσμα. Όπως προέβλεπε ο Α.Ν.1611/50 *«Περί καταθέσεων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και Ασφαλιστικών Ταμείων»* τα ασφαλιστικά ταμεία θα έπρεπε να καταθέτουν τα διαθέσιμά τους στην Τράπεζα της Ελλάδας, με επιτόκιο που όριζε κάθε φορά η Νομισματική Επιτροπή, με αποτέλεσμα να υπάρξει *«σημαντική απώλεια εσόδων καθώς το επιτόκιο των καταθέσεων αυτών οριζόταν σταθερά χαμηλότερο από το επιτόκιο ταμειευτηρίου των εμπορικών τραπεζών και συχνά χαμηλότερο και από τον πληθωρισμό»* (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:317).

Στα ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτής της περιόδου κυριαρχεί η απουσία ασφαλιστικής ενότητας (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:317). Η έλλειψη πνεύματος κοινής ασφαλιστικής αντίληψης οφείλεται τόσο στην κλαδική κατάτμηση σε φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης όσο και στην απουσία ενός κεντρικού οργάνου εποπτείας. Το αποτέλεσμα αυτού του πλέγματος δομών έγκειται στην παγίωση και αύξηση των ανισοτήτων μεταξύ ομάδων εργαζομένων σε επίπεδο καταβολής ασφαλιστικών εισφορών καθώς και παροχών. Η διάθεση πόρων υπέρ των ταμείων κάλυψης υψηλών εισοδηματικών ομάδων ασφαλισμένων είχε ως αποτέλεσμα να μεταφερθεί μέρος του κόστους της ασφαλιστικής τους κάλυψης στο σύνολο του πληθυσμού (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:317).

Στη συνέχεια, αυτές οι κατευθύνσεις εντάθηκαν μέσω και της πολυδιάσπασης του συνδικαλιστικού κινήματος, διαμορφώνοντας ένα πολύπλοκο πλέγμα συμφερόντων

και αντιθέσεων, αυξάνοντας ταυτόχρονα την ασφαλιστική ανισότητα και την πολιτικοσυνδικαλιστική πόλωση (Ζαρογιάννης, Λέανδρος 2010:318). Έτσι, κυρίως μετά το 1960 η μετάβαση από μια προβιομηχανική κοινωνία και οικονομία σε μία μετα-φορντική και μετα-βιομηχανική των υπηρεσιών διαμορφώθηκε σε ένα περιβάλλον πολιτικής αστάθειας, πατερναλισμού και πελατειακού συστήματος (Δικαίος 2010γ:330). Υπό αυτήν την έννοια, τα σημερινά προβλήματα στο πεδίο του κράτους πρόνοιας, όπως το χαμηλό επίπεδο παροχών, η γραφειοκρατική και αναποτελεσματική λειτουργία και τα διαχειριστικά ελλείμματα φέρουν αφετηριακό σημείο την περίοδο 1945-1967 (Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010:327). Μετέπειτα της πρώτης δικτατορίας των συνταματαρχών το καλοκαίρι του 1974 και κάτω από την πρόθεση της ελληνικής πολιτικής εξουσίας να συμμετάσχει στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα, το τοπίο για την κοινωνική πολιτική φαίνεται να αλλάζει (Δικαίος 2010γ:330).

Η σύνδεση του κράτους πρόνοιας με τα εθνικά κράτη φαίνεται πως επηρεάστηκε από το ρεύμα της οικονομικής παγκοσμιοποίησης, η οποία ευνόησε την άσκηση επιρροής στο εσωτερικό από υπερεθνικούς οργανισμούς, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση ή το Συμβούλιο της Ευρώπης (Βενιέρης 2011:155-166).

Μολονότι η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν αποτελεί μια διαμορφωμένη πολιτική οντότητα (Στεργίου 2011: 23), παρατηρήθηκε μια αντικατάσταση από την έννοια των δικαιωμάτων με εθνικοκεντρικά προσδιορισίμο περιεχόμενο, σε μια οικουμενικά προσδιοριζόμενη έννοια καθολικών ανθρώπινων δικαιωμάτων (Βενιέρης 2011:155-166). Ουσιαστικά, το ευρωπαϊκό όραμα καλούσε στην υιοθέτηση πολιτικών με σκοπό την υπερεθνική κοινωνική ευημερία, με πρωτοβουλίες τόσο του Συμβουλίου της Ευρώπης τη δεκαετία του 1960 όσο και η θεσπισμένη Ευρωπαϊκή Ένωση προς το τέλος της δεκαετίας του 1980 (Βενιέρης 2011:155-166).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 στην Ελλάδα, η κυβέρνηση του σοσιαλιστικού κόμματος ταυτίστηκε με την αύξηση των δημόσιων πολιτικών κοινωνικής προστασίας, δίχως να θεωρείται αποκλειστικό αποτέλεσμα της εισόδου της χώρας στην ΕΟΚ. Μέχρι και τις αρχές της επόμενης δεκαετίας, παρόλο που η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού κυμαινόταν σε υψηλά ποσοστά, δεν άλλαξαν τα επίπεδα της φτώχειας, καθώς η μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στο σύστημα συνταξιοδότησης. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές αυτές δεν κατάφεραν να ενοποιήσουν ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας (Σκαμνάκης 2011: 327-329).

Αργότερα, η Συνθήκη του Μάαστριχτ που τέθηκε σε ισχύ το 1993 με βάση την αρχή της επικουρικότητας, παρείχε την ευθύνη της οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η παραπάνω θέση αναδεικνύεται και στο σχέδιο συνθήκης για τη θέσπιση συντάγματος στην Ευρώπη όπως κατατέθηκε από την Ευρωπαϊκή Συνέλευση στις 20 Ιουνίου 2003 στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Θεσσαλονίκης. Συγκεκριμένα στο Άρθρο III-104 παρ. 5. προβλεπόταν πως οι ευρωπαϊκοί νόμοι

«δεν θίγουν την αναγνωρισμένη ευχέρεια των κρατών μελών να καθορίζουν τις θεμελιώδεις αρχές του δικού τους συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και δεν πρέπει να επηρεάζουν αισθητά την οικονομική ισορροπία του» (Πλιάκος 2003:179).

Παρά ταύτα, θέματα κοινωνικής πολιτικής απασχόλησαν τα Ευρωπαϊκά όργανα είτε στο πλαίσιο της ενιαίας αγοράς και της ελεύθερης κυκλοφορίας μεταξύ των συνόρων των μελών, είτε βάσει των κριτηρίων που έθετε η συμμετοχή στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση, η ίδρυση της οποίας είχε προβλεφθεί στην συνθήκη του Μάαστριχτ (Αγγελάκη 2011:371-374).

Σύμφωνα με το πλαίσιο στρατηγικής που υιοθετήθηκε μετά το 2001, η θέση των Ευρωπαϊκών Μηχανισμών λαμβάνει μια σαφή μορφή μέσω της εφαρμογής της ΑΜΣ (Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού) στον τομέα των συντάξεων, όμως μέσω της νομολογίας του ΔΕΚ (Δικαστηρίου Ευρωπαϊκής Κοινότητας) καθίσταται σαφές ότι η επίδραση της Ε.Ε δεν περιορίζεται σε ζητήματα οικονομικού ενδιαφέροντος, αλλά επεκτείνεται επίσης στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, θέτοντας υπό αμφισβήτηση την πεποίθηση ότι η τελευταία συνιστά αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών (Αγγελάκη 2011:371-374). Η ενασχόληση με τα θέματα της κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται άρρηκτα με τις δημογραφικές εξελίξεις και ειδικότερα με τους υψηλούς δείκτες γήρανσης² του ευρωπαϊκού πληθυσμού³ και ως εκ τούτου με την βιωσιμότητα των συστημάτων συνταξιοδότησης. Η αντιμετώπιση της δημογραφικής γήρανσης τέθηκε στο τραπέζι του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Στοκχόλμης. Εκεί, ως μέτρα αντιμετώπισης ελήφθησαν η ταχύρυθμη μείωση του χρέους, η αύξηση των ποσοστών

²Παρόλο που δεν υφίσταται μια ομοιόμορφη πραγματικότητα μεταξύ των κρατών μελών, ωστόσο, τα ποσοστά χαμηλής γονιμότητας και θνησιμότητας σε συνδυασμός με τις αυξητικές τάσεις των μεταναστευτικών ροών τη δεδομένη χρονική περίοδο, οδηγούν στην υπόθεση ότι ο συνολικός πληθυσμός της Ε.Ε. από 495,4 εκατ. που ήταν το 2008 θα αυξηθεί στα 520,1 εκατ. το 2035 (Αγγελάκη 2011:371-374).

³Για τη σύνδεση της κοινωνικής πολιτικής με τη βιοπολιτική βλ. Αλεξίου (2014) και Foucault (2012).

απασχόλησης και παραγωγικότητας και η μεταρρύθμιση των συστημάτων συντάξεων, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας (Αγγελάκη2011:371-374).

1.3 Δημογραφικοί προβληματισμοί πριν την κρίση

Η κρίση στις περιπτώσεις των δημόσιων, διανεμητικού τύπου, συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε στην ανάδυση προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και βιωσιμότητα. Η πολιτική της Ε.Ε. έθετε ως βασικό στόχο το συντονισμό των εθνικών νομοθεσιών κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των προσώπων που διακινούνται εντός της (Αγγελάκη 2011: 371-374). Το πλαίσιο συντονισμού και όχι εναρμόνισης⁴ βασίστηκε στην κατάργηση των εθνικών φραγμών όπως ο φόβος απώλειας των ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Σε αυτή τη λογική, το συνταξιοδοτικό δικαίωμα τέθηκε σε καθεστώς προστασίας όχι μόνο για όσους δηλώνουν οικονομική δραστηριότητα αλλά για όλους όσους κατέχουν την ιδιότητα του ευρωπαϊού πολίτη (Αγγελάκη2011: 375-377). Επιπροσθέτως, μέσω της ερμηνείας του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, το άρθρο 141 της Συνθήκης ΕΚ (πρώην άρθρο 119) έθεσε τη βάση της ισότητας μεταξύ των δυο φύλων σε σχέση με την ίση αμοιβή και δικαιώματα που λαμβάνουν (Αγγελάκη 2011: 382-384). Ειδικότερα το άρθρο 157 (πρώην άρθρο 141 της ΣΕΚ) ορίζει:

«1. Κάθε κράτος μέλος εξασφαλίζει την εφαρμογή της αρχής της ισότητας της αμοιβής μεταξύ ανδρών και γυναικών για όμοια εργασία ή για εργασία της αυτής αξίας.

2. Για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου, ως "αμοιβή" νοούνται οι συνήθεις βασικοί ή κατώτατοι μισθοί ή αποδοχές και όλα τα άλλα οφέλη, που παρέχονται άμεσα ή έμμεσα, σε χρήματα ή σε είδος, από τον εργοδότη στον εργαζόμενο, λόγω της σχέσεως εργασίας.

Η ισότητα αμοιβής, χωρίς διακρίσεις φύλου, συνεπάγεται:

α) ότι η αμοιβή που παρέχεται για όμοια εργασία που αμείβεται κατ' αποκοπή καθορίζεται με βάση την ίδια μονάδα μετρήσεως·

β) ότι η αμοιβή που παρέχεται για εργασία που αμείβεται με βάση τη χρονική διάρκεια είναι η ίδια για όμοια θέση εργασίας.

3. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, θεσπίζει μέτρα με τα οποία εξασφαλίζεται η εφαρμογή της αρχής των ίσων ευκαιριών και ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα εργασίας και

⁴Αυτό ισχύει καθότι τα κράτη μέλη διατηρούν το δικαίωμα καθαρισμού του τύπου των παροχών και των προϋποθέσεων χορήγησή τους (Αγγελάκη 2011: 375-377).

απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης της αρχής της ισότητας αμοιβής για όμοια εργασία ή για εργασία της αυτής αξίας.

4. Προκειμένου να εξασφαλισθεί εμπράκτως η πλήρης ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών στην εργασία, η αρχή της ίσης μεταχείρισης δεν εμποδίζει τα κράτη μέλη να διατηρήσουν ή να θεσπίσουν μέτρα που προβλέπουν ειδικά πλεονεκτήματα, τα οποία διευκολύνουν το λιγότερο εκπροσωπούμενο φύλο να συνεχίσει μια επαγγελματική δραστηριότητα ή προλαμβάνουν ή αντισταθμίζουν τα μειονεκτήματα στην επαγγελματική σταδιοδρομία».

Όσον αναφορά στον τομέα των συντάξεων, όπως έχει ήδη επισημανθεί το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Στοκχόλμης στις 24 Μαρτίου 2001 εισήγαγε την εφαρμογή ανοιχτής μεθόδου συντονισμού, ενώ το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ στις 16 Ιουνίου του 2001 ενέκρινε τρεις βασικές αρχές: επάρκεια – βιωσιμότητα και εκσυγχρονισμός των συνταξιοδοτικών συστημάτων-πλαίσιο εργασίας στον τομέα των συντάξεων (Αγγελάκη2011: 384-390).

Συγκεκριμένα οι παραπάνω αρχές μετουσιώθηκαν στους εξής στόχους (Αγγελάκη 2011: 384-390):

A) οριζόντια εξασφάλιση εισοδημάτων συνταξιοδότησης επαρκών για τη διατήρηση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και συμβατό με ένα πνεύμα αλληλεγγύης και δικαιοσύνης μεταξύ και εντός των γενεών.

B) εξασφάλιση οικονομικής βιωσιμότητας των δημόσιων και ιδιωτικών συνταξιοδοτικών συστημάτων, κάτω από την πίεση των δημοσιονομικών επιπτώσεων από την γήρανση του πληθυσμού μέσω των παρακάτω μέτρων:

1) υποστήριξη της παράτασης του επαγγελματικού βίου και της παραμονής των μεγαλύτερων ηλικίας εργαζομένων στην απασχόληση,

2) εξισορρόπηση των εισφορών και των παροχών με σωστό και κοινωνικά δίκαιο τρόπο,

3) προώθηση οικονομικά προσιτών και ασφαλών κεφαλαιοποιητικών και ιδιωτικών συνταξιοδοτικών συστημάτων.

Γ) Διάρθρωση των συνταξιοδοτικών συστημάτων με τρόπο που να εξασφαλίζεται η διαφάνεια, η προσαρμοστικότητα στις ανάγκες της κοινωνίας, η σωστή πληροφόρηση προς τους αποδέκτες ασφαλισμένους, η συναίνεση υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων.

Για την παρακολούθηση της υλοποίησης των στόχων, τα παραπάνω σημεία έπρεπε να ποσοτικοποιηθούν, ώστε να είναι συγκρίσιμα και να αξιολογείται βάσει αυτών, η όποια πρόοδος ή καθυστέρηση εφαρμογής τους. Η ανωτέρω διαδικασία έφερε στο

προσκήνιο τις δυσκολίες μεταφοράς στόχων, όπως η αλληλεγγύη στην γλώσσα των αριθμών, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση νέων δεικτών και τη χρονική καθυστέρηση με βάση τους αρχικό σχέδιο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Βαρκελώνης (Αγγελάκη 2011:384-390). Στη βάση όλων των παραπάνω, το ζητούμενο μετά τη συνθήκη του Μάαστριχ είναι η διασφάλιση της δημοσιονομικής σταθερότητας. Τα κείμενα εργαλεία προς αυτή την κατεύθυνση είναι οι *Γενικές Κατευθυντήριες Γραμμές Οικονομικής Πολιτικής* (ΓΚΓΟΠ) και το *Σύμφωνο Σταθερότητας*. Ο Συντονισμός και η μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων προβλέπεται έτσι και στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής και του συνταξιοδοτικού συστήματος, όπου η αδυναμία εκπλήρωσης των όρων επιφέρει την επιβολή κυρώσεων στο κράτος μέλος (Αγγελάκη 2011: 390 – 393).

Αυτή η διαδικασία μεταρρυθμίσεων που διαδέχθηκε τη μορφή του κράτους πρόνοιας τη δεκαετία του 1980 βρίσκεται ακόμη και σήμερα αντιμέτωπη με εσωτερικές προκλήσεις και ανάγκες. Όπως επισημαίνει η Αγγελάκη «*τα κράτη μέλη μπορεί να εξακολουθούν να διατηρούν την αρμοδιότητα αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων, τα συνταξιοδοτικά συστήματα αποτελούν ωστόσο την ίδια στιγμή ζήτημα κοινού ενδιαφέροντος*». Έτσι παρατηρείται από τη μία η θεσμική εξάρτηση του ελληνικού συστήματος και από την άλλη η αδυναμία του ευρωπαϊκού πλαισίου να αποτελέσει ουσιαστικό καταλύτη για τον απεγκλωβισμό του συστήματος από μια πορεία συνεχών μεταρρυθμίσεων «*πυροσβεστικού χαρακτήρα*» (Αγγελάκη 2011: 393-397).

Πρόκειται για μια υπανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής, η οποία δηλώνεται μέσω της κυριαρχίας των οικονομικών επί των πολιτικών ευρωπαϊκών θεσμών και ευρύτερα του οικονομικού επί του πολιτικού στοιχείου στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο, καθώς οι αρχές της καθολικότητας και της αλληλεγγύης υποχωρούν υπό το βάρος των αρχών της παγκόσμιας οικονομίας της αγοράς (Βενιέρης 2011: 155-166). Επίσης και η Στρατηγική 2020 θέτει το ζήτημα της αξιολόγησης της καταλληλότητας και της βιωσιμότητας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, ωστόσο το πλαίσιο ανάπτυξης της νέας στρατηγικής χαρακτηρίζεται από τον περιορισμό της δημόσιας δαπάνης μεταξύ άλλων και προς τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής. (Σκαμνάκης 2011: 327-329).

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι όπως φαίνεται και στην περίπτωση της στρατηγικής για το 2020, οι ρυθμίσεις, οι αποφάσεις και οι κανόνες διαμορφώνουν

ένα πλαίσιο ομοιομορφίας, όπου κοινές πρακτικές και μέθοδοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά ζητήματα που ανακύπτουν, δομώντας έτσι ένα ομοιόμορφο πλέγμα κανόνων διακυβέρνησης, το οποίο προσκρούει στην ιδιαιτερότητα των κοινωνικών συνθηκών των κρατών μελών, τη διαφοροποίηση που ενυπάρχει ως προς της δομές της οικονομίας καθώς και τις μορφές οργάνωσης του ίδιου του κράτους. (Σκαμνάκης 2011: 329-336).

Τα προβλήματα γύρω από τις συντάξεις δεν αποτελούν ένα σημερινού ενδιαφέροντος πεδίο. Η ιστορία όπως είδαμε, έχει ως αφετηρία τη δημοσιονομική εξέλιξη φτάνοντας στο σημείο του εκτροχιασμού. Η κυρίαρχη οπτική που παραγνωρίζει τις κοινωνικές επιπτώσεις εστιάζει στα οικονομικά του ζητήματος (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010: 15-17). Αυτό αποτελεί προϊόν των προθέσεων δημοσιονομικής εναρμόνισης με το μέσο ευρωπαϊκό όρο, θέτοντας ως βασική προτεραιότητα τη βιωσιμότητα και μείωση του ελλείμματος και όχι την επάρκεια (Σκαμνάκης 2011:329-336).

Ο Σπυριδάκης (2013:50-51) μιλά για μια *«μετάβαση από την «κοινωνία της αφθονίας» σε μια άλλη, διαφορετική, κυρίαρχο γνώρισμα της οποίας είναι η ολοένα και μεγαλύτερη εργασιακή ανασφάλεια και αβεβαιότητα»* η οποία κυοφορεί *«βίαιες αλλαγές στον κόσμο της εργασίας, τα κοινωνικά πρότυπα, το κοινωνικό κράτος και φυσικά τις συνδεδεμένες με αυτήν πολιτικές»*. Η εστίαση στους οικονομικούς δείκτες συνδέεται όμως με τη διάχυση μιας κοινωνικής ανασφάλειας του πληθυσμού των κρατών μελών, καθώς σύμφωνα με τον Bauman (2012:86) *«σε μια κανονική σύγχρονη κοινωνία, η τρωτότητα και η ανασφάλεια της ύπαρξης και η αναγκαιότητα να ζει και να ενεργεί κανείς υπό συνθήκες οξείας κι αθεράπευτης αβεβαιότητας, εξασφαλίζονται με την έκθεση των επιδιώξεων της ζωής στις διαβόητα ιδιότροπες και εγγενώς απρόβλεπτες δυνάμεις της αγοράς»*.

1.4 Τα νέα νομοθετικά όρια και η ρευστή πραγματικότητα

Στη βάση των παραπάνω, πλήθος καταγεγραμμένων απόψεων προερχόμενων και από το πεδίο της επιστήμης, μίλησαν για μια αύξηση των κοινωνικών δαπανών πριν την περίοδο της κρίσης και ειδικότερα για το πρόβλημα του ποσοστού που απορροφάται

στην παροχή συντάξεων. Σχολιάζοντας την ελληνική πραγματικότητα οι Μπουτιού και Σαράφης (2013:151) ανέφεραν χαρακτηριστικά:

«Η μεγάλη ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας την περίοδο πριν την κρίση οδήγησε στην αύξηση της κοινωνικής δαπάνης (σύμφωνα με τη Eurostat, από 23,6% το 2004 σε 26% το 2008), το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφορά τις συντάξεις. Οι συντάξεις προβλέπεται ότι θα ανέλθουν στο 21% του ΑΕΠ το 2014 και στο 21,4% το 2060, όταν τα αντίστοιχα ποσά για την ΕΕ είναι 12,3% και 12,5%».

Σύμφωνα με τους Στεργίου και Σακελλαρόπουλο (2010:15-16), το Ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα είναι ένα δημόσιο, υποχρεωτικό, «ανταποδοτικό» σύστημα το οποίο «δεν αναπτύχθηκε στη βάση ενός ενιαίου προγραμματισμού» με συνέπεια να εμφανίζεται πολύπλοκο κι ελάχιστα διαφανές και τα «γενικά του προβλήματα αντιμετωπίστηκαν την ώρα των αδιεξόδων με την λογική του περιορισμού των ελλειμμάτων».

Το 2010, εκδόθηκε το συλλογικό έργο με τίτλο «Η ασφαλιστική μεταρρύθμιση: Πόρισμα, εισηγήσεις, άρθρα», στο πρώτο μέρος του οποίου αναφέρονται τα σημεία σύγκλισης σε σχέση με τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος στη χώρα, όπως αυτά προέκυψαν από την Επιτροπή Ειδικών για το Ασφαλιστικό. Εκεί προτείνεται η οικονομική βιωσιμότητα του θεσμού δίχως να χάνουν έδαφος οι κοινωνικοί στόχοι, δηλαδή ταυτόχρονη οικονομική και κοινωνική προτεραιότητα. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις του παρελθόντος θα πρέπει να δώσουν τη θέση τους σε ένα σαφές και «ορατό σχέδιο αλληλεγγύης», μέσω της επανεξέτασης των θεμελιωδών στόχων του ασφαλιστικού συστήματος.

Η στοχοθεσία θα πρέπει να συμφωνεί με τα συνταγματικά θεσπισμένα, τις Διεθνείς Συμβάσεις Εργασίας, τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη, τον Ευρωπαϊκό Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας και τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Επίσης, η στοχοθεσία θα πρέπει να βρίσκεται σε μια φάση εναρμονισμένης συνύπαρξης με τους οικονομικούς στόχους, δίχως η οικονομική εξυγίανση να λειτουργεί εις βάρος της βιωσιμότητας της κοινωνικής ασφάλισης (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:15-17). Όλα αυτά δεν μπορούν να ανατραπούν υπό την προϋπόθεση του δημοσίου και υποχρεωτικού χαρακτήρα ως θεμελιώδους αρχής της κοινωνικής ασφάλισης. Με αυτή την παραδοχή, η «κρατική εξουσία είναι ο εγγυητής της υπόστασης του συνταξιοδοτικού συστήματος» και το «κράτος φέρει την κύρια ευθύνη για την κάλυψη των ελλειμμάτων

των ασφαλιστικών οργανισμών». Επιπλέον, ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της ασφάλισης συνδέεται με την κοινωνική αλληλεγγύη και επιβεβαιώνει τον αναδιανεμητικό του χαρακτήρα (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:17-18).

Επόμενο βασικό χαρακτηριστικό είναι η καθολικότητα της προστασίας για ολόκληρο τον πληθυσμό της κοινωνίας, ακόμη και για αυτούς, οι οποίοι δεν κατάφεραν να συγκεντρώσουν *«επαρκή χρόνο ασφάλισης για μια αξιοπρεπή σύνταξη»*. Σε αυτή την περίπτωση, η *«διαφορετικότητα στις συνθήκες απασχόλησης δεν δικαιολογεί μια υποδεέστερη προστασία, αλλά μόνο κατάλληλες προσαρμογές»*. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων είναι μια ευκαιρία εκλογίκευσης της κοινωνικής ασφάλισης (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:18).

Σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και αλληλεγγύης, βασική προτεραιότητα είναι η διατήρηση του βιοτικού επιπέδου μετά τη συνταξιοδότηση, δηλαδή η εγγύηση του κεκτημένου βιοτικού επιπέδου. Αυτό περιλαμβάνει την οικονομική ασφάλεια και τη διατήρηση του επιπέδου διαβίωσης μετά το τέλος της εργασίας και τη ζωή στη συνταξιοδότηση. Ο ανωτέρω σκοπός θεωρείται κατάκτηση του εργαζομένου μέσω της καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών κατά τη διάρκεια της εργασίας. Υφίσταται έτσι, μια μορφή ανταποδοτικής δικαιοσύνης και ισότητας με την αναλογία συνταξιοδοτικών παροχών με τις εισφορές και το χρόνο ασφάλισης (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:18-19). Μια επίσης σημαντική παράμετρος είναι η εγγύηση ενός ελάχιστου αξιοπρεπούς ορίου διαβίωσης όχι μόνο για εμάς αλλά και για τους άλλους, καθώς η καταβολή εισφορών προς το θεσμό συμβάλλει στην κοινωνική αλληλεγγύη (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:19-20).

Όλα τα παραπάνω θα μπορούν να συμβάλλουν και στη βιωσιμότητα του θεσμού που είναι ένας από τους σημαντικούς στόχους. Η όλη διαδικασία όπως καταγράφεται φέρει τη μορφή ενός συμβολαίου ανάμεσα στις γενιές και το σύστημα θα πρέπει να προσαρμόζεται με ένα τρόπο προοδευτικό (όχι αιφνίδιο) και επαρκή στα εκάστοτε δημογραφικά και οικονομικά δεδομένα. Εδώ η έννοια της αλληλεγγύης δεν σηματοδοτεί τη μεταφορά πόρων μέσα στην ίδια γενιά, καθώς μέσω της κοινωνικής ασφάλισης μεταφέρονται πόροι από τους ενεργούς στους συνταξιούχους και οι δεσμοί ανάμεσα στις γενεές βασίζονται στις αξίες της αμοιβαιότητας και της αλληλεγγύης. Στο πόρισμα της επιτροπής, η διαγενεακή ισότητα επιβάλλει έναν ανάλογο επιμερισμό των

θυσιών, μια ανάλογη κατανομή του βάρους των μεταρρυθμίσεων (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:20-22).

Ένα επιπλέον απαιτούμενο είναι η εμπιστοσύνη και η αλληλεγγύη στη στήριξη του θεσμού από τους πολίτες/ασφαλισμένους και την αξιοπιστία-διαφάνεια από την πλευρά του κράτους. Κάτω από τις παραπάνω σκέψεις, οι συνομιλητές κατέληξαν και πρότειναν τη δημιουργία ενός εξισορροπημένου συστήματος με κύρια χαρακτηριστικά την αύξηση των πόρων του συστήματος (χωρίς αύξηση των εισφορών) και την εκλογίκευση των παροχών (εκλογίκευση διανομής των πόρων) (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:23-24). Έτσι, στη νέα αρχιτεκτονική του συνταξιοδοτικού συστήματος αποσαφηνίζονται χωριστά η λογική της ασφάλισης και οι μηχανισμοί της αλληλεγγύης. Όπως αναφέρουν συγκεκριμένα *«θα πρέπει να είναι ορατό «τι» εισφέρει ο καθένας και «τι» νομιμοποιείται να προσδοκά από την κοινωνία»* καθώς η *«σύγχυση μεταξύ ασφάλισης και αλληλεγγύης στο σύστημά μας οδηγεί σε ένα αδιαφανές σύνολο που στο βάθος δεν ικανοποιεί κανένα από τα δύο»*. Σε αυτή τη βάση, το *«κοινωνικό τμήμα της σύνταξης θα κατευθύνεται σε όσους το έχουν ανάγκη (κατόπιν ελέγχου πόρων)»* και το *«αναλογικό μέρος της σύνταξης θα ανταμείβει όσους έχουν συμβάλει στη χρηματοδότηση του συστήματος και θα ανταποκρίνεται στην εισφοροδοτική τους προσπάθεια»*.

Ένα δεύτερο μέτρο που προτείνεται, πάνω στη διττή φύση της σύνταξης, αναφέρεται στην πηγή χρηματοδότησης όπου η βασική σύνταξη δίχως ασφαλιστικές εισφορές καλείται να αντληθεί από την εθνική αλληλεγγύη (δηλαδή την φορολογία). Πέραν του επερχόμενου εξορθολογισμού και της διαφάνειας, με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται κίνητρα ασφάλισης μέσω της αύξησης της αναλογικότητας. Υπό αυτή την έννοια μεταφέρεται το βάρος στο ίδιο το υποκείμενο για την αποχώρηση προς την συνταξιοδότηση, δηλαδή τα όρια ηλικίας, αποδεσμεύοντας το από το τυποποιημένο όριο με τιμωρία (πριν) και επιβράβευση (μετά) (Στεργίου και Σακελλαρόπουλος 2010:63-70). Ποιά ήταν ωστόσο τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην ελληνική εργασιακή πραγματικότητα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας;

Το 2008 ήταν η αρχή μιας οικονομικής κρίσης που το 2014 οδήγησε την ανεργία στο ποσοστό του 25.6% και στην επιμονή των δανειστών της χώρας στη συνέχιση των σκληρών μέτρων λιτότητας, τα οποία περιελάμβαναν *«διαδοχικές περικοπές σε μισθούς και συντάξεις»*, προωθώντας τις *«ευέλικτες σχέσεις εργασίας»* περιορίζοντας σημαντικά

τα εργασιακά δικαιώματα επιβάλλοντας μια «δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών» την ώρα που αυξάνονταν οι άμεσοι και έμμεσοι φόροι (Πετμεζίδου 2015:93). Στα οριζόντια μέτρα προστέθηκε και η αναστολή κάθε είδους πρόσληψης στο δημόσιο τομέα και μη αντικατάστασης όσων αποχωρούσαν και συνταξιοδοτούνταν (Νιάκας 2014:3).

Η θεμελίωση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος «*επέρχεται όταν ο ασφαλισμένος πληροί σωρευτικά τις ακόλουθες δύο προϋποθέσεις: α) Έχει συμπληρώσει το όριο ηλικίας για συνταξιοδότηση και β) έχει πραγματοποιήσει τον απαιτούμενο χρόνο ασφάλισης για τη λήψη του ποσού που αναλογεί*» (Σταμάτη και Νάτσης 2013:3).

Σύμφωνα με όσα προβλέπονται στο νόμο 4336/2015 «*Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης*», οι εργαζόμενοι που επηρεάζονται από τις αλλαγές του ορίου συνταξιοδότησης καθώς και του υπολογισμού των συντάξιμων αποδοχών είναι όσοι δεν έχουν εδραιώσει δικαίωμα μέχρι την ημερομηνία της 19^{ης} Αυγούστου 2015. Όσοι έχουν διανύσει 35 χρόνια εργασίας, απαιτείται να εργαστούν ακόμη πέντε χρόνια. Ουσιαστικά, το όριο των 62 ετών που οδηγούσε στη συνταξιοδότηση αυξήθηκε στα 67.

Όπως προβλέπεται στο κείμενο επεξεργασμένου νομοθετικού λόγου στο άρθρο 1 παράγραφο ι 4:

«Το κατώτατο όριο σύνταξης, όπως αυτό ισχύει με βάση τις διατάξεις της παρ. 5, δεν έχει εφαρμογή για όσους έχουν αποχωρήσει ή αποχωρούν από την Υπηρεσία από 1.7.2015 και μετά και δεν έχουν συμπληρώσει το 67ο έτος της ηλικίας και παραμένει αμετάβλητο κατά ποσό μέχρι 31.12.2021».

Κάτω από την επίδραση των μνημονιακών πολιτικών τα δυο φύλα πλήττονται ιδιαίτερα από το νέο καθεστώς. Οφείλουμε να σημειώσουμε ότι οι γυναίκες στο όνομα της ισότητας που διαβάσαμε στις αποφάσεις των Ευρωπαϊκών οργάνων σε προηγούμενο μέρος, χάνουν ένα μέρος των ασφαλιστικών τους δικαιωμάτων (Κορωναίου 2010:52).

Για παράδειγμα, η δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης των μητέρων⁵ εργαζομένων με ανήλικο παιδί η οποία έχει καταργηθεί με τον Ν.3863/2010 «Νέο

⁵Σύμφωνα με την Λυκογιάννη (2010:245) «όλες οι γυναίκες επιδίδονται καθημερινά στον ατελείωτο αγώνα να συνδυάσουν στο χώρο και τον χρόνο την αμειβόμενη εργασία με την φροντίδα της οικογένειας. Εκτός από τις ώρες που αφιερώνουν στη δουλειά τους οι γυναίκες αυτές μαγειρεύουν, καθαρίζουν και

Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις». Τα 62 έτη παρέμειναν μόνο για όσες και όσους εργαζόμενες και εργαζόμενους είχαν συμπληρώσει 40 χρόνια εργασίας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στο νόμο 4387/2016 «*Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις*» διαμορφώνεται και ο νέος τρόπος υπολογισμού της σύνταξης, της επικούρησης και του εφάπαξ, με βάση την αλλαγή του υπολογισμού των εισφορών.

Το ανωτέρω πλαίσιο, ο Bourdieu (2001:34-35) το ονομάζει λόγοι και αντίλογοι για την κοινωνική Ευρώπη, προσθέτοντας ότι «είναι δυνατόν σήμερα να καταρτίζονται «κοινωνικοί χάρτες» και την ίδια στιγμή να συνδυάζονται μισθολογική λιτότητα, μείωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, καταστολή των κινημάτων αμφισβήτησης Κ.Ο. Προς το παρόν, η «ευρωπαϊκή οικοδόμηση» αποτελεί μια «κοινωνική κατεδάφιση».

1.5 Οι επιπτώσεις για τους εργαζόμενους

Οι τεχνολογικές εξελίξεις και αλλαγές τροποποίησαν το παραγωγικό σύστημα μεταβάλλοντας παράλληλα και τον κόσμο της εργασίας, επιφέροντας μείωση των θέσεων εργασίας, επιβολή νέων ειδικοτήτων, μεταβολή του περιβάλλοντος εργασίας και απαίτηση απόκτησης νέων προσόντων (Σακελλαρόπουλος 1993:84). Ουσιαστικά, αυτές οι εξελίξεις έδωσαν χαρακτήρα αβεβαιότητας στο παρόν και το μέλλον της εργασίας, μέσα σε μια δυική κοινωνία στην οποία η διάσπαση της αγοράς εργασίας και η εξατομίκευση των εργασιακών σχέσεων⁶, κυριαρχούν (Σακελλαρόπουλος 1993:84).

Σύμφωνα με την Ζήση (2012: 127) οι «*ραγδαίες κοινωνικό –οικονομικές εξελίξεις σε παγκόσμιο επίπεδο, κύριες εκδηλώσεις των οποίων είναι η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, έχουν προκαλέσει σοβαρές*

ασχολούνται με τη φροντίδα των παιδιών και / ή τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους. Η αμειβόμενη εργασία αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την διαμόρφωση της καθημερινής τους ζωής και συχνά συνδέεται με τις ανάγκες της οικογένειας. Αποτελεί όχι μόνο το μέσο για την εξασφάλιση εισοδήματος, αλλά και μια σημαντική δραστηριότητα που λειτουργεί ως η βάση πάντων στην οποία διαμορφώνεται το ατομικό σύστημα νοηματοδότησης και της προσωπικής τους ταυτότητας»

⁶Βλ. αναλυτικά τη σχετική ετήσια έκθεση του 2014 (Γεωργιάδου κ.α. 2015).

επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, σωματική και ψυχική. Όσο αυξάνονται οι εισοδηματικές ανισότητες και αποδυναμώνονται οι καθολικές κοινωνικές πολιτικές, τόσο τα άτομα και οι πληθυσμοί των χωρών θα αρρωσταίνουν, θα υποφέρουν ψυχικά και θα πεθαίνουν πρόωρα. Πρόκειται για σοβαρές παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι οποίες μπορούν να αποτραπούν με την δικαιότερη κατανομή του εισοδήματος και του παραγόμενου πλούτου και την εφαρμογή μιας καθολικής κοινωνικής πολιτικής και αλληλεγγύης».

Η θεσμοθέτηση των παραπάνω πρόσφατων νομοθετημάτων, δεν είναι άλλο παρά η νομική αποτύπωση των επιπτώσεων της κρίσης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, ως προς τα εισοδήματα και τη συνταξιοδότηση (Κορωναίου 2010:30), αυξάνοντας το πολυαναφερόμενο στις μέρες μας «εργασιακό στρες». Το εργασιακό στρες δεν είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο αλλά φέρει ένα διαχρονικό χαρακτήρα, εμφανίζοντας όμως σήμερα μια ποιοτική και ποσοτική αλλαγή σε σχέση με το παρελθόν, υπό το βάρος της ενίσχυσης του φόρτου εργασίας, της εντατικοποίησης των ρυθμών εργασίας λόγω της πίεσης από τους εργοδότες και τους πελάτες και του αποκλεισμού των εργαζομένων από το σύστημα λήψης αποφάσεων (Κορωναίου 2010:33).

Η μετάβαση στα νέα εργασιακά περιβάλλοντα, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στην οικογενειακή και την προσωπική ζωή, την εκπαίδευση και τις εκτός εργασίας δραστηριότητες των εργαζομένων (Κορωναίου 2010:39). Σε ένα πλαίσιο ρευστότητας και αβεβαιότητας, *«οι εργαζόμενοι, όχι μόνο δεν αποφασίζουν για τον εργάσιμο χρόνο και κατά συνέπεια για τον ελεύθερο και οικογενειακό χρόνο τους, αλλά εξαναγκάζονται να είναι μονίμως διαθέσιμοι (απασχολήσιμοι), τινάζοντας στον αέρα την προσωπική τους ζωή, τη σωματική και πνευματική τους ισορροπία»* (Κορωναίου 2010:50).

Το ελληνικό παράδειγμα δεν είναι μοναδικό. Πολλοί σύγχρονοι θεωρητικοί, αναφερόμενοι και σε άλλα παραδείγματα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούν ότι τα επιχειρήματα των αρμοδίων στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής εμφανίζουν «μια εντελώς διαφορετική ηχώ» σε σχέση με το παρελθόν καθώς «βασίζονται στη νεοφιλελεύθερη εξατομίκευση και σε οικονομίστικης μορφής υποχρεώσεις μεταξύ των γενεών» (Narotzky 2017:163).

Σε αυτή την μετάβαση η «έννοια της «βιωσιμότητας», δηλώνει την «οικονομική ισορροπία των προϋπολογισμών» και όχι την πραγματική της σχέση με τη «δέσμευση της ανθρωπότητας για την κοινωνική αναπαραγωγή» (Narotzky 2017:163-164).

Συγκεκριμένα, η βιωσιμότητα των δημοσίων συνταξιοδοτικών συστημάτων πλαισιώνεται από «έννοιες της οικονομικής λογοδοσίας και της αειφορίας, με την πλευρά της συλλογικότητας να υποκαθίσταται από την άθροιση συνεισφοράς και απολαβών των ατόμων κάθε ηλικιακής κατηγορίας» (Narotzky 2017:164). Ουσιαστικά, η «ηθική ευθύνη του κράτους ως εγγυητής της κοινωνικής αναπαραγωγής του έθνους, δηλαδή μια υπερβατικής και φαντασιακής κοινότητας πολιτών αντικαθίσταται από μια τεχνοκρατική λογιστική διαδικασία που μεταφέρει ολοκληρωτικά την ευθύνη για την κοινωνική αναπαραγωγή σε κάθε άτομο ξεχωριστά» (Narotzky 2017:164).

Σε αυτή την κατεύθυνση συνδράμουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλοντας τη γλώσσα των ειδικών, οι οποίοι μιλούν για μια «*άδικη*» κατάσταση που λαμβάνει χώρα «μέσω των μεταβιβάσεων από την ενεργή ηλικιακή κατηγορία προς την αριθμητικά αυξανόμενη ανενεργή ηλικιακή κατηγορία» δηλαδή «ότι η γηραιότερη γενιά στερεί πράγματα από την νεότερη, ενώ οι προοπτικές συνέχισης αυτών των μεταβιβάσεων στο μέλλον είναι δυσοίωνες λόγω των δημογραφικών και οικονομικών συνθηκών» (Narotzky 2017:164).

Η αντιπαράθεση μεταξύ των γενεών προβάλλεται από τα ΜΜΕ ως η «μεγαλύτερη» που εκπροσωπείται στα συνδικάτα γενιά και η οποία προσπάθησε «να παγιώσει τα τρέχοντα ωφελήματά της» και η «νεότερη» γενιά η οποία «συμβάλλει στις συντάξεις μέσω της φορολογίας του τρέχοντος εισοδήματός της – επομένως στερείται και τη χρήση ενός μέρους του – μη έχοντας καμία προοπτική να απολαύσει τα ίδια προνόμια στο μέλλον» (Narotzky 2017:165).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι «ενεργές γενιές είναι αναγκασμένες να εξαρτώνται ολοένα και περισσότερο από τους συνταξιούχους γονείς τους προς διασφάλιση εισοδήματος, κατοικίας και φροντίδας» και οι «συνταξιοδοτημένες γενιές προσδοκούν να δουν τις υποχρεώσεις τους να ελαττώνονται και επιτέλους να απολαμβάνουν τη φροντίδα των παιδιών τους» (Narotzky 2017:166). Η παραπάνω συνθήκη «δημιουργεί μια ερμαφρόδιτη κατάσταση και ένα μόνιμο αίσθημα ανεπάρκειας σχετικά με τις οικογενειακές υποχρεώσεις τους και την προσωπική τους αξία» (Narotzky 2017:166).

Η λογική της αγοράς και η διαχείριση των οικονομικών ελλειμμάτων του δημοσίου τομέα για να θυμηθούμε τον Bauman (2012:86-87), διάβρωσε «τα θεμέλια της υπαρξιακής ασφάλειας» και άφησε «το φάσμα της κοινωνικής υποβάθμισης, της

ταπείνωσης και του αποκλεισμού να αιωρείται πάνω από τα περισσότερα μέλη της κοινωνίας». Το κενυσιανό μοντέλο «απορρίπτεται ως πολυτέλεια μπροστά στην όξυνση των εργασιακών προβλημάτων» (Κορωναίου 2010:52). Υπό αυτή την έννοια, ακόμη και ο ελεύθερος χρόνος των εργαζομένων, «εμφανίζεται τώρα περισσότερο ως απειλή παρά ως δικαίωμα, καθώς το ενδεχόμενο να κυριαρχήσει ολοκληρωτικά ταυτίζεται με την ανεργία με την ελαστική εργασία, τη μείωση των εισοδημάτων και τη συνεπαγόμενη κοινωνική περιθωριοποίηση» (Κορωναίου 2010:52).

Πέραν της κοινωνιολογίας και η επιστήμη της ψυχολογίας προσεγγίζει χρησιμοποιώντας μοντέλα ερμηνείας την εποχή του Job Burnout (Maslach et. al 2001), όπου ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες εργασίας μετατρέπονται σε μια εξόχως σημαντική παράμετρο των ψυχικών προβλημάτων που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι (Κοϊνης κ.α. 2014:9).

Θεσπισμένοι μηχανισμοί, όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, προέβησαν σε μια καταγραφή των χαρακτηριστικών που εμφανίζουν οι συνθήκες εργασίας, οι οποίες ενδέχεται να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Μεταξύ των κινδύνων τοποθέτησαν τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, τις αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες όσον αφορά στο ρόλο του εργαζόμενου, την έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τον εργαζόμενο και έλλειψη επιρροής στον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας, την κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, την εργασιακή ανασφάλεια, την αναποτελεσματική επικοινωνία, την έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή τους συναδέλφους και την ψυχολογική και σεξουαλική παρενόχληση και βία που ασκείται από τρίτους⁷. Ανάμεσα σε αυτούς τους τόπους εργασίας σύμφωνα με τους Σαρίδη κ.α. (2016), βρίσκουμε και τα νοσοκομεία, καθώς «αποτελούν μια από τις πλέον επικίνδυνες βιομηχανίες, καθώς οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους».

⁷Βλ. πλήρες κείμενο ανακοίνωσης: <https://osha.europa.eu/el/themes/psychosocial-risks-and-stress>

1.5.1 Επιπτώσεις στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας

Τα προβλήματα της ανισότητας και ανεπάρκειας του συστήματος υγείας δεν μπόρεσαν να διορθωθούν ούτε με την ίδρυσή του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983.

Η συμφωνία διάσωσης το 2010 μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης και των Τρόικα, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, θέτοντας ως στόχο τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη μείωση των ανισοτήτων με την συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας, τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) έγινε νόμος του ελληνικού κράτους το 2011 (3918) (Πετμεζίδου 2015:95-96). Ωστόσο, οι αλλαγές που επήλθαν εισήγαγαν νέα τέλη στους πολίτες, μειώνοντας το φάσμα των δημόσια προσφερόμενων υπηρεσιών στην υγεία (Πετμεζίδου 2015:95-96), την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την πρόσβαση στις παροχές υγείας (Economou et al 2014).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μειώθηκαν και συγχωνεύθηκαν κλινικές και νοσοκομεία, μειώθηκε το προσωπικό μέσω απολύσεων και παγώματος προσλήψεων και περικόπηκαν οι φαρμακευτικές δαπάνες ⁸ (Πετμεζίδου 2015:100-102). Στη νέα πραγματικότητα, τα θετικά αποτελέσματα που υπήρξαν ως προς τη «*συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος*» υλοποιήθηκαν «*εις βάρος των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ίσης πρόσβασης και της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες*» (Πετμεζίδου 2015:114).

Ο Νιάκας μας μεταφέρει την παρακάτω εικόνα:

«Υπάρχουν νοσηλευτικές μονάδες στις οποίες η προσέλευση των ασθενών δημιουργεί τραγικές καταστάσεις άσκησης της τριτοβάθμιας περίθαλψης στους διαδρόμους. Την ίδια στιγμή αναξιοποίητες κλίνες σε μονάδες εντατικής θεραπείας λόγω έλλειψης του αναγκαίου προσωπικού, ο μεγάλος αριθμός ράντζων στα νοσοκομεία κατά και μετά την εφημερία και η αναξιοποίητη τεχνολογία, φαίνεται να αποτελούν μόνιμα χαρακτηριστικά που ακόμη και για τους υπεύθυνους της πολιτικής υγείας είναι ένα σύνθηρες φαινόμενο» (Νιάκας 2014:3).

⁸Όπως πληροφορούμαστε «η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (συμπεριλαμβανομένου και του λοιπού υγειονομικού υλικού) μειώθηκε από 6,05 δις το 2009 σε 3,5 δις το 2012 με τάση συνεχούς μείωσης, ενώ οι δαπάνες για την νοσοκομειακή περίθαλψη από 7,88 δις έφτασαν τα 7,05 δις και της εξωνοσοκομειακής από 2,17 σε 1,44 δις αντίστοιχα, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ» (Νιάκας 2014:4).

Όπως πληροφορούμαστε σε πρόσφατη έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ για τον νοσηλευτικό τομέα «το 35% των οργανικών θέσεων είναι κενό» και η γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού διαφαίνεται από τον μέσο όρο υπηρεσίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού ο οποίος αντιστοιχεί στα 25 έτη⁹.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τονισθεί ότι την περίοδο των μνημονίων η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών βρίσκεται ήδη αντιμέτωπη με δομικές ανισοροπίες και αστοχίες του συστήματος υγείας. Προβαίνοντας σε μια συγκριτική παρουσίαση των ειδικοτήτων που εργάζονται στην υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο Πλατής διαπιστώνει (2017:4):

«το 2013 η Ελλάδα είχε 6,29 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους (καταγράφοντας μεγάλη αύξηση από το 2000, όταν είχε 4,33 γιατρούς). Η διαφορά είναι μεγάλη από τις άλλες χώρες. Η Αυστρία, που ήταν δεύτερη στην κατάταξη, είχε 4,99 γιατρούς και η τρίτη στη σειρά Γερμανία είχε 4,05 γιατρούς ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 3,27 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 2013 στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 3,62 Νοσηλεύτριες /ές σε 1.000 κατοίκους (από 2,72 το 2000). Χαμηλότερο αριθμό από την Ελλάδα είχαν μόνο το Μεξικό (2,62) και η Τουρκία (1,83), ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 9,09 Νοσηλεύτριες/ές για 1.000 κατοίκους».

Οι νέες πολιτικές κατευθύνσεις εφαρμόζονται για τα επαγγέλματα «φροντίδας ή πρόνοιας» τα οποία έχουν ήδη «αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης στρεσιογόνων καταστάσεων», καθώς το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι οι στενές διαπροσωπικές σχέσεις (Κορωναίου 2010:331-32). Πρόκειται για ένα περιβάλλον αποτελούμενο από «πολυποίκιλες ομάδες ανθρώπων με διαφορετική μόρφωση, αξίες, στόχους, συμφέροντα, κοινωνική καταξίωση, κουλτούρα και νοοτροπία συνεργάζονται για την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς» (Τσίλια κ.α. 2014:205).

Το εργασιακό άγχος αυξάνεται κύρια λόγω της φύσης του πεδίου εργασίας και δεύτερον λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης μέσα στο πεδίο της εργασίας όπως προαναφέραμε. Όπως κατέδειξε έρευνα σχετικά με τους νέους και τους αναδυόμενους κινδύνους (ESENER), η οποία υλοποιήθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (EU-OSHA) το 2014, το

⁹ Βλ. πλήρες άρθρο <http://www.protothema.gr/greece/article/673671/ereuna-tis-poedin-gia-tous-nosileutes-to-35-ton-organikon-theseon-einai-keno/>

εργασιακό άγχος φέρει πρωταγωνιστικό ρόλο και γεννιέται μέσα από τα παρακάτω αίτια:

«Η εργασιακή ανασφάλεια ή η εργασιακή αναδιοργάνωση θεωρούνται ως η συνηθέστερη αιτία εργασιακού άγχους στην Ευρώπη (72%). Στην δεύτερη θέση κατατάσσονται το ωράριο ή ο φόρτος εργασίας (66%). Εξάλλου, οι νεότεροι εργαζόμενοι ηλικίας 18 έως 34 ετών, κατατάσσουν τις δύο αυτές αιτίες στην υψηλότερη θέση (αμφότερες στο 69%), οι δε εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ή της περίθαλψης επιλέγουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τον μέσο όρο την κατηγορία «ώρες/ φόρτος εργασίας»(77%). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε χώρες με υψηλότερο επίπεδο δημόσιου χρέους αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την εργασιακή ανασφάλεια ή την εργασιακή αναδιοργάνωση ως αιτία του εργασιακού τους άγχους» (Δημουλάς κ.α. 2015:13).

Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα έρευνας της Piko (2003) σε δείγμα νοσηλευτών και εκπαιδευόμενων νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία της Ουγγαρίας, σύμφωνα με τα οποία η εργασίας ως νοσηλευτής/τρια συνιστά ένα στρεσογόνο επάγγελμα.

- Επιπτώσεις στη σχέση με τους ασθενείς.

Απαιτούνται προσεκτικοί χειρισμοί καθ' όλη τη διάρκεια παροχής έργου και ιδιαίτερα στη σχέση ιατρών και λοιπού **προσωπικού με τους ασθενείς** (Bradby 2010:338-340). Η Nettleton (2002:190) παραπέμποντας στον Freidson επισημαίνει μια σχέση συγκρουσιακή παρά συναινετική, καθότι πρόκειται για μια δυνητική σύγκρουση ανάμεσα στους ξεχωριστούς κόσμους εμπειρίας και αναφοράς του κοινού ανθρώπου και των επαγγελματιών. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης και της επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού των δομών υγείας και σε όσους προσφέρονται υπηρεσίες τέθηκε προς διερεύνηση φέροντας άλλοτε αρνητικό και άλλοτε θετικό πρόσημο όπως καταγράφεται στα συμπεράσματα μεταξύ άλλων της έρευνας των Γούλα κ.α. (2017). Κοινός τόπος των περισσότερων απόψεων είναι ότι η ποιότητα των υπηρεσιών εξαρτάται από τη σύνθεση, την επάρκεια και την επιστημονική κατάρτιση του εργαζόμενου δυναμικού.

- Επιπτώσεις ψυχικής και κοινωνικής υγείας

Σε μια προσέγγιση γύρω από τη νοσηρότητα του προσωπικού στο χώρο της υγείας, η ανασκόπηση των βιβλιογραφικών πηγών συγκλίνει στη σταδιακή κλιμάκωση ψυχιατρικών προβλημάτων «όπως επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική, ψυχική), κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής» των εργαζομένων (Κοϊνης κ.α. 2014:9). Όπως επισημαίνεται «οι συνθήκες εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η διαταραγμένη ή η ελλιπής σχέση με τους συναδέλφους τους, καθώς και η έλλειψη ύπνου, συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη» (Κοϊνης κ.α. 2014:10).

Σύμφωνα με την Πεγκλίδου (2012:265) η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή σοβαρή και επώδυνη όσο και μια σωματική ενώ μπορεί να προσβάλλει τον καθένα που βρίσκεται σε μια δυσάρεστη θέση. Η κατάθλιψη «διαχέεται ως παθολογία της κοινωνικής αλλαγής και της αβεβαιότητας και αφορά στο γενικό πληθυσμό σε όλο το ηλικιακό του εύρος, αφού μπορεί να εμφανιστεί ως παιδική, εφηβική, ενήλικη, γυναικεία, ανδρική, γεροντική και να πάρει παραπλανητικές μορφές ως γελαστή, άτυπη, διπολική ή ψυχωτική» (Πεγκλίδου 2012:266-267). Χρησιμοποιώντας μετρήσεις οι Πεγκλίδου (2012:270) διαπιστώνει τη διαφοροποίηση του παράγοντα φύλου καθώς «οι γυναίκες αναδεικνύονται ως κατεξοχήν καταθλιπτικά υποκείμενα, αφού «προσβάλλονται» δυο φορές πιο συχνά από τους άνδρες. Η εύθραυστη ορμονική φύση τους» και οι πιεστικές πολλαπλές κοινωνικές προσδοκίες που συνήθως δίστανται στις οικογενειακές και επαγγελματικές και στη μεταξύ τους ανταγωνιστική συνύπαρξη αποτελούν τις βασικές ερμηνείες της καταθλιπτικής νοσηρότητας». Με σκοπό την αντιμετώπιση της κατάθλιψης το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προέβη στην κατάρτιση και Εθνικού Σχεδίου Δράσης 2008-15 φέροντας το μότο «Η κατάθλιψη δεν κάνει διακρίσεις. Βγάλτο από μέσα σου. Ο κόσμος δεν αλλάζει, αλλάζει όμως ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουμε» (Πεγκλίδου 2012:265-266).

Πέραν της κατάθλιψης, συσχέτιση έχει υποστηριχθεί και με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης¹⁰ (burnout) ή το σύνδρομο χρόνια κόπωσης¹¹, το σύνδρομο Mobbingσε επαγγελματίες υγείας (δηλαδή ψυχολογικής επίθεσης), η

¹⁰Όπως διαβάζουμε (Τσίλιας κ.α. 2014:204) η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης, επιδρώντας δυσμενώς στην επαγγελματική και την προσωπική ζωή» των εργαζομένων.

¹¹Βλ. και Σταυροπούλου κ.α. (2010).

αυτοκτονία καθώς και η χρήση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Κοϊνης κ.α. 2014:10-12).

Πρόσφατη έρευνα των Δουβανά κ.α. (2011) την επαγγελματική εξουθένωση ενός συγκεκριμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου να βρίσκεται σε μέτρια έως υψηλά επίπεδα. Πλήθος παραγόντων εμφανίζονται μέσα στη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως ψυχολογικοί ή κοινωνικοί.

- Επιπτώσεις στις σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό

Μέσα στο χώρο της παροχής φροντίδας υγείας και περίθαλψης, απαιτείται μια συνεργασία σε διεπιστημονικό και διατομεακό επίπεδο με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Στο άρθρο τους με τίτλο *“Teamwork: aconceptanalysis”*, οι Xyrichis και Ream (2008) εστιάζουν στο ζήτημα της διεπιστημονικής συνεργασίας¹² στον τομέα της υγείας, επισημαίνοντας το βάρος της όλης διαδικασίας στην εφαρμογή των θεραπευτικών στόχων και στην αξιολόγηση της πορείας υγείας των ασθενών.

Τα παραπάνω πέραν των δημογραφικών, εργασιακών και διοικητικών παραγόντων που σχετίζονται (Καρανιάδου κ.α. 2006), εμπίπτουν και στις περιοχές μελέτης της επαγγελματικής ικανοποίησης, η οποία συνδέεται με την οργανωσιακή κουλτούρα των δομών υγείας και υπό αυτή την έννοια εξαρτάται από κοινωνικούς οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, όπως οι περικοπές των κοινωνικών δαπανών στο κρατικό προϋπολογισμό τα τελευταία χρόνια και συνακόλουθα όσα επέφερε η οικονομική κρίση δηλαδή οι συνεχόμενες μεταβολές στις εργασιακές σχέσεις και οι συνεχείς μειώσεις των μισθών. Επίσης, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στο περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας, το οποίο σύμφωνα με τους Καστανιώτη κ.α. (2011:71) δεν μπορεί να δοθεί μια απόλυτη απάντηση.

Κλείνοντας αυτή τη θεματική, βλέπουμε ότι η *«επιδείνωση του εργασιακού κλίματος [...] ενισχύεται ακόμη περισσότερο λόγω των δημοσιονομικών μέτρων στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, που είχαν ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των εισοδημάτων, την απώλεια της ασφάλειας εργασίας, την ελάττωση της*

¹²Βλ. και Sexton et. al (2000).

φαρμακευτικής δαπάνης και τη μείωση του εργατικού δυναμικού υπό το καθεστώς των απολύσεων» (Σαρίδη κ.α. 2016: 78).

Τέλος, τη χαρτογράφηση του προβληματικού εργασιακού περιβάλλοντος στην υγεία συμπληρώνουν ακαδημαϊκές προσπάθειες που εστιάζουν στην προώθηση αρχιτεκτονικής με σκοπό ένα ποιοτικό περιβάλλον που ενισχύει την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Hall 2005).

1.6 Συλλογικές Διεκδικήσεις και συνδικαλιστική πυκνότητα

Τον Μάιο του 2017 στα διαδικτυακά φόρα βρίσκουμε μεταξύ άλλων έναν τίτλο της γερμανικής εφημερίδας Spiegel μεταφρασμένο στα ελληνικά ως εξής «*Τα συνδικάτα παραλύουν την Ελλάδα*». Στη συνέχεια της μετάφρασης θα διαβάσουμε «*Περιοχές στις συντάξεις και νέοι φόροι. Υπό την πίεση των δανειστών η ελληνική κυβέρνηση πρέπει να περάσει από τη Βουλή νέο πακέτο λιτότητας. Όμως οι συνδικαλιστικές οργανώσεις αντιστέκονται*»¹³. Πως θα μπορούσαμε να ορίσουμε τα συνδικάτα;

Σύμφωνα με τον Παλαιολόγο (2006:23) «*ένας τυπικός και γενικά αποδεκτός ορισμός των συνδικάτων είναι αυτός των μαζικών εθελοντικών οργανώσεων των μισθωτών εργαζομένων που έχουν ως έργο τους την εκπροσώπηση, την προάσπιση και την προώθηση, των συμφερόντων των μελών τους*».

Ιστορικά, τα συνδικάτα γεννιούνται με την επικράτηση του καπιταλισμού «*ως κυρίαρχου τρόπου παραγωγής*» και ήδη μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα έχουν εξαπλωθεί σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής (Παλαιολόγος 2006: 43-44). Τόσο ο Marx όσο και ο Engels, αποδίδουν στις συνδικαλιστικές οργανώσεις ένα χαρακτήρα προετοιμασίας των εργατών απέναντι στην εκμετάλλευση τους από το εργοδοτικό κεφάλαιο. Ουσιαστικά, αποτελούν την «*πρώτη μορφή οργάνωσης της εργατικής τάξης (των μισθωτών)*», την «*πιο άμεση μορφή εργατικής οργάνωσης*», μια «*καθολική (παγκόσμια) μορφή εργατικής οργάνωσης*», μια «*μαζική μορφή εργατικής οργάνωσης*» έχοντας σαν στόχο την «*προστασία και την προαγωγή των άμεσων, πριν απ' όλα οικονομικών, συμφερόντων των μελών τους αλλά και όλων των εργαζομένων*» (Μητρόπουλος 1987).

¹³Γεωργακόπουλος, Σ. 2017. Τα συνδικάτα παραλύουν την Ελλάδα, γράφει το Spiegel. Το βήμα. 17 Μαΐου. Διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=880032>

Εστιάζοντας στην ελληνική περίπτωση, η συνδικαλιστική ελευθερία θεμελιώνεται με το άρθρο 23 του Συντάγματος. Σύμφωνα με τις παραγράφους του άρθρου 23:

«1. Το κράτος λαμβάνει τα προσηκόντα μέτρα για τη διασφάλιση της συνδικαλιστικής ελευθερίας και την ανεμπόδιστη άσκηση των συναφών μ' αυτή δικαιωμάτων εναντίον κάθε προσβολής τους μέσα στα όρια του νόμου και 2. Η απεργία αποτελεί δικαίωμα και ασκείται από τις νόμιμα συστημένες συνδικαλιστικές οργανώσεις για τη διαφύλαξη και προαγωγή των οικονομικών και εργασιακών γενικά συμφερόντων των συμφερόντων» (Βουλή των Ελλήνων 2013:37-38).

Ως πεδίο μελέτης, το συνδικαλιστικό κίνημα στη χώρα μας παρουσιάζει μια ιδιαίτερη πολυπλοκότητα. Ο Μητρόπουλος (1987) σε ένα παλαιότερο άρθρο με τίτλο *«Το μέλλον του Συνδικαλιστικού Κινήματος»* αναφέρει συγκεκριμένα: *«είναι πράγματι πολύ δύσκολο εγχείρημα να γράψει κάποιος για την ιστορία του συνδικαλιστικού μας κινήματος. Είναι πολύ δύσκολο να γράψει, να περιγράψει και να ερμηνεύσει την κρίση του. Είναι νομίζουμε το πιο δύσκολο να προτείνει μέσα και μεθόδους για το ξεπέρασμα της κρίσης του. Αν και σε τελική ανάλυση αυτό είναι δικαίωμα και καθήκον του ίδιου του εργατικού κινήματος»*. Μέσα στο συνδικαλιστικό κίνημα εντάσσονται και τα επαγγέλματα υγείας¹⁴, με οικονομικές διεκδικήσεις καθώς και τοποθέτηση πάνω σε προτεινόμενες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις (Ρεκλείτη και Σαρίδη 2014:409-410). Ενδεικτικά είναι τα παρακάτω αρχεία εικόνων και δελτίων τύπου της πρόσφατης περιόδου.

¹⁴Εδώ τοποθετούνται οργανώσεις όπως, η Πανελλήνια Συνδικαλιστική Νοσηλευτική Ομοσπονδία του ΕΣΥ (ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ) , Η ομοσπονδία Νοσοκομειακών Ιατρών (ΟΕΝΓΕ), η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ) , ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών (ΣΚΛΕ) (Ρεκλείτη και Σαρίδη 2014:409-410).



Εικόνα 1¹⁵



Εικόνα 2¹⁶

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ¹⁷ : ΝΕΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΦΛΕΜΙΓΚ - ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤ.

Σωματεία εργαζομένων στα Νοσοκομεία:
Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ – Παιδών Πεντέλης
Δελτίο τύπου

27/11/2017

¹⁵Πηγή: <http://news.in.gr/greece/article/?aid=1500178277>, (τελευταία πρόσβαση: 10/09/2017).

¹⁶Πηγή: <https://www.google.gr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiTxKy77uvXAhViYZoKHd82ABoQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Fwww.protothema.gr%2Fgreece%2Farticle%2F696449%2Fkinitopoiiseis-apo-tin-poedin-sugedrosi-sto-urourgieiougeias%2F&psig=AOvVaw1Vb6cCUzN911bREYDrfc&ust=1512308757888372>, (τελευταία πρόσβαση: 20/08/2017).

¹⁷Πηγή: http://flemig-hospital.blogspot.gr/2017/11/blog-post_69.html, (τελευταία πρόσβαση 01/12/2017).

Η κινητοποίησή μας και η συνάντηση με τη Διοίκηση του Συγκροτήματος των Νοσοκομείων, επιβεβαίωσε για ακόμα μια φορά, πως το «σχέδιο» για την συγχώνευση των Νοσοκομείων Σισμανόγλειο και Α. Φλέμιγκ, με τη μέθοδο του ενιαίου οργανισμού είναι ήδη αποφασισμένο. Η διαχείριση του ζητήματος από τη Διοίκηση είναι επικοινωνιακή, καθώς για άλλη μια φορά αγνοήθηκαν τα αιτήματα και οι θέσεις που θέσαμε τα Σωματεία, τόσο για την οργανωτική συγκρότηση όσο και για τις δυνατότητες ανάπτυξης των Νοσοκομείων μας. Για άλλη μια φορά, θεωρούμε υποχρέωσή μας να ενημερώσουμε τους εργαζόμενους και το λαό της Αττικής που απευθύνεται στα Νοσοκομεία μας, ότι εκείνο που ουσιαστικά προωθείται, καλυμμένο με το μανδύα της ανάπτυξης, δεν είναι τίποτα άλλο από τη συρρίκνωση των υπηρεσιών, τη συγχώνευση - κλείσιμο βασικών κλινικών λόγω έλλειψης προσωπικού, το κλείσιμο εντέλει του Α. Φλέμιγκ, την υποβάθμιση του Σισμανογλείου και τη μετατροπή του Παίδων Πεντέλης σε κέντρο υγείας. Έχουμε δυστυχώς την εμπειρία πως ανεξάρτητα από τις προθέσεις που μπορεί να έχει ο καθένας, ανάπτυξη χωρίς μόνιμο προσωπικό, επαρκή χρηματοδότηση, υλικοτεχνικές υποδομές και εξοπλισμό δεν γίνεται! Άνοιγμα νέων δομών σε ένα συγκρότημα που δεν έχει ούτε σεντόνι να στρώσει στον άρρωστο, ούτε τραπεζοκόμα να σερβίρει φαγητό, ούτε 2η Νοσηλεύτρια σε ολόκληρα τμήματα, όσο και αν «ανακατώσει» και ελαστικοποιήσει το προσωπικό, ανάπτυξη δεν πετυχαίνει! Δεν ξεχνάμε ότι αυτό που άφησαν πίσω τους οι <<αναπτυξιακές ενοποιήσεις>> των προηγούμενων κυβερνήσεων είναι το κουφάρι της Πτ. Μπόμπολα και τα ερειπωμένα χειρουργεία του, το κομμένο στη μέση Φλέμιγκ, τα κλειστά κρεβάτια και χειρουργικές αίθουσες του Σισμανογλείου και το σφραγισμένο Παπαδημητρίου. (Για να αναφέρουμε τα σχετικά πρόσφατα.) Έτσι λοιπόν έχουμε πειστεί πως εκείνο που θα απομείνει αν ολοκληρωθεί το «σχέδιο» (Συγχώνευση – Κοινός οργανισμός) θα είναι λιγότερα κρεβάτια, λιγότερα Νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας για την Αττική. Ουσιαστικά δηλαδή θα ολοκληρωθεί η μνημονιακή υποχρέωση που δεν κατάφερε να κάνει πράξη μετά τον ξεσηκωμό των εργαζομένων και των κατοίκων η προηγούμενη Κυβέρνηση.

Είμαστε αποφασισμένοι να μην επιτρέψουμε ούτε και αυτή τη φορά να συμβεί!

Η απόφασή μας είναι να προχωρήσουμε σε αγωνιστικές κινητοποιήσεις και σε πλατιά ενημέρωση του λαού της περιοχής, των Δήμων, των Μαζικών Φορέων και Συλλογικοτήτων. Ο αγώνας για το δικαίωμα σε πλήρη, ίση και δωρεάν περίθαλψη είναι υπόθεση όλων.

Για το αμέσως επόμενο διάστημα, η απόφασή και των τριών Σωματείων είναι:

1. Να προχωρήσουμε την Πέμπτη 30/11/17 σε συγκέντρωση διαμαρτυρίας στο διάστημα 11πμ – 1μμ στην είσοδο του Σισμανογλείου.
2. Τη Δευτέρα 4/12, στις 11 πμ, Κοινή Συγκέντρωση – ενημέρωση των εργαζομένων των τριών Νοσοκομείων στο αμφιθέατρο του Σισμανογλείου
3. Την Τετάρτη 6/12, στις 11 πμ, Ημέρα συνεδρίασης του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, όπου πιθανά θα παρθεί απόφαση (και) για το ζήτημα των οργανισμών, κοινή συγκέντρωση στον 4ο Όροφο του Α. Φλέμιγκ εργαζομένων, κατοίκων και φορέων και παρέμβαση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου, όπου θα ενημερώσουμε τη Διοίκηση και τα μέλη του Δ.Σ. για τα αιτήματα και τις θέσεις μας.

**ΟΧΙ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ,
ΑΜΕΣΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ,
ΔΩΡΕΑΝ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ ΛΑΟ!**

*ΣΩΜΑΤΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ στα ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ:
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» «ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ» «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»*

28.11.2017

Δελτίο Τύπου¹⁸ για την Απεργιακή Κινητοποίηση της ΠΟΕΔΗΝ στις 29 Νοεμβρίου 2017

ΑΘΗΝΑ 28/11/2017

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 3921

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

ΤΕΤΑΡΤΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2017

Προκηρύσσουμε ΠΑΝΑΤΤΙΚΗ Στάση Εργασίας για όλο το προσωπικό 11πμ – 3μμ και ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ 24ωρη Απεργιακή Κινητοποίηση για το προσωπικό με ελαστικές μορφές απασχόλησης.

Συγκέντρωση 12 το μεσημέρι έξω από το Υπουργείο Υγείας

Οι 10.000 και πλέον υπάλληλοι που υπηρετούν με συμβάσεις στα Νοσοκομεία, στις άλλες υπηρεσίες του ΕΣΥ και την Πρόνοια είναι κυριολεκτικά στον αέρα.

Είναι αβέβαιη η δουλειά τους, καθ' ότι η κυβέρνηση επιμένει να συντηρεί την ομηρία τους για ψηφοθηρικούς λόγους.

Αν και καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες δεν τους νομιμοποίησε αλλά ανανέωσε τις συμβάσεις τους έως 31/12/2018 για να βρίσκονται σε εξάρτηση από την κυβέρνηση. Η κυβέρνηση κατασκευάζει ως εχθρό το Ελεγκτικό Συνέδριο και τους δικαστές για να κρύψει τις μεθοδεύσεις της.

Η κυβέρνηση μπορεί να δώσει άμεσα λύση. Οι συμβασιούχοι εργαζόμενοι και με βάση τις αποφάσεις του Ελεγκτικού Συνεδρίου, καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες. Ως εκ τούτου με νομοθετική ρύθμιση πρέπει άμεσα οι συμβάσεις τους να μετατραπούν σε Συμβάσεις Αορίστου χρόνου. Τα Νοσοκομεία χωρίς τους συμβασιούχους θα καταρρεύσουν. Η κυβέρνηση κατασκευάζοντας ενόχους τους δικαστές θέλει να κρατάει στο χέρι τους συμβασιούχους. Αδιαφορεί για την αναγκαιότητα της μονιμοποίησής τους όχι μόνο για δικούς τους βιοποριστικούς λόγους, αλλά για να μείνουν όρθια τα Νοσοκομεία. Δεν καταβάλλεται η μισθοδοσία τους και δεν έχουν χρήματα να πληρώσουν τα έξοδά τους. Ίσως και την άλλη εβδομάδα δικάζεται τελεσίδικα η τύχη των συμβασιούχων στο Ι Τμήμα του Ελεγκτικού Συνεδρίου (αντίστοιχο Εφετείο). Η απόφαση 0243 Συν/ση 30η /31.10.2017 όμως του κλιμακίου προληπτικού ελέγχου δαπανών του Ι Τμήματος του Ελεγκτικού Συνεδρίου (αντίστοιχο Πρωτοδικείο) δεν αφήνει πολλά περιθώρια αισιοδοξίας. Είναι απορριπτική γιατί όπως λέει η απόφαση οι συμβασιούχοι υπερβαίνουν του 24μήνου συνεχούς απασχόλησης χωρίς διακοπή, καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες και όχι απρόβλεπτες και επείγουσες ανάγκες και η σύμβαση έργου των πρώην εργολαβικών εργαζόμενων λέει η απόφαση προσμετράται στο 24μηνο καθ' ότι υποκρύπτει σύμβαση εξαρτημένης εργασίας. Στην απόφαση υπάρχει ισχυρή μειοψηφία του Προέδρου του τμήματος. Η απόφαση παραπέμφθηκε για τελεσίδικη απόφαση το Ι Τμήμα του Ελεγκτικού Συνεδρίου (αντίστοιχο Εφετείο). Η συζήτηση και η απόφαση αναμένονται το επόμενο χρονικό διάστημα. Έως τότε απλήρωτοι οι συμβασιούχοι εργαζόμενοι.

Η απόφαση του Ι Τμήματος του Ελεγκτικού Συνεδρίου ακόμη και θετική ή συγγνωστή πλάνη να είναι δεν μας καλύπτει καθ' ότι στην καλύτερη των περιπτώσεων οι

¹⁸ Πηγή: <http://www.poedhn.gr/deltia-typou/item/2776-deltio-typou-me-tin-apergiaki-kinitopoiisi-tis-poedin-stis-29-noemvriou-2017>, (τελευταία πρόσβαση: 01/12/2017).

συμβασιούχοι εργαζόμενοι εξασφαλίζουν τη δουλειά τους έως 31/12/2018. Για ένα χρόνο ακόμη. Μετά το χρόνο τι θα γίνουν οι ίδιοι και τα Νοσοκομεία;

Διεκδικούμε εδώ και τώρα τη μονιμοποίησή τους.

Συνεχίζουμε

ΓΙΑ ΤΗΝ Ε.Ε. ΤΗΣ ΠΟΕΔΗΝ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΙΧΑΗΛΗΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΗΣ

- Η βαθειά κρίση του συνδικαλιστικού κινήματος

Μια μονάδα μέτρησης της συμμετοχής των εργαζομένων στο συνδικαλιστικό κίνημα είναι η συνδικαλιστική πυκνότητα. Σύμφωνα με τους Βερναδάκη κ.α. (2005:2) ο όρος της συνδικαλιστικής πυκνότητας υποδηλώνει «το ποσοστό των συνδικαλισμένων μισθωτών στο σύνολο του μισθωτού πληθυσμού της οικονομίας ή των επιμέρους κλάδων της» και παράλληλα «δίνει μια εικόνα των αλλαγών που συντελούνται στις σχέσεις μεταξύ συνδικάτων και μισθωτών εργαζομένων και της κατεύθυνσης προς την οποία κινούνται οι εργασιακές σχέσεις σε μια χώρα».

Μια ολοκληρωμένη προσπάθεια ερμηνείας της φθίνουσας τάσης της συνδικαλιστικής πυκνότητας μέχρι και το τέλος του 20^{ου} αιώνα μας παρέχουν και οι Waddington και Hoffmann (2002) για τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στην επίδραση του οικονομικού κύκλου, δηλαδή μια συσχέτιση μεταξύ συμμετοχής στα συνδικάτα και πληθωρισμού, μισθών και ανεργίας

(Waddington και Hoffmann 2002: 18). Πρόκειται για μια θετική συσχέτιση, καθώς οι εργαζόμενοι οργανώνονται στα συνδικάτα με σκοπό να προστατεύσουν το «επίπεδο διαβίωσης» ή επειδή «η αύξηση των μισθών ενισχύει την οργάνωση στα συνδικάτα στο βαθμό που οι εργαζόμενοι αποδίδουν τις αυξήσεις στις προσπάθειες των τελευταίων» (Waddington και Hoffmann 2002: 18). Σε αυτόν τον παράγοντα, αρνητική σχέση έχουμε στην περίπτωση της αύξησης της ανεργίας. Ο δεύτερος παράγοντας συνδέεται με την «Κλαδική εξέλιξη της απασχόλησης» (Waddington και Hoffmann 2002:19). Ο τρίτος παράγοντας συνδέεται με την εργοδοτική αντίδραση σε σχέση με την συμμετοχή των εργαζομένων στα συνδικάτα (Waddington και Hoffmann 2002: 20) και ο τέταρτος με το θεσμικό πλαίσιο και την εκπροσώπηση στον χώρο εργασίας (Waddington και Hoffmann 2002: 21).

Μεταξύ των συμπερασμάτων που μας συνοψίζουν για την ελληνική πραγματικότητα μέχρι και την περίοδο του 2004, εντοπίζεται ο δυϊσμός μεταξύ δημοσίου/ιδιωτικού τομέα και η μορφή του φέρει χαρακτήρα ενός συνδικαλισμού των εξασφαλισμένων εργασιακά στρωμάτων. Ένα δεύτερο δεδομένο έγκειται στη συνάρτηση του βαθμού συνδικαλιστικής συμμετοχής με το επίπεδο σταθερής απασχόλησης, δηλαδή όσο διεισδύει η ελαστικοποίηση τόσο μειώνεται η συνδικαλιστική συμμετοχή. Ένα τρίτο χαρακτηριστικό είναι η κοινωνική βάση του ελληνικού συνδικαλισμού, η οποία βρίσκεται σε φάση ηλικιακής γήρανσης καθώς *«τα μεγαλύτερα ποσοστά μελών εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες (στη «γενιά της μεταπολίτευσης»), ενώ οι νεότερες ηλικιακές ομάδες μισθωτών απέχουν ολοένα και περισσότερο»* (Βερναδάκης κ.α. 2005:15).

Σε έρευνα για το τρίμηνο του 2012, οι Ζησιμόπουλος κ.α. (2014) παρουσιάζουν ανάλογες κατευθύνσεις της συνδικαλιστικής πυκνότητας, η οποία ωστόσο εμφανίζεται περισσότερο μειωμένη σε σχέση με το παρελθόν. Σύμφωνα με τις συμπερασματικές παρατηρήσεις τους *«από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει η συρρίκνωση της συμμετοχής των μισθωτών στα συνδικάτα σε σχετικά αλλά και απόλυτα μεγέθη»* (Ζησιμόπουλος κ.α. 2014).

Οι εκφάνσεις της ανωτέρω κρίσης, περιγράφονται από τον Μητρόπουλο (1987) παρακάτω, όχι ως αιτίες αλλά ως συνέπειες της, μιλώντας για *«την πολυδιάσπαση, την έλλειψη ενότητας του συνδικαλιστικού κινήματος, την οικονομική εξάρτηση από το κράτος, το ταμείο των «εργατοπατέρων», τις απανωτές δικαστικές παρεμβάσεις, τις ανοικτές ή συγκαλυμμένες κυβερνητικές παρεμβάσεις, τις επεμβάσεις των ξένων στα εσωτερικά του ελληνικού συνδικαλιστικού κινήματος»*. Τα παραπάνω συνιστούν μιας μορφή ασυνέχειας με το παρελθόν που ξεδιπλώνεται με μεγαλύτερη ευκρίνεια ακόμα και στις μέρες μας.

Επίσης, η τεχνολογική αλλαγή και η διεθνοποίηση της παραγωγής επιβάλλουν στους εργαζόμενους και κυρίως στα συνδικάτα, νέα στάση και νέες αντιλήψεις (Σακελλαρόπουλος 1993:84-85). Πρόκειται για μια στιγμή όπου *«κάτω από την επήρεια κυρίως της νεοφιλελεύθερης πολιτικής και των ανεξέλεγκτων δυνάμεων της οικονομίας – βλέπε λ.χ. την ιδιωτικοποίηση πολλών μεγάλων επιχειρήσεων και την αύξηση που παρουσιάζουν οι «δουλειές του ποδαριού», που στεγάζονται συνήθως μέσα στις υπηρεσίες και μερικές φορές κατ' οίκον, δουλειές που είναι πρόσκαιρες, εποχικές και*

μερικής απασχόλησης, απειλούνται οι ίδιες οι βάσεις ενός συνδικαλισμού από μαχητικά στελέχη, όπως το μαρτυρούν όχι μόνο η κάμψη της ενεργού ενασχόλησης με το συνδικαλισμό, αλλά επίσης και κυρίως η χαμηλή συμμετοχή των νέων και κυρίως των νέων μεταναστών, που προκαλούν και βιώνουν τόσες ανησυχίες και τους οποίους κανείς – ή σχεδόν κανείς – δε σκέφτεται να κινητοποιήσει σε αυτό το μέτωπο» (Bourdieu 2001:38-39).

Επίσης, όπως σημειώνει ο Bourdieu (2001:37), η κοινωνική ιστορία «διδάσκει ότι δεν υπάρχει κοινωνική πολιτική χωρίς να υπάρχει κοινωνικό κίνημα». Τη χρυσή περίοδο του κράτους πρόνοιας, μέχρι και την κρίση του 1970, η αυξημένη συμμετοχή στα συνδικάτα συνδεόταν μεταξύ άλλων και με τη δράση των φιλοεργατικών κομμάτων που υποστήριζαν την εργατική τάξη και τις συνδικαλιστικές της οργανώσεις. Μέσα σε αυτές τις σκέψεις θα πρέπει να συμπεριλάβουμε σε πλήρη σύνδεση με τα παραπάνω και το ζήτημα της εξατομίκευσης του κοινωνικού. Ο Ροζανβαλόν (2001:253) στο έργο του «*Το Νέο Κοινωνικό Ζήτημα*», μιλά για ένα είδος κοινωνιολογικής επανάστασης, για μια αλλαγή των κοινωνικών υποκειμένων. Σημειώνει συγκεκριμένα ότι «η κοινωνική μηχανή σήμερα έχει ακινητοποιηθεί. Το κράτος πρόνοιας, έτσι όπως θεσμοθετήθηκε το 1945 και εξελίχθηκε στη συνέχεια, δεν αποτελεί πια πρότυπο για το μέλλον. Τα φιλοσοφικά και τεχνικά του θεμέλια έχουν αποσαθρωθεί: οι αρχές που οργανώνουν την αλληλεγγύη δεν είναι πια εφαρμόσιμες [...] το κράτος πρόνοιας είχε οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χειρίζεται τα προβλήματα σχετικά ομοιογενών πληθυσμών, ομάδων ή τάξεων αν θέλετε. Σήμερα πρέπει να ασχοληθεί με άτομα που το καθένα βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη κατάσταση».

Όπως σχολιάζει ο Σακελλαρόπουλος (2001:12) στο προλογικό σημείωμα του βιβλίου, οι αιτίες της κρίσης του κράτους πρόνοιας έγκεινται σε δυο παράγοντες: α. «στις θεμελιώδεις αλλαγές που έχουν επέλθει στην κοινωνία, με κύρια έκφραση την εμφάνιση ενός ευρύτερου στρώματος κοινωνικά αποκλεισμένων που το υπάρχον σύστημα αδυνατεί να επανεντάξει» και β. «στη διάρρηξη του πέλους άγνοιας», δηλαδή τη βάση της κοινωνικής ασφάλισης στη προηγούμενη φάση δηλαδή την κοινωνία της ασφάλειας. Η συλλογιστική αυτή σε πεδίο διεκδίκησης δικαιωμάτων με αναφορά την εργασία κ.λπ. θα μπορούσε να εκφραστεί ως ακολούθως: «η πολιτική βρίσκεται σήμερα στο προσκήνιο, την ίδια στιγμή που η πολιτική συμμετοχή έχει χάσει όλη την ορμητικότητα της. Η αιτία είναι προφανής: η παγκόσμια καπιταλιστική κρίση, που

εμφανίζεται κατά την ταραχώδη δεκαετία του 1960, προαναγγέλλει την παρακμή του κράτους πρόνοιας της λύσης που δόθηκε στην προηγούμενη κρίση, πενήντα χρόνια πριν» (Carnoy 1990: 345).

Η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια ως εκ τούτου, μετατρέπονται σε πηγές κοινωνικής και συλλογικής αντίδρασης. Υπό αυτή τη σκέψη, ο Bauman θα μας δώσει μια άλλη ερμηνευτική του κράτους πρόνοιας, η οποία συνδέεται με το ζήτημα της εξατομίκευσης και της μειωμένης συμμετοχής στα κοινά. Σύμφωνα με τον Bauman (2012:71-72), «η αβεβαιότητα, η πρωταρχική αιτία της ανασφάλειας, είναι μακράν το πιο αποφασιστικό εργαλείο εξουσίας- πράγματι, η ίδια της η ουσία [...] Αυτό συμβαίνει επειδή ο αποδέκτης της αβεβαιότητας [...] καθίσταται αδύναμος κι αφοπλίζεται στην προσπάθειά του να εναντιωθεί και να αντισταθεί στην άνιση μεταχείριση » καθώς «αυτό που επιζητούν οι αντίπαλοι στην πάλη για εξουσία είναι να αφήσουν ως μοναδική επιλογή στους παρόντες ή μελλοντικούς κατώτερους τους να αποδεχθούν πειθήνια την ρουτίνα την οποία οι παρόντες ή μελλοντικοί ανώτεροί τους έχουν ορίσει ή σκοπεύουν να επιβάλουν. Και αν όντως αποδεχτούν αυτή την ρουτίνα, η συμπεριφορά τους γίνεται μια σταθερά , μια μεταβλητή απαλλαγμένη από κινδύνους, χωρίς ν' αποτελεί πλέον πηγή αβεβαιότητας κι έτσι να μην έχει σημασία για τους ανώτερους τους κατά του υπολογισμό των δικών τους κινήσεων». Εδώ βρίσκεται και η συμβολή του κράτους πρόνοιας όπως υπογραμμίζει ο σύγχρονος φιλόσοφος.

«Απαιτώντας την υπακοή των υπηκόων και την τήρηση του νόμου, το κράτος μπορεί, επομένως, να εναποθέσει την νομιμότητά του στην υπόσχεση να μετριάσει το μέγεθος της ήδη υπάρχουσας τρωτότητας κι αδυναμίας των πολιτών του: να περιορίσει τα δεινά και τις ζημιές που επέρχονται από το παιχνίδι των δυνάμεων των αγορών, να προασπίσει τους ευάλωτους απέναντι στα επώδυνα χτυπήματα και να ασφαλίσει τους αβέβαιους ενάντια στους κινδύνους τους οποίους υποχρεωτικά συνεπάγεται ο ελεύθερος ανταγωνισμός. Μια τέτοια νομιμοποίηση βρήκε την απόλυτη έκφρασή της στον αυτοπροσδιορισμό της σύγχρονης μορφής διακυβέρνησης ως κράτους πρόνοιας (*etatprovidence*): μια κοινότητα που να λαμβάνει διαχειριστικά και διοικητικά την υποχρέωση και την υπόσχεση που κάποτε αποδίδονταν στην θεία πρόνοια – να προστατέψει τους πιστούς απέναντι στις ανηλεείς αντιξοότητες της μοίρας και να τους βοηθήσει σε περίπτωση προσωπικής ατυχίας και να συμπαρασταθεί στον πόνο τους» (Bauman 2012: 86-87).

Στη βάση των παραπάνω, οδηγούμαστε στη πεποίθηση ότι πρόκειται για ένα κράτος διαχειριστή των απωλειών από την εφαρμογή του νεοφιλελεύθερου δόγματος. Παρά ταύτα, προβληματισμοί γεννιούνται και σε αυτή την περίπτωση, αν αναλογιστούμε ότι ο ρόλος του κράτους, όπως τον αντιλαμβανόμασταν έχει αλλάξει ριζικά μέσα στους ρυθμούς μιας παγκοσμιοποιημένης κοινωνίας. Ορισμένοι θεωρητικοί μιλούν ευθέως για μείωση και αποδυνάμωση της κυριαρχίας των εθνικών – κρατών. Ολοένα και περισσότεροι πολιτικοί κοινωνιολόγοι, θεωρούν ότι οι τρέχουσες διαδικασίες *«παγκοσμιοποίησης σημαίνουν ότι η ικανότητα του έθνους- κράτους να δρα ανεξάρτητα ως προς την επιδίωξη στόχων εσωτερικής και εξωτερικής πολιτικής έχει μειωθεί [...]* Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι *«περιστέλλεται ο έλεγχος του επί των αγαθών, των υπηρεσιών, της τεχνολογίας, των επικοινωνιακών προϊόντων και των πληροφοριών που διασχίζουν τα σύνορά του» και αφετέρου στις διεθνικές και υπερεθνικές πολιτικές οργανώσεις και θεσμούς που σε σημαντικό βαθμό περιορίζουν την εθνική κυριαρχία του, καθορίζοντας [...] ζωτικά σημεία της πολιτικής εντός της εθνικής του επικράτεια»* (Σεραφετινίδου 2006: 314).

Στην πραγματικότητα, ο έλεγχος της οικονομίας ασκείται από τους λεγόμενους θεσμικούς επενδυτές των μεγάλων οργανισμών (συνταξιοδοτικά ταμεία, μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες και κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, ταμεία συλλογικών επενδύσεων κεφαλαίου: moneymarketfunds ή mutualfunds, χρηματαγορές ή εταιρείες αμοιβαίων κεφαλαίων), οι οποίοι κυριαρχούν σήμερα στο πεδίο του χρηματιστικού κεφαλαίου, όπου το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελεί ταυτόχρονα διακύβευμα και όπλο (Bourdieu 2001:69).

Στην Ελληνική περίπτωση, κατά τη διάρκεια πριν και μετά την είσοδο της χώρας στην ευρωζώνη, η μεγαλύτερη δαπάνη του κράτους αφορούσε στην εξυπηρέτηση του χρέους, ακόμη και σε σχέση με την πληρωμή των μισθών και των συντάξεων. Υπό αυτή την έννοια, το κράτος δεν μπορεί να *«προσφέρει πραγματικά καμιά βοήθεια, επειδή είναι δεσμευμένο στο πρόγραμμα της Τρόικας να ξεπληρώνει το χρέος πιέζοντας τον φορολογούμενο και ξεπουλώντας την δημόσια περιουσία της χώρας»* ενώ την ίδια στιγμή υπονομεύει την ίδια του την θεμελιώδη λειτουργία ως εργοδότης εσχάτης ανάγκης και ως πάροχος βασικών αναγκών, φάρμακα, συντάξεις, μισθούς, εκπαίδευση (Φούσκας και Δημουλάς 2015:288-289).

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλος (1993:85), ο συντονισμός των συνδικαλιστικών δραστηριοτήτων σε διεθνές επίπεδο, αναφορικά με τις συνδικαλιστικές δομές και τις διαπραγματεύσεις με τους εργοδότες, αποκτά κεντρική σημασία για το μέλλον της εργασίας. Αυτή η μετάβαση εντοπίζεται και στο έργο του Bourdieu (2001) *Για ένα ευρωπαϊκό κοινωνικό κίνημα*. Εκεί ο θεωρητικός του νεομαρξισμού εστιάζει στην απομάκρυνση της πολιτικής από τους πολίτες, τοποθετώντας στο επίκεντρο της συζήτησης το ρόλο των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων και οργανισμών στην επιρροή και τον προσανατολισμό του κόσμου. Εκεί ο συγγραφέας θέτει ως μοναδικό αντίβαρο ένα ευρύ κοινωνικό ευρωπαϊκό κίνημα *«το οποίο θα έχει την δυνατότητα και την ικανότητα να επεξεργάζεται και να επιβάλει ένα ανοιχτό και ταυτόχρονα, συνεκτικό όραμα μιας πολιτικής Ευρώπης, η οποία θα είναι από την μια μεριά, εμπλουτισμένη από όλες τις πολιτισμικές και κοινωνικές κατακτήσεις του παρελθόντος και από την άλλη, ενισχυμένη από ένα μεγαλόπνοο και διαυγές σχέδιο κοινωνικής ανανέωσης, αποφασιστικά στραμμένο προς ολόκληρο τον πλανήτη»* (Παναγιωτόπουλος 2001:29-31). Προσβλέποντας στην επίτευξη ενός κινήματος διεθνικό χαρακτήρα, αναφέρεται στη δράση της Ευρωπαϊκής Συνομοσπονδίας των Συνδικάτων¹⁹⁻²⁰, η οποία βρίσκεται σε μια προσπάθεια αναζήτησης μέσων (απεργίες και διαδηλώσεις) και τρόπων καταπολέμησης της βούλησης του κεφαλαίου και της εργοδοσίας επιδιώκοντας την σύναψη πραγματικών συλλογικών συμβάσεων σε ευρωπαϊκή κλίμακα (Bourdieu 2001:37-38). Μολαταύτα, ο Bourdieu επισημαίνει ότι άμεσα δεν μπορούμε να δούμε έναν μαχητικό συνδικαλισμό ως έκφραση της Ευρωπαϊκής Συνομοσπονδίας των Συνδικάτων και υπό αυτή τη σκέψη ανατρέχουμε στα εθνικά συνδικάτα (Bourdieu 2001: 38). Όπως επισημαίνει ο Bourdieu, για να μπορέσει ο ευρωπαϊκός συνδικαλισμός να αποτελέσει την κινητήρια δύναμη στη δόμηση μιας *«Κοινωνικής Ευρώπης»* μπορεί να προκύψει μόνο μέσα από αλληπάλληλες και ριζικές ρήξεις με τις *«εθνικές και μάλιστα εθνικιστικές ιδιαιτερότητες των συνδικαλιστικών παραδόσεων, που απομονώνονται πάντα μέσα στα όρια του εκάστοτε Κράτους»* (Bourdieu 2001: 39).

¹⁹Βλ. Syndicat European Trade Union <https://www.etuc.org/>

²⁰Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (1993:92) η Συνομοσπονδία Ευρωπαϊκών Συνδικάτων (ΣΕΣ) ως όργανο και ως θεσμός ευρωπαϊκής σύμβασης και διαπραγμάτευσης φέρει τεράστια σημασία καθώς συνιστά τον μοναδικό υπερεθνικό εργατικό οργανισμό με ικανότητα διαπραγμάτευσης και πείρα. Βέβαια εμφανίζει και αδυναμίες όπως ο βαθμός εκπροσώπησης των εθνικών συνδικαλιστικών οργανώσεων και το ζήτημα στην νομιμοποίησή της να διαπραγματεύεται εξ ονόματός τους.

Σε σχέση με την παραπάνω προσέγγιση, θα πρέπει να προσμετρήσουμε το βαθμό δυσκολίας συντονισμού μεταξύ συνδικαλιστικών οργανώσεων που εμφανίζουν τόπους διαφοροποίησης. Άλλες χώρες εμφανίζουν χαμηλή και άλλες υψηλή συμμετοχή στα συνδικάτα. Τα συνδικάτα επίσης διαφοροποιούνται και σε επίπεδο οργάνωσης και ιδεολογικού προσανατολισμού (Σακελλαρόπουλος 1993:88).

Το έργο του Bourdieu προτείνει μια διαφορετική ανάγνωση του συνδικαλισμού που να συνδυάζεται με ένα διαφορετικό πράττειν, όπως αυτό επιβάλλεται δια μέσου της *«συνεχούς αύξησης της προσωρινής και αβέβαιης απασχόλησης»*. Για τον Bourdieu, η γενικευμένη εργασιακή αβεβαιότητα μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μια νέου τύπου, στην έκταση και την αρχή της, αλληλεγγύη (2001:43). Υπό το ανωτέρω πρίσμα, απαιτείται στα συνδικάτα μια ευρεία μαχητική βάση που σήμερα τους λείπει ή που θα τα υποχρέωνε να απεμπλακούν από τα βραχυπρόθεσμα συντεχνιακά τους συμφέροντα, θα μας πει (2001:44). Άλλωστε, μελέτες όπως του Αλεξίου (2002, 2006, 2015) αναδεικνύουν τη σύνδεση κοινωνικής τάξης, διαστρωμάτωσης και εργασιακών σχέσεων.

Κλείνοντας, και σύμφωνα με τον Bourdieu (2001: 83-84)

«ό,τι ορίζουμε κάτω από το περιγραφικό και μαζί κανονιστικό όνομα της παγκοσμιοποίησης είναι αποτέλεσμα όχι κάποιας οικονομικής μοιραιότητας, αλλά μιας συνειδητής και προμελετημένης πολιτικής, η οποία όμως δεν έχει συνήθως επίγνωση των συνεπειών της. Όντως τελείως παράδοξη, μιας και πρόκειται για μια πολιτική αποπολιτικοποίησης, η συγκεκριμένη πολιτική, που αντλεί ασύστολα από το λεξιλόγιο της ελευθερίας, του φιλελευθερισμού, της απελευθέρωσης και της απορρύθμισης, στόχο έχει να προσδώσει μια επίφαση μοιραίας επικυριαρχίας στους οικονομικούς καταναγκασμούς, τους οποίους δεν υποβάλλει σε κανέναν απολύτως έλεγχο και να καθυποτάξει τις κυβερνήσεις και τους πολίτες στις απελευθερωμένες, κατ' αυτόν τον τρόπο, οικονομικές και κοινωνικές δυνάμεις. Ενάντια σ' αυτήν την πολιτική αποπολιτικοποίησης, είναι ανάγκη να αποκαταστήσουμε την πολιτική, να αποκαταστήσουμε την πολιτική σκέψη και δράση, αλλά και να βρούμε γι' αυτή το ακριβές σημείο εφαρμογής της, που πρέπει στο εξής να αναζητούμε πέρα από τα σύνορα του εθνικού Κράτους, όπως επίσης να βρούμε τα ιδιαίτερα μέσα για την εκπλήρωσή της, που δεν μπορούν πια να περιορίζονται στους πολιτικούς και συνδικαλιστικούς αγώνες στο στενό πλαίσιο των εθνικών Κρατών».

1.7 Ο θεωρητικός προβληματισμός και τα ερωτήματα της έρευνας

Η σταδιακή συρρίκνωση της κοινωνικής πολιτικής, η κυριαρχία της λογικής της αγοράς που εικονίζεται στη μετατροπή των κρατικών προϋπολογισμών των κοινωνικών δαπανών σε προϋπολογισμούς μείωσης του δημόσιου ελλείμματος, έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη δομή και το περιεχόμενο του συνταξιοδοτικού συστήματος που εφαρμόζεται στη χώρα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις νέες αποφάσεις των ευρωπαϊκών οργάνων περί αξιολόγησης της βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων των κρατών μελών, σημαντικοί παράμετροι ορίζονται οι δημογραφικοί δείκτες καθώς και ο προσδόκιμος χρόνος ζωής των ασφαλισμένων. Υπό αυτή την έννοια, όταν ένα συνταξιοδοτικό σύστημα δεν παρουσιάζει οικονομική βιωσιμότητα υιοθετούνται μέτρα όπως αυτό της μείωσης των συντάξεων και της αύξησης του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης. Τα ανωτέρω εντός του ασφαλιστικού δικαίου, δομούν ένα νέο καθεστώς εργασιακών συνθηκών επισφάλειας. Επιστήμες, όπως η κοινωνιολογία και η ψυχολογία, έχουν προβεί σε μια εκτενή προσπάθεια μελέτης των αλλαγών στο εργασιακό περιβάλλον της υγείας τα τελευταία χρόνια (Nettleton 2002).

Έτσι, μέσα από αυτή την έρευνα προσδοκάται, η διερεύνηση πρωτίστως της επίδρασης των νέων δεδομένων συνταξιοδοτικής ανασφάλειας, ως ένα πλαίσιο επαναδιαπραγμάτευσης επαγγελματικών και κοινωνικών ταυτοτήτων και δευτερευόντως, κατά πόσον τα ίδια τα υποκείμενα συμμετέχουν σε μορφές συλλογικής και συνδικαλιστικής διεκδίκησης των εργασιακών τους δικαιωμάτων. Ειδικότερα, για τη μελέτη των ανωτέρω ζητημάτων θα χρησιμοποιηθούν οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας. Η παραγωγή των δεδομένων θα προκύψει μέσα από ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις ή καλύτερα συνομιλίες με εργαζομένους του συστήματος φροντίδας υγείας.

Μέρος Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Μεθοδολογία Έρευνας

2.1 Στάδια Έρευνας

Στο πρώτο στάδιο απαιτήθηκε η αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών γύρω από το θεωρητικό προβληματισμό, όπως αποτυπώθηκε στο Μέρος Α' (Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2017). Το αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα καταρτίστηκε ο ερευνητικός σχεδιασμός όπως περιγράφεται παρακάτω (Οκτώβριος του ίδιου έτους). Το επόμενο στάδιο περιελάμβανε την διενέργεια της έρευνας πεδίου η οποία ολοκληρώθηκε μέχρι τις αρχές Νοεμβρίου. Τα επόμενα στάδια (καλύπτοντας χρονικά την περίοδο έως και το μέσο του Δεκεμβρη του ίδιου έτους) αφορούσαν την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων και την καταγραφή των συμπερασμάτων όπως αυτά διατυπώνονται στο τελευταίο μέρος της παρούσης.

2.1. α Μέθοδος και ερευνητικά εργαλεία

Σε αυτό το στάδιο ο σχεδιασμός απαιτούσε την οργάνωση του ερευνητικού πλάνου. Επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα και η παραγωγή²¹ των δεδομένων στηρίχθηκε στη διενέργεια ημιδομημένων συνεντεύξεων. Η ποιοτική έρευνα καλείται έτσι, καθώς εν αντιθέσει με την ποσοτική, οι πληροφορίες που χρησιμοποιεί σχολιάζονται και αξιοποιούνται ως λεκτικά σύνολα (Πασχαλιώρη και Μίλεση 2005: 22). Όπως επισημαίνει η Mason (2003:212), «*οι ποιοτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται συνήθως όταν το αντικείμενο της μελέτης είναι κάποια μορφή κοινωνικής διαδικασίας, ή έννοιας, ή*

²¹Όπως επισημαίνει η Mason (2003: 85-86), «*η χρήση του όρου “παραγωγή” δεδομένων αντί ενός όρου όπως η “συλλογή” δεδομένων, έχει σκοπό να συμπυκνώσει μέσα της την πολύ ευρύτερη ποικιλία σχέσεων μεταξύ του ερευνητή, του κοινωνικού κόσμου και του ερευνητικού υλικού που καλύπτει η ποιοτική έρευνα. Πιστεύω ότι είναι πιο ακριβές να μιλάμε για διαδικασία παραγωγής παρά συλλογής δεδομένων, ακριβώς επειδή οι περισσότερες ποιοτικές προσεγγίσεις της έρευνας θα απέρριπταν την ιδέα ότι ο ερευνητής μπορεί να είναι ένας απολύτως ουδέτερος συλλέκτης πληροφοριών του κοινωνικού κόσμου. Αντίθετα, αυτές οι προσεγγίσεις θέλουν τους ερευνητές να “χτίζουν” με ενεργό τρόπο γνώση γι’ αυτόν τον κόσμο, ακολουθώντας συγκεκριμένες αρχές και χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες μεθόδους, που πηγάζουν από την επιστημολογική τους θέση. Αυτό σημαίνει ότι ως ερευνητές δεν ασχολείστε απλώς με το πού θα βρείτε στοιχεία που ήδη υπάρχουν έτοιμα προς συλλογή, αλλά προσπαθείτε να βρείτε πόσο καλύτερα μπορείτε να παράγετε δεδομένα από τις πηγές που έχετε επιλέξει. Γι’ αυτόν το λόγο, στην ποιοτική έρευνα ο όρος “μέθοδος” τείνει γενικά να υποδεικνύει κάτι περισσότερο από μια πρακτική τεχνική ή διαδικασία απόκτησης δεδομένων. Ο εν λόγω όρος υποδεικνύει επίσης και μια διαδικασία παραγωγής δεδομένων η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες διανοητικού, αναλυτικού και ερμηνευτικού χαρακτήρα».*

εμπειρίας, που πρέπει να κατανοηθεί και να εξηγηθεί με τρόπο σφαιρικό και όχι μέσα από την προσπάθεια κατανόησης αιτιακών μοντέλων με βάση την ανάλυση της σύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα σε στατικές ή στιγμιαίες μεταβλητές».

Στο επίκεντρο της ποιοτικής έρευνας βρίσκεται η διαδικασία της συνέντευξης, δηλαδή μια μορφή άμεσης επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερευνόμενου. Αυτή η επικοινωνία μπορεί να λάβει διάφορες διαστάσεις και δεν είναι ίδια σε όλες τις περιπτώσεις (Παρασκευοπούλου-Κόλλια 2008). Όπως επισημαίνει η Mason (2003: 90), η ποιοτική συνέντευξη έχει «α) ένα σχετικά ανεπίσημο ύφος που μοιάζει, για παράδειγμα, με μια κουβέντα ή συζήτηση παρά με ένα σχήμα ερωτήσεων-απαντήσεων επίσημου χαρακτήρα β) μια θετική, θεματοκεντρική, βιογραφική ή αφηγηματική προσέγγιση, όπου ο ερευνητής δεν διαθέτει έναν δομημένο κατάλογο ερωτήσεων, αλλά έχει συνήθως ένα συγκεκριμένο εύρος θεμάτων ή ζητημάτων που επιθυμεί να καλύψει γ) την υπόθεση ότι τα δεδομένα παράγονται μέσω της διάδρασης, επειδή η πηγή των δεδομένων είναι είτε ο ερωτώμενος (υποκείμενο της συνέντευξης) είτε αυτή καθαυτή η διάδραση. Οι ποιοτικές συνεντεύξεις μπορεί να έχουν τη μορφή της “πρόσωπο με πρόσωπο” διάδρασης μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου ή να περιλαμβάνουν και μεγαλύτερες ομάδες».

Στη βάση αυτού επιλέχθηκε και ο ημιδομημένος χαρακτήρας²² της συνέντευξης, διότι «ο ερευνητής επιδιώκει, μέσα από ένα ευέλικτο και ανοιχτό σχήμα συνέντευξης, να δώσει ο ερωτώμενος τις δικές του περιγραφές και ερμηνείες, χρησιμοποιώντας δικές του εννοιολογικές κατηγορίες και όχι εκείνες που του επιβάλλονται από ένα αυστηρά δομημένο ερωτηματολόγιο. Η ελεύθερη, μη τυποποιημένη συνέντευξη [...] παίρνει τη μορφή συζήτησης που κατευθύνεται από το συνεντευκτή, αλλά με ερωτήσεις που μεταβάλλονται, διαμορφώνονται ή προστίθενται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Δεδομένου ότι ποιοτική έρευνα συνήθως δεν αποσκοπεί στον έλεγχο μιας θεωρίας αλλά στην ανάδειξη της θεωρίας από τα δεδομένα, το ανοιχτό, μη τυποποιημένο, ευέλικτο σχήμα της συνέντευξης είναι πιο κατάλληλο, εφόσον δεν υπάρχουν συγκεκριμένες εμπειρικές υποθέσεις που προσδιορίζουν το περιεχόμενο ερωτήσεων. Αντιθέτως, οι απαντήσεις του ερωτώμενου συμβάλλουν στη διαμόρφωση των ερωτήσεων που

²²«Έχει προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά η διάταξή τους μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την αντίληψη του συνεντευκτή σχετικά με το τι φαίνεται καταλληλότερο. Η διατύπωση της ερώτησης μπορεί να αλλάξει και να δοθούν εξηγήσεις. Συγκεκριμένες ερωτήσεις που φαίνονται ακατάλληλες για κάποιον συγκεκριμένο ερωτώμενο μπορούν να παραλειφθούν ή να περιληφθούν πρόσθετες ερωτήσεις» (Robson 2007: 321).

ακολουθούν, καθώς διαπλέκεται η διαδικασία συλλογής και ερμηνείας των δεδομένων» (Κυριαζή, 1998: 123).

2.1. β Οδηγός συνέντευξης και η μέθοδος δειγματοληψίας

Βάσει των ανωτέρω ο οδηγός συνέντευξης που καταρτίστηκε απαρτιζόταν συνολικά από δώδεκα ερωτήματα ²³. Το απόσταγμα της σχέσης μεταξύ ερευνητή και συνεντευξιαζόμενου, αφορούσε στις παρακάτω θεματικές: προβλήματα στο χώρο εργασίας - σχέση εργασίας – αμοιβής, γνώση για το συνταξιοδοτικό σύστημα, αξιολόγηση των επιπτώσεων από την εφαρμογή των νέων συνθηκών, προτάσεις για την βελτίωση του συνταξιοδοτικού συστήματος και δυνατότητες συλλογικής αντίδρασης.

Επίσης σε αυτό το στάδιο, επιλέχθηκε και η διαδικασία θεωρητικής δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε. Αυτή η τεχνική *«είναι ένας τρόπος δειγματοληψίας που εμπλέκεται και λαμβάνει χώρα ταυτόχρονα με τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων. [...] Στη θεωρητική δειγματοληψία η επιλογή των συμμετεχόντων ή των περιπτώσεων γίνεται κατά τη διάρκεια της ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων. Ο βασικός λόγος, λοιπόν, για τη συμπερίληψη πολλών συμμετεχόντων ή περιπτώσεων στην ερευνητική διαδικασία δεν είναι... η εξασφάλιση στατιστικής τυχαιότητας αλλά η βελτίωση των θεωρητικών κατασκευών του ερευνητή και η ενδυνάμωση των ερμηνευτικών τους δυνατοτήτων»* (Ιωσηφίδης 2008: 64).

Επιπροσθέτως, η υπόθεση εργασίας συγκροτήθηκε εκ των υστέρων και διαμορφώθηκε ως εξής:

Οι εργαζόμενοι στον τομέα των υπηρεσιών υγείας βιώνουν τη συνταξιοδοτική ανασφάλεια ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Το νέο εργασιακό πλαίσιο της συνταξιοδοτικής αβεβαιότητας που δημιουργείται επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στο εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Στο επόμενο στάδιο κατά τη διενέργεια της έρευνας στο πεδίο, ο τρόπος διασφάλισης της ανωνυμίας και προστασίας των υποκειμένων ήρθε μέσα από την ενημέρωση προς τους συμμετέχοντες πως στην έρευνα διατηρείται αυστηρή ανωνυμία, καθώς σε κανένα σημείο εντός του οδηγού συνέντευξης δεν αναγράφεται το

²³βλ. παράρτημα 1.

ονοματεπώνυμο του συμμετέχοντα και τα προσωπικά δεδομένα κατά την διάρκεια της ανάλυσης, προστατεύονται και δεν δημοσιοποιούνται.

2.1. γ. Μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Κατά τη διάρκεια του προτελευταίου σταδίου, η ανάλυση των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της ανάλυσης περιεχομένου. Η συγκεκριμένη μορφή ανάλυσης αποτελεί μια διαδικασία δευτερογενούς ανάλυσης δεδομένων, όπως κείμενα, συνεντεύξεις. Ουσιαστικά, *«η μέθοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια καταγραφής του περιεχομένου κάποιας μορφής επικοινωνίας (π.χ. προφορικής, γραπτής, εικονικής, δημοσιευμένης)»* (Τάτσης 1997: 403).

Έτσι, ως μονάδα καταγραφής, *«προσδιορίζεται το τμήμα του κειμένου που θα αποτελέσει τη βάση για την κατηγοριοποίηση: η λέξη, η πρόταση, η παράγραφος, το θέμα, το πρόσωπο ή το συνολικό κείμενο (το άρθρο, το βιβλίο, η ταινία, η προσωπική συνέντευξη, το ραδιοφωνικό ή το τηλεοπτικό πρόγραμμα κ.λπ.)»* (Κυριαζή 1998: 289).

Οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσα από την πραγματοποίηση της συνέντευξης *«προσδιορίζονται από τη σχέση μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου»* και υπό αυτή τη σκέψη α) *«το ζητούμενο»* δεν είναι η *«αντικειμενικότητα, αλλά η αποφυγή μεροληψίας και προκαταλήψεων στην παρουσίαση των πληροφοριών»* και β) η *«οργάνωση, κατηγοριοποίηση και παρουσίαση του υλικού των συνεντεύξεων αποτελούν τμήμα της ερευνητικής διαδικασίας, η παρουσίαση του οποίου διευκρινίζει το αντικείμενο ανάλυσης»* (Χωριανόπουλος 2006:169).

Η παραπάνω διαδικασία καταλήγει στην καταγραφή των συμπερασμάτων και των προτάσεων για περαιτέρω έρευνα, όπως διατυπώνονται παρακάτω.

2.1. δ Περιορισμοί στην έρευνα

Στο δεύτερο στάδιο οι περιορισμοί στην υλοποίηση της έρευνας δεν σχετίζονταν με την κατανόηση των ερωτήσεων που τέθηκαν από τον ερευνητή καθώς σε περιπτώσεις

εμφάνισης προβλημάτων επικοινωνίας ο ερευνητής παρείχε τις απαραίτητες επεξηγήσεις προς τους συμμετέχοντες.

Οι δυσκολίες συνδέονταν κυρίως με το χρόνο που απαιτούσε η ολοκλήρωση της όλης προσπάθειας καθώς αντλείτο κύρια εκτός των ωρών καθημερινής εργασίας του ερευνητή με βασική προϋπόθεση την τήρηση του χρονοδιαγράμματος που είχε τεθεί εξ αρχής.

Στις δυσκολίες που εμφανίστηκαν οφείλουμε να συμπληρώσουμε και τη μη συμμετοχή μιας ομάδας εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερος είναι ο ρόλος του ιατρικού επαγγέλματος, ο οποίος κατέχει το μονοπωλιακό δικαίωμα στην άσκηση αυτών των υπηρεσιών (Αλεξιάς 2000:152).

Στον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας, υπήρξε η απαιτούμενη πρόβλεψη ώστε να συμπεριληφθεί και αυτή η ειδική κατηγορία εργαζομένων. Όμως, παρά την αρχική θετική απόκριση στην διερευνητική επικοινωνία με γιατρούς του δημοσίου τομέα, δεν κατέστη δυνατό η πραγματοποίηση συνεντεύξεων, λόγω κωλυμάτων φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου που επικαλούνταν εν συνεχεία.

Μέρος Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ανάλυση και Ερμηνεία των Δεδομένων της Έρευνας

Μετά την οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας και τις θεωρητικές παραδοχές, όπως αναλύθηκαν στο πρώτο μέρος, η διεξαγωγή της έρευνας ακολούθησε το συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα που τέθηκε εξ αρχής. Η πηγή του ποιοτικού υλικού ήταν η διαδικασία της συνέντευξης με τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Μετέπειτα της πραγματοποίησης των συνεντεύξεων, τα ηχητικά αρχεία που προέκυψαν μετατράπηκαν μέσω απομαγνητοφώνησης σε κείμενο γραπτού λόγου. Οι κατηγορίες μελέτης του κεντρικού θέματος αποτέλεσαν τους άξονες με βάση τους οποίους αντλήθηκαν τα τμήματα που απαντούσαν στους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσης μελέτης. Με βάση αυτές τις θεματικές ενότητες αναλύονται στη συνέχεια αυτού του μέρους τα δεδομένα της έρευνας.

Βιογραφικά και Εργασιακά Δεδομένα

Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν δεκαέξι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας. Οι τρεις ήταν άνδρες και το υπόλοιπο μέρος κάλυπταν γυναίκες. Ηλικιακά, οι δύο συνεντευξιζόμενοι ήταν άνω των τριάντα πέντε (35) ετών, από το όριο 40-49 προέρχονταν 6 εργαζόμενοι, από 50-59 συμμετείχαν 7 εργαζόμενοι και άνω των 60 ένας εργαζόμενος.

Ισόποσα κατανέμεται το εκπαιδευτικό και μορφωτικό επίπεδο που δήλωσαν οι εργαζόμενοι (οκτώ (8) είχαν συμπληρώσει την Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και οκτώ (8) την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζονται στον τομέα της νοσηλευτικής και δραστηριοποιούνται κύρια στην Δευτεροβάθμια Παροχή Υγείας (Γενικές Νοσοκομειακές Μονάδες). Όλοι και όλες οι συμμετέχοντες και συμμετέχουσες στην έρευνα πεδίου βρίσκονται σε καθεστώς μόνιμης πλήρους απασχόλησης με εξαίρεση μια περίπτωση υπαλλήλου με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

3. 1. Ο χώρος εργασίας

Κάθε κοινωνία διακατέχεται από διαφορετικά, μεταξύ τους, μέλη, τα οποία συμβιώνουν σε ένα μοντέλο κοινωνικής οργάνωσης. Στα πλαίσια των κοινωνικών παροχών που στοχεύουν στην κοινωνική ευημερία εμπεριέχεται με κεντρική θέση όπως θα ήταν φυσικό, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με σκοπό την εισαγωγή των συνεντευξιζόμενων στον πυρήνα της προβληματικής, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια γενική ερώτηση παρουσιάζοντας το πρόβλημα ή τα προβλήματα που πιστεύουν ότι υφίσταται σήμερα ο τομέας της παροχής φροντίδας υγείας.

Οι απαντήσεις τους θα λέγαμε, ότι συνομιλούν με το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων του επίσημου κράτους τα τελευταία χρόνια, εστιάζοντας κύρια στο ζήτημα της υποχρηματοδότησης και της περικοπής των δημόσιων δαπανών για την υγεία, προσλαμβάνοντας τα οικονομικά για την υγεία ως έναν οριζόντιο παράγοντα των προβλημάτων που ανακύπτουν εν ώρα εργασιακού καθήκοντος.

Η έννοια της κρίσης διαπέρασε το λόγο όλων των συμμετεχόντων και εμφανίστηκε με δύο κατευθύνσεις:

α. μέσω της μείωσης αποδοχών στην μισθολογική κατάσταση των εργαζομένων, των ελλείψεων προσωπικού (υποστελέχωση) και κατ' επέκταση την αύξηση των εργασιακών απαιτήσεων απέναντι στην αύξηση των κοινωνικών και ιατρικών απαιτήσεων των αποδεκτών των υπηρεσιών και

β. η συζήτηση λάμβανε έναν έντονα προβληματικό χαρακτήρα όταν προστίθενται οι ελλειπείς υποδομές που δυσχεραίνουν την παραγωγή της εργασίας καθώς και οι μειωμένοι προϋπολογισμοί για τον αναγκαίο υλικοτεχνικό εξοπλισμό που απαιτεί η τήρηση μεθόδων και ποιοτικών παροχών προς τους ασθενείς.

Μεταξύ των άλλων, η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει πρωτογενώς την εφαρμογή δράσεων και μέτρων με σκοπό την μη επανεμφάνιση μιας συγκεκριμένης νόσου σε έναν πληθυσμό και σε δεύτερο βαθμό την πρόωπη διάγνωση και θεραπεία. Υπό αυτή την έννοια, η μείωση του προσωπικού συνδέεται με την αύξηση των αναγκών και

πιθανά σηματοδοτεί την παραγκώνιση των πολιτικών φροντίδας υγείας έναντι της περίθαλψης. Είναι χαρακτηριστικά τα ακόλουθα αποσπάσματα των συνεντεύξεων:

*« τα κυριότερα προβλήματα είναι η **έλλειψη προσωπικού** η οποία δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών και κουράζει τους ίδιους τους εργαζόμενους, οι οποίοι δουλεύουν για **πολλούς περισσότερους εργαζόμενους**. Επίσης είναι οι **αμοιβές**, που δεν ανταποκρίνονται στο έργο που έχει ο κάθε εργαζόμενος στον χώρο της υγείας. Η **υποχρηματοδότηση** που έχουν τα νοσοκομεία , δημιουργεί προβλήματα με τις **ελλείψεις σε υλικά και σε αναλώσιμα**, τα οποία δυσχεραίνουν το έργο αντιμετώπισης των εργαζομένων και των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τέλος υπάρχει ένα κλίμα γενικότερης ανασφάλειας, επειδή υπάρχουν πολιτικές που μιλάνε για συρρίκνωση των δημόσιων υπηρεσιών και αυτό δημιουργεί προβλήματα γενικότερα στην εργασία μας» (Νοσηλεύτης Γεν. Νοσοκομείου).*

*« Όπως γνωρίζετε αυτή την στιγμή διανύουμε στην Ελλάδα μια περίοδο **κρίσης, όπως λέγεται χαρακτηριστικά**. Ο δημόσιος τομέας **υποφέρει** αυτή την στιγμή από υποστελέχωση και γερασμένο προσωπικό θα έλεγα, στον τομέα της υγείας. **Δεν έχουμε νέες προσλήψεις** εργαζομένων και θα έλεγα ότι ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων είναι πάνω από τα 40 έτη. Επίσης λόγω της κρίσης η **υποχρηματοδότηση** είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, που αυτό έχει να κάνει και με **μειωμένες παροχές** στον πολίτη και επίσης έχει να κάνει με τον εξοπλισμό, ο βιοτεχνικός εξοπλισμός τέλος πάντων που και αυτός είναι γερασμένος σε σχέση με τον αντίστοιχο του ιδιωτικού τομέα, που είναι πιο σύγχρονος, πιο ανταγωνίσimos » (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).*

Ουσιαστικά, προβάλλεται μια δυσλειτουργία του συστήματος καθότι το ήδη υπάρχον προσωπικό εμφανίζει σημάδια αδυναμίας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του όλο και αυξανόμενου πληθυσμού, που προσφεύγει για ιατρικούς λόγους.

3. 2 Η αξιολόγηση της αμοιβής έναντι του έργου

Η μείωση των εργασιακών αποδοχών, δηλαδή του κόστους εργασίας καταγράφεται εντονότερα, όταν τέθηκε στους συμμετέχοντες το ζήτημα της σύγκρισης του έργου και της αμοιβής που παρέχεται. Εδώ, όλοι οι πληροφορητές συγκλίνουν στο γεγονός ότι, οι αμοιβές που λαμβάνουν έχουν μειωθεί σταδιακά την περίοδο μετά το ξέσπασμα της

δημοσιονομικής κρίσης. Όμως, σε αυτόν τον κοινό τόπο, παρατηρούνται δυο κατευθύνσεις. Από τη μία βλέπουμε ότι η πλειοψηφία **δεν κρίνει** ότι υφίσταται αναλογικότητα μεταξύ της παρεχόμενης εργασίας και του μισθού που λαμβάνει και απ' την άλλη σε δυο τουλάχιστον περιπτώσεις διακρίνουμε μια σύγκριση των οικονομικών απολαβών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και υπό αυτή την έννοια οι εργαζόμενοι εμφανίζουν μια ηπιότερη θέση απέναντι στο υφιστάμενο εργασιακό πλαίσιο.

Επιπλέον, η δεύτερη κατηγορία φαίνεται να παραγκωνίζει τα επιχειρήματα που θέτει η πρώτη όπως, η αυξημένη επικινδυνότητα στο πεδίο εργασίας εξαιτίας της φύσης των νοσοκομειακών επαγγελμάτων, το ωράριο εργασίας (κυκλικό, με την παροχή υπηρεσιών και τα σαββατοκύριακα), η συνεχής υπευθυνότητα και η διαχείριση του ανθρώπινου πόνου σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλώντας έτσι όχι μόνο σωματική αλλά και ψυχική κατάπτωση. Στην ίδια κατεύθυνση επισημαίνεται ότι η διαχείριση των αποδεκτών υπηρεσιών δεν συνιστά μια γραφειοκρατικού τύπου εργασία καθώς περιλαμβάνει την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, δηλαδή διαδικασίες και έργο που εξαρτώνται από την κρισιμότητα κάθε περίπτωσης φροντίδας και ασθένειας, την απαρέγκλιτη τήρηση των δεοντολογικών αρχών και τα χαρακτηριστικά ενός ασθενούς. Είναι ενδεικτικά τα ακόλουθα αποσπάσματα των συνεντεύξεων:

«όχι, δεν ανταμείβονται καθόλου ικανοποιητικά σε σχέση με το έργο που παρέχουν. Είναι ένα πάρα πολύ δύσκολο έργο, είναι ένα πάρα πολύ υπεύθυνο έργο. Το κυκλικό ωράριο είναι αυτό, που τους καταβάλλει σωματικά και ψυχικά, το ότι ασχολούνται συνέχεια με ασθενείς, τους επηρεάζει και τους ίδιους και όσοι εργάζονται στα ΤΕΠ και αντιμετωπίζουν τον θάνατο, επηρεάζονται και αυτοί άμεσα» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

«ο τομέας υγείας, που το αντικείμενο του έχει να κάνει με τον πόνο, την ασθένεια, το ανθυγιεινό, το κυκλικό ωράριο, τις αντίξοες συνθήκες, την έλλειψη προσωπικού, για όλα δεν υπάρχουν τα ίδια προβλήματα και σε άλλους τομείς επαγγελματικούς και για αυτό θα πω ότι όντως στον τομέα της υγείας τα πράγματα είναι πιο δύσκολα. Δεν αμείβονται οι υπάλληλοι για αυτά που κάνουν και για αυτά που καταθέτουν» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Οι αλλαγές στις μισθοδολογικές αποδοχές περιγράφονται μέσα σε ένα λόγο περί ανασφάλειας για το μέλλον των αυξημένων ορίων συνταξιοδότησης.

3.3 Μεγαλώνοντας τον ορίζοντα της συνταξιοδότησης

*« Όμως αυτό που έχω να πω είναι ότι, ένας από τους λόγους που δεν έχω ασχοληθεί είναι ότι, από τότε που διορίστηκα ακούω συνεχώς ότι όταν θα φτάσει η ώρα για την δική μου σύνταξη, **εμείς σύνταξη δεν θα πάρουμε ποτέ**» (Κοινωνική Λειτουργός Γεν. Νοσοκομείου).*

Οι παραπάνω γραμμές εκφράστηκαν σε μια συζήτηση με μια εκ των νεότερων ηλικιακά εργαζόμενων που συμμετείχαν, η οποία στο ερώτημα αξιολόγησης του νέου συνταξιοδοτικού συστήματος απάντησε ότι δεν έχει ασχοληθεί και δεν διαθέτει κάποια πληροφόρηση γι' αυτό. Στη λίστα αυτή, προστίθενται ακόμη τρεις εργαζόμενοι οι οποίοι δηλώνουν ότι δεν διαθέτουν μια ολική γνώση των πολιτικών γύρω από το συνταξιοδοτικό δικαίωμα, έχοντας όμως συγκρατήσει ορισμένα κύρια χαρακτηριστικά όπως η αύξηση ασφαλιστικών εισφορών και ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης. Το νέο κλίμα που διαμορφώθηκε δημιουργεί κοινωνικές και κλαδικές εντάσεις καθώς κάτω από το βάρος του ιδιαίτερου εργασιακού περιβάλλοντος, οι συνεντευξιαζόμενοι κρίνουν ως **άδικο** το νέο συνταξιοδοτικό σύστημα καθώς λειτουργεί οριζόντια προς όλους τους εργαζόμενους του δημοσίου τομέα. Είναι ενδεικτικό το ακόλουθο απόσπασμα συνέντευξης:

*« το θεωρώ **άδικο** για αυτούς που έχουν διοριστεί πριν από το '92 και μέσα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είμαι και εγώ και πιστεύω ότι δεν μπορούν οι νοσηλευτές και όσοι εργάζονται σε επαγγέλματα υγείας, να είναι **στο ίδιο «τσουβάλι»** με τους άλλους δημόσιους υπαλλήλους ή με άλλους που δουλεύουν σε γραφεία. Πιστεύω ότι θα πρέπει να παίρνουν πολύ νωρίτερα σύνταξη σε σχέση με άλλους δημοσίους υπαλλήλους που δουλεύουν σε γραφεία» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).*

Επίσης, η αδυναμία ανανέωσης του προσωπικού επανεμφανίζεται σαν ένας εγκλωβισμός των σημερινών εργαζόμενων, οι οποίοι καλούνται να στηρίξουν τα ασφαλιστικά ταμεία, με σκοπό την κάλυψη μεταξύ άλλων και όσων εργαζομένων

αποχώρησαν, έχοντας παράσχει λιγότερα χρόνια εργασίας. Είναι ενδεικτικό το ακόλουθο απόσπασμα συνέντευξης:

« το συνταξιοδοτικό σύστημα θα έπρεπε να έχει ξεκινήσει μια τριακονταετία νωρίτερα για να μην βρισκόμαστε σήμερα σε αυτό το επίπονο στάδιο που βρισκόμαστε.

Θεωρώ ότι είναι δίκαιο, θα έπρεπε να έχει εφαρμοστεί, γιατί θεωρώ αδιανόητο το να έβγαιναν σε σύνταξη με δεκαπενταετία από υπηρεσίες και να παίρνουν πάρα πολύ καλά λεφτά και να είναι ήδη κάποιοι συνταξιούχοι από τα 35 τους, τα 40 ή τα 45 και να πληρώνονται τώρα από την σύνταξη τους κανονικά από τους ελάχιστους που έχουμε μείνει να δουλεύουμε στον δημόσιο χώρο, κυρίως στον δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό βέβαια» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Το αίσθημα αδικίας που εκβάλλει γίνεται εντονότερο, όταν συνυπολογίζεται στη σκέψη των εργαζόμενων, η δυνατότητα αποδοτικότητας σύμφωνα με τα νέα οριζόμενα όρια συνταξιοδότησης και η μετέπειτα περίοδος με μειωμένες συνταξιοδοτικές παροχές. Είναι χαρακτηριστικό το ακόλουθο απόσπασμα συνέντευξης:

« παλιά οι συντάξεις που έπαιρναν οι άνθρωποι, ήταν αξιοπρεπείς. Σήμερα με αυτά που ακούμε και αυτά που βλέπουμε, οι συντάξεις δεν θα είναι αξιοπρεπείς. Ο κόσμος δεν θα μπορεί να ζήσει με τις συντάξεις αυτές, θα είναι συντάξεις πείνας, ίσα για τα φάρμακα. Όταν θα φτάσουμε να παίρνουμε την κατώτατη σύνταξη, θα έχουμε συντάξεις χειρότερα και από την Βουλγαρία. Πολλοί συνάδελφοι έχουν πληρώσει πολλές εισφορές και τώρα να πάνε τσάμπα όλες αυτές οι εισφορές, είναι άδικο. Με το νέο σύστημα από ότι ακούγεται, κάποιοι άνθρωποι που έχουν δουλέψει πολλά χρόνια και έχουν πληρώσει με άλλο σύστημα, θα συνταξιοδοτηθούν με το νέο σύστημα και η σύνταξη τους θα είναι πάρα πολύ λίγη, θα είναι ελάχιστη. Συντάξεις πείνας και είναι άδικο θεωρώ» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Ο λόγος για το τι είναι δίκαιο και τι άδικο μεταφέρεται και συνομιλεί με τη πληθώρα των κλαδικών και εργασιακών συνθηκών. Ένα κοινό σημείο σε αυτά τα χρόνια της κρίσης και της συνεχούς μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος στη χώρα είναι το βίωμα της αβεβαιότητας. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων:

« αβέβαιο, μεγάλη αβεβαιότητα και όσο πλησιάζεις προς την σύνταξη βλέπεις ότι οι παροχές που είχες πληρώσει, δεν πρόκειται να τις δεις ποτέ πίσω, να σου έρχονται και δεν ξέρεις τι θα γίνει με το νέο καθεστώς» (Νοσηλευτής Γεν. Νοσοκομείου).

« καταρχήν δεν ξέρει το μέλλον του. Δεν ξέρει ούτε το παρόν, ούτε το μέλλον του, ακόμα και αν είναι δημόσιος υπάλληλος, παρά ταύτα στα τόσα που ακούγονται κάθε μέρα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, θεωρώ ότι είναι το ίδιο ανασφαλής με έναν που δουλεύει στον ιδιωτικό τομέα. Όχι τόσο για το αν θα συνεχίσει να εργάζεται, όσο για το αν θα συνεχίσει να βρίσκεται στον χώρο που εργάζεται ή αν θα χρειαστεί να πάει σε κάποιο άλλο μέρος ή σε κάποιον άλλο τόπο και γενικά υπάρχουν πάρα πολλά προβλήματα που τον απασχολούν. Εκτός από αυτό και το οικονομικό είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα, που αρκετούς δημοσίους υπαλλήλους τους ταλαιπωρεί καθημερινά » (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Κλείνοντας αυτή τη θεματική, βλέπουμε ότι η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του νέου συνταξιοδοτικού χάρτη για τους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα στο χώρο της υγείας φέρνει στο προσκήνιο διχοτομήσεις και επίκληση της κλαδικότητας. Επιπρόσθετα, ένα μέρος των συμμετεχόντων διατυπώνουν αντιλήψεις για όσους έχουν συνταξιοδοτηθεί, οι οποίες βρίσκονται στην αντίθετη πλευρά της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, δομώντας τους «ευνοημένους» αποχωρήσαντες και τους «ηττημένους» παραμείναντες.

3. 4 Οι επιπτώσεις του νέου πλαισίου

Ο χώρος της υγείας στελεχώνεται από δημόσιους λειτουργούς με σκοπό την κάλυψη των ιατρικών αναγκών του κοινωνικού συνόλου. Το σύνθετο πλέγμα απόψεων, περιπλέκεται ακόμη περισσότερο αν αναλογισθούμε ότι, αυτό το σώμα εργαζομένων έχει δεχθεί και συνεχίζει να δέχεται αρνητικές κριτικές, με αφορμή τα ποσοστά στελέχωσης, τα ζητήματα οργανωσιακής κουλτούρας, όσο και για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται.

Στο νέο πλαίσιο εργασίας, η μείωση προσωπικού σε συνδυασμό της αύξησης του φόρτου εργασίας έχει φέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο εργασιακό όσο και στο

οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα στην καθημερινότητα του εργασιακού βίου φαίνονται να αναπτύσσονται προστριβές, καθώς το πλάνο της ζωής που σπα σε επίπεδα βρίσκεται αντιμέτωπο με την αβεβαιότητα. Αυτό, όπως είναι φυσικό παρασύρει με την σειρά του το οικογενειακό περιβάλλον και τα κοινωνικά δίκτυα. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων:

*« φυσικά θα πω ότι έχουν επηρεάσει τους εργαζόμενους οι αλλαγές αυτές από το συνταξιοδοτικό, κάποιους τους έχει **ρίξει πιο πολύ ψυχολογικά, μπορεί να μην έχουν διάθεση να δουλέψουν** όπως δούλευαν πριν, καταπονούνται πιο εύκολα με τις βάρδιες, δεν υπάρχει η ελπίδα ότι θα βγούμε νωρίς στην σύνταξη, όπως το είχαν προγραμματίσει στο μυαλό τους, δεν θα πάρουν τα χρήματα που πίστευαν ότι θα πάρουν, υπάρχει μια αλλαγή σε αυτό το θέμα. Όσον αφορά τους αποδέκτες, «τους πελάτες» του συστήματος υγείας, θα πω ότι προσπαθούμε να μην φανεί αυτό στους ασθενείς, στον επισκέπτη που θα έρθει στον χώρο της υγείας για να πάρει κάποιες υπηρεσίες από εμάς. Θέλω να πιστεύω ότι, δεν έχουμε φτάσει στο να κάνουμε έκπτωση στις παροχές μας απέναντι στον ασθενή και στο περιβάλλον του ασθενή. Όσον αφορά την συνεργασία μας με την διοίκηση στον φορέα που δουλεύουμε, θεωρώ ότι δεν έχει διαταραχτεί ιδιαίτερα, γιατί δεν είναι κάτι που αφορά την διοίκηση, είναι πιο κεντρικά οι αποφάσεις και οι εντολές, οπότε, οποιαδήποτε διοίκηση και να είναι, θα προσπαθήσει να υλοποιήσει τους στόχους και τα θέματα που μπορούμε να λύσουμε επί τόπου, στον φορέα που δουλεύουμε» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).*

« υπάρχει μια ανασφάλεια, όσον αφορά το οικονομικό, διότι υπάρχει ο φόβος του να μην μπορέσω να καλύψω τις οικονομικές μου υποχρεώσεις σε κάποιο πλάνο που έχω βάλει, σε κάποιες υποχρεώσεις μου, είτε αυτό είναι δάνειο, είτε είναι κάποιο όνειρο που είχα βάλει στο μυαλό μου να πραγματοποιήσω. Τώρα προφανώς έχουμε μαζευτεί λίγο από τον φόβο ή δεν φτάνουν τα χρήματα για να ζήσουμε όπως ζούσαμε με τους φίλους μας, τις παρέες μας και τους συγγενείς μας ή να πραγματοποιήσουμε αυτά που θέλουμε για την οικογένεια μας. Θεωρώ ότι έχουμε μαζευτεί, έχουμε στενέψει σε αυτό το επίπεδο κυρίως οικονομικά» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

« Σίγουρα όλα επηρεάζονται. Σε σχέση με το προσωπικό, υπάρχει ένας εκνευρισμός, η κούραση είναι μεγάλη όταν ξέρουμε ότι θα δουλεύουμε συνέχεια απογεύματα και νύχτες. Είναι σίγουρο ότι πρώτα από όλα θα υπάρχει γκρίνια με το προσωπικό. Επίσης είναι

σίγουρο, ότι θα επηρεαστούν όλοι όσοι έχουμε να φροντίσουμε και με τους ασθενείς θα είμαστε πιο εκνευρισμένοι και πιο κουρασμένοι. Σίγουρα και η διοίκηση θα μας ενοχλεί για οτιδήποτε και να κάνει, είτε είναι σωστό, είτε είναι λάθος, όταν υπάρχει τόση κούραση και εκνευρισμός και τόσο μεγάλη ευθύνη για να αντιμετωπίσουμε όλα αυτά τα περιστατικά, σίγουρα θα μας φταίει η διοίκηση. Σίγουρα δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα για συνενώσεις με φιλικό περιβάλλον. Στο οικογενειακό περιβάλλον τα προβλήματα πάντα είναι μεγάλα όταν δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τι θα δουλεύουμε την άλλη μέρα, όταν δεν γνωρίζουμε τα ωράρια μας, δεν μπορούμε να έχουμε κάποια σειρά στην ζωή μας, ένα πρόγραμμα το οποίο να μπορούμε να τηρούμε και να κάνουμε κάτι για τον εαυτό μας, είναι σίγουρο ότι δεν μπορούμε. Οπότε αποτραβιόμαστε και από τους φίλους μας και από την οικογένεια, σε όλους τους τομείς» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Η «άγνοια για το αύριο», η λεγόμενη αβεβαιότητα, επηρεάζει τη διάθεση για εργασία, προκαλεί εκνευρισμό στα τρία επίπεδα σχέσεων που αναπτύσσονται στο περιβάλλον της υγείας:

α. σχέσεις με τους αποδέκτες φροντίδας υγείας.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν εκφράζουν κοινές απόψεις. Ορισμένοι θεωρούν ότι οι σχέσεις δεν φέρουν χαρακτήρα σύγκρουσης ενώ άλλοι το αντίθετο. Οι πιθανές αντιδράσεις με κατεύθυνση το προσωπικό στις δομές υγείας οφείλονται όχι μόνο στο πνεύμα των διαπροσωπικών επαφών μεταξύ ασθενούς και εργαζόμενου αλλά και στο δραστικό περιορισμό του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας, ο οποίος αποτελούσε κεντρικό όρο του «σχεδίου διάσωσης» στη συμφωνία με τους δανειστές (Πετμεζίδου 2015:100). Όπως πληροφορούμαστε, «αυτό επιδιώκεται μέσω ενός συνδυασμού μέτρων, με στόχο την αναχαίτιση της κατασπατάλησης πόρων, την προαγωγή οικονομικών κλίμακας, τον εξορθολογισμό της διοίκησης, της κοστολόγησης και των μεθόδων πληρωμής των νοσοκομείων καθώς και την αναδιάταξη των ανθρώπινων πόρων (Πετμεζίδου 2015:100).

Σε σχέση με τις αναφερόμενες σχέσεις, μεταξύ προσωπικού και ασθενών οφείλουμε να προσθέσουμε και τον παράγοντα του μετασχηματισμού της ιατρικής πρακτικής. με τις αλλαγές στο ρόλο του ασθενούς από υποκείμενο που αναζητά την ιατρική φροντίδα

και θεραπεία σε αντικείμενο ιατρικής παρέμβασης. Αυτή η μεταβολή, σύμφωνα με τον Fitzpatrick (2004: 352), αποτελεί τον πυρήνα των εντάσεων και των συγκρούσεων στις σχέσεις που αναπτύσσονται. Επισημαίνει χαρακτηριστικά ότι «από την πλευρά των γιατρών μια ματιά στα δημοφιλή, εβδομαδιαία περιοδικά με ειδήσεις από τον κόσμο των γενικών γιατρών, αποκαλύπτει μια ενασχόληση με τη βία που προέρχεται από ασθενείς, με τακτικές περιγραφές επιθέσεων, με λεπτομέρειες για μαθήματα αυτοάμυνας και τεχνικές ασφάλειας, καθώς και με περιγραφές ειδικών διακανονισμών μεταξύ ιατρών και αστυνομίας». Όπως φανερώνουν τα παραπάνω αποσπάσματα, αυτός ο προβληματισμός σε συνδυασμό με την επαγγελματική ανασφάλεια, δεν αφορά μόνο το σώμα των ιατρών αλλά και ευρύτερα του εργαζόμενου πληθυσμού που έρχεται σε επαφή με το κοινό των ασθενών ή και συγγενικών προσώπων. Επιπλέον στην όλη συζήτηση οφείλουμε να προσμετρήσουμε και τα ζητήματα κοινωνικής και οικονομικής ανισότητας που μπορούν να επιδράσουν αρνητικά σε αυτή τη σχέση (Bradby 2010:171-172).

β. σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων

Οι σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων φαίνεται πως έχουν επηρεαστεί επιφέροντας σε ορισμένες περιπτώσεις και χαρακτήρα σύγκρουσης

γ. σχέσεις με την διοίκηση του φορέα

Και εδώ όπως και στην πρώτη κατηγορία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν εκφράζουν κοινές απόψεις. Ορισμένοι θεωρούν οι σχέσεις δεν φέρουν χαρακτήρα σύγκρουσης ενώ άλλοι το αντίθετο. Η απόσταση μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων αποτελεί μια στρατηγικά λανθασμένη επιλογή καθότι η εργασία αποτελεί τον βασικότερο παραγωγικό συντελεστή στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία αποτελεσματική διοίκηση θα πρέπει να προβαίνει σε αποφάσεις οι οποίες θα στοχεύουν στην άριστη αξιοποίηση του παραγωγικού συντελεστή «εργασία», διαπιστώνοντας τα προβλήματα που επικρατούν κατά την παραγωγική διαδικασία και παρατηρώντας τη συμβολή των επιμέρους ειδικοτήτων ανθρώπινων πόρων, έχοντας ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας με ποιοτικό χαρακτήρα.

3.5 Εργασιακά Δικαιώματα και Συλλογικές Διεκδικήσεις

Η ανάλυση των συνεντεύξεων δείχνει δίχως να υπάρχει ουδεμία πρόθεση γενίκευσης στο σύνολο του εργαζόμενου πληθυσμού ότι ένας στους τρεις εργαζόμενους δεν συμμετέχουν σε φορείς συλλογικής και συνδικαλιστικής δράσης. Σε όσους συμμετέχουν το κίνητρο που διαπερνά τα λεγόμενα τους είναι η διεκδίκηση των εργασιακών δικαιωμάτων, η επίλυση προβλημάτων του κλάδου και παράλληλα η ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων:

« ναι συμμετέχω γιατί πιστεύω, ότι η διεκδίκηση ειδικά για τα δικαιώματα των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, είναι ουσιαστικά διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ασθενών για να έχουν καλύτερη περίθαλψη και παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Είμαστε η φωνή τους, είμαστε αυτοί που διεκδικούμε για αυτούς και πιστεύω ότι όλοι οι εργαζόμενοι στον χώρο την υγείας έχουμε το καθήκον, οργανωμένα, να διεκδικούμε για να καλυτερεύουν οι συνθήκες παρεχόμενων υπηρεσιών για να μπορούν οι πολίτες να παίρνουν καλύτερες υπηρεσίες» (Νοσηλεύτης Γεν. Νοσοκομείου).

« συμμετέχω στο σωματείο του εργασιακού μου χώρου όσο μπορώ και συμμετέχω στον σύλλογο του Δ.Ε νοσηλευτών στο οποίο ανήκω και προσπαθούμε να λύσουμε τα προβλήματα μας, να αναγνωριστεί και το δικό μας έργο, να μην είμαστε στα ανύπαρκτα» (Νοσηλεύτρια Γενικού Νοσοκομείου).

Σε ορισμένες συζητήσεις, όπως η παρακάτω, αποτυπώνονται επίσης και αξιολογικές του συλλογικού οργάνου σκέψεις με αφορμή επίκαιρα ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει.

« το συνδικαλιστικό σύστημα είναι κατ' εικόνα και ομοίωση μας, εμείς το έχουμε φτιάξει, επιλογή των εργαζομένων μας και τον τρόπο που σκεφτόμαστε, αλλά χρειαζόμαστε ένα ισχυρό συνδικαλιστικό σύστημα που ήταν πραγματικά συνδικαλιστικό και να μην προσπαθεί ούτε να αναπαράγει εξουσίες, να έχει με στόχευση αλλά και χωρίς πράγματα τα οποία γελοιοποιούν τον συνδικαλισμό, όχι μόνο στα μάτια των εργαζομένων τους οποίους εκπροσωπεί αλλά και στα μάτια όλων των υπολοίπων. Ένα συνδικαλιστικό σύστημα που λέει μην πειράζεται τους εργαζόμενους με πλαστά πτυχία, ο άλλος που το ακούει και είναι σπίτι του και δεν έχει το πλαστό πτυχίο και έχει

μείνει απέξω, τον βάζει απέναντι του. Ο συνδικαλιστής και ο εργαζόμενος είναι μέλος μιας κοινωνίας, δεν μπορεί να βρεθεί απέναντι σε όλη την κοινωνία, αλλά δεν μπορούμε να στηριζόμαστε απέναντι στο δικό μας συνδικαλιστικό σύστημα, δεν ξέρω τι θα γίνει, αν θα μπορέσει να ανατραπεί στο μέλλον και να αποκτήσουμε συνδικαλιστικές ηγεσίες, πολύ πιο πραγματικά συνδικαλιστικές, το έχουμε ανάγκη, ίσως τα πράγματα να ήταν καλύτερα, αν είχαμε τέτοιες ηγεσίες και στο δημόσιο και στο ιδιωτικό τομέα» (Βιβλιοθηκονόμος Γεν. Νοσοκομείου).

Μέσα σε αυτήν την κατηγορία τοποθετούνται και όσοι δεν συμμετέχουν και οι λόγοι επιφυλακτικότητας που επικαλούνται σχετικά με την συλλογική και συνδικαλιστική δράση έχουν να κάνουν με τα δίκτυα σχέσεων που αναπτύσσονται σε αυτούς του χώρους, στις τάσεις κατακερματισμού που εμφανίζουν, είτε κρίνοντας τους ως ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς στη διεκδίκηση δικαιωμάτων και επίλυση των προβλημάτων που υφίσταται ο κλάδος των παροχών υγείας. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων:

« σαν εργαζόμενος έχω εγγραφεί στην ΠΟΕΔΗΝ και ο λόγος είναι ότι έχουν εγγραφεί όλοι οι εργαζόμενοι. Δεν έχω σκεφτεί, ούτε συζητήσει, ούτε μελετήσει τι προσφέρει η ΠΟΕΔΗΝ. Αυτό συνέβη από όταν διορίστηκα στο δημόσιο. Στα μετέπειτα μου χρόνια και δη την τωρινή κατάσταση, είμαι αρνητική με όσα συμβαίνουν σε αυτό το σωματείο εργαζόμενων και στο πως διαχειρίζονται τα θέματα και πολλές φορές ντρέπομαι κιόλας και δεν είναι καθαρά θέμα πολιτικής παράταξης γιατί δεν είναι αυτό το πρόβλημα μου. Είναι το πώς γίνεται η διαχείριση των θεμάτων που αφορούν τους εργαζόμενους, είμαι αντίθετη. Παλαιότερα δεν είχε τύχει να ασχοληθώ με το σωματείο ιδιαίτερα, είχε τύχει να ακούσω διάφορα για το σωματείο το οποίο βρισκόμουν. Εγώ έχω αντίθετη άποψη για τους εργαζόμενους, θεωρώ ότι πρέπει να είναι όλοι ίσοι και να μην υπάρχει διαχωρισμός ανάλογα με το ποίος είναι φίλος, ποίος είναι γνωστός, ποίος είναι πληροφοριοδότης και θεωρώ ότι πρέπει να είναι όλοι ίσοι. Για αυτό τον λόγο τις περισσότερες φορές απέχω» (Νοσηλεύτρια Κέντρο Υγείας).

« συμμετέχω στην ΠΟΕΔΗΝ και στην ΑΔΕΔΥ, όντας σαν δημόσιος υπάλληλος γιατί σαφώς μέσα από την συλλογικότητα μπορείς να διεκδικήσεις πολύ καλύτερα ορισμένα πράγματα. Ταυτόχρονα από την άλλη υπάρχει και ο συνδικαλιστικός φορέας των νοσηλευτών, ο οποίος όμως για κάποιους λόγους κρατείται από συγκεκριμένες

κομματικές τάσεις και βλέπει τα πράγματα κάπως μονομερώς. Ο χώρος μας, εδώ και 30 χρόνια που είμαι εργαζόμενη είχε να κάνει με την ΠΟΕΔΗΝ και την ΑΔΕΔΥ που ήταν ενιαία οι εργαζόμενοι όλου του χώρου του νοσοκομείου. Από την άλλη άρχισε να αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου, ένας κλαδικός συνδικαλισμός, ένας αυστηρά κλαδικός συνδικαλισμός που διαχώριζε τον εργαζόμενο στην υγεία, ανάμεσα σε τεχνολογικής εκπαίδευσης και έβγαζε μέσα από αυτό το κομμάτι τον απόφοιτο την δευτεροβάθμιας, δημιουργώντας ταυτόχρονα κόντρες μέσα στον ίδιο χώρο. Όλα αυτά τα πράγματα μόνο κακό μας έκαναν. Από την άλλη αρχίσαμε να νιώθουμε μέσα από την πορεία των χρόνων ότι και αυτοί που ήθελαν να τον δουν σαν ενιαίο τον χώρο, ταυτόχρονα επενδύανε σε συγκεκριμένες ομάδες όπως είναι οι διοικητικοί υπάλληλοι. Δεν θεωρώ ότι κανένα από τα δυο πέτυχε την συλλογικότητα. Και οι δυο φορείς που προσπάθησαν να στηρίξουν, είχαν αντίθετες κατευθύνσεις. Επίσης, ότι ο καθένας χρησιμοποίησε τον κακό συνδικαλισμό για την προσωπική του ανέλιξη, ήταν δηλαδή το σκαλοπάτι για να πατήσει, για να διαλέξει τους χώρους που ήθελε να βαδίσει. Όλο αυτό έφερε πολυδιάσπαση στον χώρο μας» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

« όχι, δεν έχω συμμετάσχει ποτέ. Δεν με καλύπτουν οι συνδυασμοί και όχι τόσο τα άτομα, όσο το αποτέλεσμα και όλα αυτά που γίνονται, γιατί όλα είναι μέσα σε πλαίσια που και αυτοί από την πλευρά τους δεν μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα. Βέβαια δεν ξέρω αν είναι σωστό, μπορεί να είναι και λάθος, το να μην συμμετέχεις και διεκδικείς πράγματα, αλλά στην παρούσα φάση που ήμουν δεν είχα σκεφτεί ποτέ να συμμετάσχω σε κάτι τέτοιο» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

Βέβαια, στο ερώτημα κατά πόσον κρίνουν ότι μέσω των διεκδικήσεων των συλλογικών οργάνων και ανάλογων φορέων δύναται να αρθούν οι επιπτώσεις του νέου συνταξιοδοτικού περιβάλλοντος παρατηρείται από τη μία εργαζόμενοι που συμμετέχουν να μην διαβλέπουν τη δυνατότητα αλλαγής των νέων συνθηκών συνταξιοδοτικής ανασφάλειας και από την άλλη μεριά εργαζόμενοι που δεν συμμετέχουν να κρίνουν ότι υφίστανται βάσεις αλλαγής του δομικού πλαισίου. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων για την πρώτη περίπτωση,

« συμμετέχω φέτος για πρώτη φορά στο σωματείο του νοσοκομείου που δουλεύω [...] Θεωρώ ότι είναι δύσκολο να καταφερθούν πράγματα. Βέβαια τα συνδικαλιστικά όργανα κάτι προσπαθούμε να κάνουμε μέσα από τις απεργίες, τις κινητοποιήσεις και όλα

αυτά. Από την άλλη, όταν η εκάστοτε κυβέρνηση παίρνει μια απόφαση, είναι δύσκολο να την ανατρέψουν οι κινητοποιήσεις μας, δυστυχώς. Όσο για το ασφαλιστικό σύστημα στην χώρα μας, είπαμε ότι όσο πάει χειροτερεύει» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

« ναι συμμετέχω [...] Πιστεύω ότι είναι πολύ δύσκολο γιατί πλέον η διαδικασία του νέου συνταξιοδοτικού περιβάλλοντος δεν αφορά μόνο την χώρα μας. Είναι γενικά μια πολιτική που εφαρμόζεται σχεδόν στο σύνολο της Ευρώπης και στις υπόλοιπες χώρες τα όρια ηλικίας αυξάνονται σχεδόν σε όλο τον Ευρωπαϊκό χώρο. Χώρες που δεν αντιμετώπιζανε προβλήματα στον συνταξιοδοτικό τους κουμπαρά και με τα χρήματα της καταβολής των συντάξεων, αυξάνουν τα όρια τους. Υπάρχει μια αντίληψη ότι μπορούν οι άνθρωποι και πέρα από τα 62, 65 που ήταν ο μέσος όρος συνταξιοδότησης, να πάνε στα 67 και σε κάποιες χώρες να φτάνουν και μέχρι τα 70. Κατανοείτε ότι όταν αυτό είναι κυρίαρχη ασκούμενη πολιτική, οποιαδήποτε διεκδίκηση για να αλλάξουν τα όρια είναι δύσκολη γιατί δεν έχει και την στήριξη από την ευρύτητα της κοινωνίας. Δεύτερον το οικονομικό είναι άμεσα συνδεδεμένο με την κατάσταση της χώρας μας. Ένα συνταξιοδοτικό πρέπει να είναι προσαρμοσμένο των χρημάτων που μπορεί να εισπράττει και να εισβάλει αυτό το σύστημα. Με 1,5 εκατομμύριο ανεργία, με μια επιτροπεία που πάει μέχρι το 2060 είναι δύσκολο να αρθούν οι επιπτώσεις του νέου συνταξιοδοτικού περιβάλλοντος και το άσχημο είναι ότι αυτές οι επιπτώσεις όχι μόνο δεν πρόκειται να αρθούν, αλλά φαίνεται να επεκτείνονται και σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

όσο και για την δεύτερη περίπτωση:

« δεν συμμετέχω [...] Βεβαίως και μπορούν να αρθούν, θέλουμε μαζικότητα, θέλει αγώνα, θέλει συσπείρωση και νομίζω ότι με μια καλή θέληση και όλα αυτά, γίνονται πολλές αλλαγές» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

3.6 Προτάσεις των εργαζομένων για το συνταξιοδοτικό σύστημα

Οι προτάσεις που καταγράφονται, όπως ήταν φυσικό, είναι πολύπλευρες και με ποικίλες αφετηρίες σκέψης. Παρατηρώντας τις κοινωνικές εξελίξεις οι οποίες αλλάζουν ριζικά το τοπίο του κοινωνικού και εργασιακού βίου, είναι δύσκολο να αποτυπωθεί με

ευκολία ποιο σύστημα κοινωνικής προστασίας έχει μεγαλύτερα περιθώρια επιβίωσης στο μέλλον. Μεταξύ των συμμετεχόντων μπορούν να βρεθούν ως τόποι σύγκλισης η εφαρμογή ενός συστήματος που θα βασίζεται στην αναλογικότητα μεταξύ ασφαλιστικής εισφοράς και παροχών καθώς και στην αναλογικότητα βάση των συνθηκών εργασίας. Είναι ενδεικτικά τα παρακάτω αποσπάσματα συνεντεύξεων:

« να το δουν λίγο καλύτερα οι υπεύθυνοι που ασχολούνται με αυτά και να υπάρχει ένα σωστό όριο ηλικίας συντάξεως. Εντάξει, ούτε στα 35 αλλά ούτε και στα 65, ειδικά στον χώρο τον δικό μας. Μια μέση ηλικία θεωρώ ότι είναι νορμάλ και γενικά πρέπει να το ξανακοιτάζουν και να βγάλουν πιο σωστές αποφάσεις σε αυτό το θέμα» (Νοσηλεύτρια Γεν. Νοσοκομείου).

« το ασφαλιστικό σύστημα θα πρέπει να γίνει πολύ πιο δίκαιο. Αυτοί που πληρώνουν τα ένσημα τους όλα θα πρέπει να έχουν κάτι παραπάνω από αυτόν που έχει δεν έχει όλα τα ένσημα έτσι όπως ορίζει ο νόμος. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει μια μέριμνα για όλους τους ανθρώπους. Σαν ασφαλιστικό σύστημα θέλει αναδιαμόρφωση με πολύ μεγάλη προσοχή. Επειδή εγώ βρίσκομαι πολύ κοντά στην σύνταξη, συμπληρώνοντας τα χρόνια και τα ένσημα όλα κανονικά και με το παραπάνω, ο προβληματισμός μου είναι η οικονομική κατάσταση. Ενώ περίμενα να έχω μια καλύτερη σύνταξη οικονομικά, τώρα διαπιστώνω από τους γύρω μου και από τους ανθρώπους που έχουν δουλέψει, γιατί έχω βαρέα ένσημα, την μείωση των χρημάτων. Με προβληματίζει και πολλές φορές μου μπαίνει το δίλλημα να συνεχίσω να δουλέψω ακόμα, γιατί έχω ανάγκες οικονομικές. Με προβληματίζει και είμαι ακόμα σε αυτό το δίλλημα, δεν μπορώ να ξεκαθαρίσω τι θέλω. Λίγο ακόμα να δουλέψω το χρειάζομαι γιατί έχω οικονομικές υποχρεώσεις, εκτός αν το σύστημα σου πει μέχρι εδώ. Εφόσον έχεις συμπληρώσει την ηλικία σου και τα ένσημα πρέπει να αποχωρήσεις, τότε θα αποχωρήσω» (Νοσηλευτής Γεν. Νοσοκομείου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Συμπεράσματα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αναγνωρίζουν τις παθογένειες του ασφαλιστικού συστήματος, όπως αυτό διαμορφώθηκε στο πέρασμα των προηγούμενων δεκαετιών. Ο λόγος περί συνταξιοδοτικής ανασφάλειας βάζει στο επίκεντρο το σύνολο των προβλημάτων, που αντιμετωπίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία, κάτω από το νέο ενοποιημένο καθεστώς.

Ωστόσο, οι εισοδηματικές απώλειες εγγράφουν στις επαγγελματικές ταυτότητες ένα κοντινό και μακρινό μέλλον αβεβαιότητας. Ειδικότερα, στο χώρο της υγείας, που όπως είδαμε, αποτελεί μια ιδιαίτερη εργασιακή συνθήκη που κυριαρχούν το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση, η αύξηση των ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης δημιουργεί μια αίσθηση κυριολεκτικής κατάρρευσης, του μέχρι πρότινος προγραμματισμού για το μέλλον. Έτσι, η αβεβαιότητα, το άγνωστο και ασταθές για το «πλάνο της ζωής» γίνεται ο χώρος διαπραγμάτευσης των πολλαπλών ταυτοτήτων που εμφανίζει ένας σύγχρονος εργαζόμενος. Οι επιπτώσεις εμφανίζονται στο πεδίο των κοινωνικών και επαγγελματικών σχέσεων, με αποτέλεσμα οι συνέπειες πέραν του οικογενειακού και κοινωνικού βίου να πλήττουν και τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς, οι οποίοι βιώνουν απ' τη δική τους μεριά, όσα επέφερε η δημοσιονομική κρίση μετά το 2008.

Το κοινωνικό ζήτημα όμως στα τέλη του 19^{ου} αιώνα γέννησε αντιδράσεις, οι οποίες βρήκαν ένα έδαφος συντονισμού και διεκδίκησης μέσω του εργατικού κινήματος. Η σημερινή περίοδος, πέραν των προβλημάτων που φανερώνει η εξέλιξη της ιστορίας του συνδικαλιστικού κινήματος στη χώρα, βρίσκει απέναντί της εχθρικά μια εξατομικευμένη αντίληψη του κοινωνικού βίου. Οι δεσμοί μεταξύ συνάδελφων έχουν εξασθενήσει. Στην έρευνα μας φάνηκε ότι η συμμετοχή σε ένα θεσπισμένο φορέα διεκδίκησης των εργασιακών δικαιωμάτων, εν προκειμένω του δημοσίου τομέα, δεν σηματοδοτεί απαρέγκλιτα τη πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα και δυναμική αλλαγής και ανατροπής των συνταξιοδοτικών και εργασιακών μέτρων λιτότητας.

Στα όρια της αποτελεσματικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων παραγκωνίζεται η αξιοπρεπής αντιμετώπιση των πολιτών και η γήρανση του προσωπικού αποδυναμώνει τις όποιες ελπίδες ουσιαστικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Η ρευστότητα και η αβεβαιότητα με αναφορά τη συνταξιοδότηση και το εργασιακό παρόν επηρεάζουν και

τροποποιούν το πεδίο της συγκρότησης των επαγγελματικών ταυτοτήτων μεταξύ άλλων και στο στρεσογόνο περιβάλλον της υγείας. Η συμμετοχή στους θεσπισμένους φορείς συνδικαλιστικής δράσης κρίνεται σημαντική για το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα δίχως να είναι βέβαιη η αποτελεσματικότητά της. Ωστόσο, οι συλλογικές δράσεις “από τα κάτω”²⁴, δύναται να επαναπροσδιορίσουν την εργασιακή και κατ’ επέκταση τη συνταξιοδοτική ανασφάλεια, διεκδικώντας μία κοινωνική Ευρώπη ενάντια στις κοινωνίες της αβεβαιότητας ή πώς να ξεφύγουμε από την παντοδυναμία της οικονομίας (Touraine 1999).

Καταλήγοντας, μέσα από την έρευνα μας, η όλη προβληματική ανέδειξε δυο καίρια ερωτήματα στα οποία καλούνται οι κοινωνικές επιστήμες να απαντήσουν, χρησιμοποιώντας παραδείγματα πέραν του τομέα των υπηρεσιών υγείας:

Η αβεβαιότητα, σύμμαχος και συνεργός της αντεργατικής λιτότητας του νεοφιλελεύθερου δόγματος, κατάφερε να παγιωθεί στον κοινωνικό ιστό ως ένας νέος τύπος υποκειμένου αδύναμου να αντιδράσει;

Οι κοινωνίες της κρίσης είναι το υπόδειγμα της κοινωνικής και πολιτικής οργάνωσης του μέλλοντος;

Κλείνοντας και βάση των ανωτέρω ερωτημάτων πιστεύουμε ότι απαιτείται μια περαιτέρω διεύδυση των επιστημών της κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια μιας συγκριτικής ανάλυσης των δεδομένων που κατατίθενται σήμερα και αυτών που δύναται να αντληθούν σε μια μελλοντική μετα-έρευνα με συμμετέχοντες εκπροσώπους του ίδιου εργασιακού τομέα.

²⁴Βλ. Ψημίτης (2017).

Μέρος Δ΄

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αγγελάκη, Μ. 2011. Πολιτικές και Εργαλεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Στο Θ., Σακελλαρόπουλος (επιμ) *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωση* (Συλλογικό). Αθήνα: Διόνικος, σσ. 371-402.

Αλεξιάς, Γ. 2000. *Λόγος περί ζωής και θανάτου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αλεξίου, Θ. 2002. «Από τις κοινωνικές τάξεις στις στρατηγικές ταυτότητας. Αναδιάρθρωση της παραγωγής και νέα κοινωνικά κινήματα», *Θέσεις*, 79, σσ. 67-84.

Αλεξίου, Θ. 2014, «Κοινωνική πολιτική και βιοπολιτική. Από την ταξική αντιπαράθεση στη «μικρο-φυσική της εξουσίας», <http://eekp.gr/wp-content/uploads/2016/04/PERIODIKO-T5.pdf>.

Αλεξίου, Θ. 2006. «Από το μοντέλο των κοινωνικών τάξεων στο μοντέλο του κοινωνικού αποκλεισμού. Επιστημολογικές προϋποθέσεις και μεθοδολογικές συνέπειες», *Θέσεις*, 96, σσ. 61-93.

Αλεξίου, Θ. 2015. Η κοινωνική διαστρωμάτωση της μισθωτής εργασίας και το κοινωνικό υποκείμενο. Κριτική στις νεομαρξιστικές και νεοβεμπεριανές προσεγγίσεις, στο: ΜΑΞΩΜΕ. Ταξική διάρθρωση της ελληνικής κοινωνίας, Αθήνα: Ταξιδευτής.

Βενιέρης, Δ. 2011. Ευρωπαϊκή Ένωση και Συμβούλιο της Ευρώπης: Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και Ευρωπαϊκά Κοινωνικά Δικαιώματα. Στο Θ., Σακελλαρόπουλος (επιμ) *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωση* (Συλλογικό). Αθήνα: Διόνικος, σσ. 153-186.

Βερναρδάκης, Χ., Μαυρέας, Κ. και Πατρόνης, Β. 2005. «Συνδικάτα και σχέσεις εκπροσώπησης στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1990-2004». Ανακοίνωση στο 10ο Συνέδριο του Ιδρύματος Καραγιώργα με θέμα: Εργασία και Πολιτική - Συνδικαλισμός και Οργάνωση Συμφερόντων στην Ελλάδα (1974-2004), 18-21 Μαΐου 2005, Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στο :

<http://www.vernardakis.gr/uplmed/14_syndicats.pdf>.

Βουλή των Ελλήνων, 2013. Σύνταγμα της Ελλάδας. Όπως αναθεωρήθηκε με το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων. Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων.

Γεωργιάδου, Π., Καψάλης, Α., Κούστα, Ε. & Τήκος, Σ. 2015. Οι εργασιακές σχέσεις στην Ευρώπη και στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2014, <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2017/02/-----2014.pdf>.

Γούλα, Α., Γιαννοπούλου, Β., Μαγούλη, Π., Ντάκου, Μ. και Υφαντόπουλος, Ν. 2017. Η διερεύνηση των ιατρο-κοινωνικών δομών στην κάλυψη των αναγκών υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 34(1), σσ.91-99.

Δημουλάς, Κ., 2012. Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας. Στο: Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας. Αθήνα: ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, σσ. 17-90.

Δημουλάς, Κ., Κολλίας Γ., Μπαγκαβός, Χ. και Τζανετάκη, Θ. 2015. Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Δικαίος, Κ. 2010α. Κοινωνική Πολιτική, Ιστορία και Ιστορία της Κοινωνικής Πολιτικής. Απόπειρα σύνθεσης των όρων. Στο: Κ., Δικαίος (επιμ) Ιστορία Κοινωνικής Πολιτικής (Συλλογικό). Αθήνα: Gutenberg. σσ. 30-50.

Δικαίος, Κ. 2010β. Σύντομος Εικοστός αιώνα και το σύγχρονο κοινωνικό κράτος. Στο: Κ., Δικαίος (επιμ) Ιστορία Κοινωνικής Πολιτικής (Συλλογικό). Αθήνα: Gutenberg. σσ. 429-493.

Δικαίος 2010γ. Καταληκτικές παρατηρήσεις με βάση την νεώτερη βιβλιογραφία Στο: Κ., Δικαίος (επιμ) Ιστορία Κοινωνικής Πολιτικής (Συλλογικό). Αθήνα: Gutenberg. σσ. 330-336.

Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη Α., Πουσδέρη, Π. και Μαρβάκη Χ. 2011. Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10^{ος}, 3^ο Τεύχος, σσ.373-378.

Ζησιμόπουλος, Γ., Καρολίδης Γ., Ανδρουλάκης Γ. και Οικονομάκης Γ., 2014. «Συμμετοχή στα συνδικάτα και δομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες την περίοδο της κρίσης: μια εμπειρική διερεύνηση», 3ο Συνέδριο Επιστημονικής Εταιρίας Πολιτικής Οικονομίας, 14-15 Ιανουαρίου 2014, Πάτρα. Διαθέσιμο στο :

<<http://unionseepo2014.blogspot.gr/>>.

Ζήση, Α. 2012. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και ψυχική υγεία : Η ψυχοκοινωνική εξήγηση Στο Χ., Οικονόμου και Μ., Σπυριδάκης (επιμ)

Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας (Συλλογικό). Αθήνα: Εκδόσεις Ι.ΣΙΔΕΡΗΣ, σσ. 107-132.

Ζαρογιάννης και Λέανδρος 2010. Ορισμένα Βασικά Χαρακτηριστικά του «Κράτους Πρόνοιας» στην Ελλάδα κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο. Στο: Κ., Δικαίος (επιμ) *Ιστορία Κοινωνικής Πολιτικής* (Συλλογικό). Αθήνα: Gutenberg. σσ.312-329.

Θεοδώρου Μ. και Μητροκλήλη Μ. 1999. Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ιωσηφίδης, Θ. 2008. Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Αθήνα: Κριτική.

Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Τελειώνη, Μ. 2006. Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*. 45 (3).

Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυροδόγλου, Γ. και Πολύζος, Ν. 2011. Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28 (1), σσ. 70-78.

Κοϊνης, Α., Τζιαφέρη Σ. και Σαρίδη Μ. 2014. Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 6, Τεύχος 1, σσ. 8-17.

Κυριαζή, Ν. 1998. Η Κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις.

Λυκογιάννη, Ρ. 2010. Εργασία ,πόλη , καθημερινή ζωή .Δύο παραδείγματα από τις καθημερινές πρακτικές των γυναικών στην Αθήνα. Στο: Χ., Καρακιουλάφη και Μ., Σπυριδάκης (επιμ) *Εργασία & κοινωνία* (Συλλογικό). Αθήνα: Διόνικος, σσ. 232-260

Μητρόπουλος, Α. 1987. Το μέλλον του Συνδικαλιστικού Κινήματος. *Θέσεις*. Τεύχος 19, περίοδος: Απρίλιος – Ιούνιος.

Μπουτιού, Σ. και Σαράφης, Π. 2013. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 5, Τεύχος 4, σσ.147-161.

Νιάκας, Δ. 2014. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*.5 (1), σσ.3-7.

Παλαιολόγος, Ν. 2006. *Εργασία και Συνδικάτα στον 21^ο αιώνα*. Αθήνα: Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Παναγιωτόπουλος, Ν. 2001. Πρόλογος, «Λόγοι Δράσης» με μέσα δράσης. Στο: Bourdieu, P. 2001. Για ένα ευρωπαϊκό κοινωνικό κίνημα. Αθήνα: Πατάκης.

Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε-Α. 2008. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. *Open Education*. 4(1).

Πασχαλιώρη, Β. και Μίλεση, Χ. 2005. Η ποιοτική μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης: Επισημάνσεις και Προβληματισμοί. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*. 10, σσ. 20-33.

Πεγκλίδου, Α. 2012. Εν-σάρκώσεις του ψυχικού πόνου : Σώμα , ψυχή και νεύρα σε μία «γυναικεία» διαταραχή. Στο Χ., Οικονόμου και Μ., Σπυριδάκης (επιμ) *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (Συλλογικό). Αθήνα: Εκδόσεις Ι.ΣΙΔΕΡΗΣ, σσ. 265-284.

Πετμεζίδου, Μ. 2015. Οι «επιταγές» των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία: Κριτική επισκόπηση. Στο Μ., Πετμεζίδου (επιμ) *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σσ. 93-126.

Πλατής, Χ. 2017. Οι Υπηρεσίες Υγείας και η Νοσηλευτική στην Ελλάδα της κρίσης. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 10(3), σσ. 3-5.

Πλιάκος, Α. 2003. Το Ευρωπαϊκό Σύνταγμα: Το σχέδιο συνθήκης για τη θέσπιση συντάγματος της Ευρώπης. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.

Ρεκλείτη, Μ. και Σαρίδη, Μ. 2014. Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στις πολιτικές αποφάσεις για την υγεία. Στο: Κ. Σουλιώτης επιμ. *Δημοκρατία, Πολιτικές και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη αποφάσεων, ομάδες πίεσης και συμφερόντων, σύλλογοι ασθενών*. Αθήνα: Παπαζήση.

Ροζαναβαλόν, Π. 2001. *Το νέο κοινωνικό ζήτημα: Επανεξετάζοντας το κράτος πρόνοιας*. Σ., Κακουριώτης μτφρ, Αθήνα: Μεταίχμιο.

Σακελλαρόπουλος, Θ. 1993. *Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική*. Αθήνα: Κριτική.

Σακελλαρόπουλος, Θ. 2001. Προλογικό Σημείωμα. Στο: Ροζαναβαλόν, Π. *Το νέο κοινωνικό ζήτημα: Επανεξετάζοντας το κράτος πρόνοιας*. Σ., Κακουριώτης μτφρ, Αθήνα: Μεταίχμιο, σσ. 9-16.

Σακελλαρόπουλος, Θ. 2011. Εισαγωγή. Στο Θ., Σακελλαρόπουλος (επιμ) *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αθήνα: Διόνικος, σσ. 9-22.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α. και Σουλιώτης, Κ. 2016. Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 33(1), σσ.73-83.

Σταμάτη, Α. και Νάτσης Π. 2013. Δίκτυο Υπηρεσιών Πληροφόρησης και Συμβουλευτικής εργαζομένων. Κοινωνική Ασφάλιση . Μέρος 1^ο: Βασικές Αλλαγές Συνταξιοδοτικού Δικαιώματος. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Σεραφετινίδου, Μ.,2006. *Εισαγωγή στην Πολιτική Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg.

Σκαμνάκης, Χ. 2011. Κοινωνικές Ανισότητες, Φτώχεια και η Στρατηγική της Κοινωνικής Ένταξης της Ε.Ε. Στο Θ., Σακελλαρόπουλος (επιμ) *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωση (Συλλογικό)*. Αθήνα: Διόνικος, σσ. 303-342.

Σπυριδάκης, Μ. 2013. Εισαγωγή. Στο Μ., Σπυριδάκης (επιμ) *Ανεργία και εργασιακή ανασφάλεια, Όψεις ενός εμμένοντος κινδύνου* (Συλλογικό). Αθήνα: Αλεξάνδρεια, σσ.11-56.

Σταυροπούλου, Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλάκη, Α. και Καμπά Ε. 2010. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnoutsyndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 3^ο, σσ. 359-374.

Στεργίου, Α. 2011. Η σχέση της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικών Δικαιωμάτων. Στο Θ., Σακελλαρόπουλος (επιμ) *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωση (Συλλογικό)*. Αθήνα: Διόνικος, σσ. 23-62.

Στεργίου, Α. και Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ) 2010. Η ασφαλιστική μεταρρύθμιση: πόρισμα-εισηγήσεις –άρθρα. Αθήνα: Διόνικος.

Τάτσης, Ν. 1997. *Κοινωνιολογία. Ιστορική εισαγωγή και θεωρητικές θεμελιώσεις*. 7η έκδοση. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τσίλιας, Δ., Μπιλάλη, Α., Γαλάνης, Π., Μπακούλα-Τζουμάκα, Χ., Σαλεμή, Γ., Γιαννέλης, Α., Ευαγγέλου, Ε. και Κυρίτση-Κουκουλάρη, Ε. 2014. Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*. 53(2), σσ. 204–212.

Φούσκας, Β. και Δημουλάς, Κ., 2015. *Ελλάδα, Παγκοσμιοποίηση και Ευρωπαϊκή Ένωση: Η πολιτική οικονομία του χρέους και της κοινωνικής κατάρρευσης*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Χωριανόπουλος, Ι. 2006. Η ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις και το πρόβλημα της εισόδου στο πεδίο: η περίπτωση της αστικής πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στο: Θ., Ιωσηφίδης και Μ., Σπυριδάκης (επιμ) *Ποιοτική κοινωνική έρευνα, Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων* (Συλλογικό). Αθήνα: Εκδόσεις Επιστημονική Βιβλιοθήκη. σσ. 157-176.

Ψημίτης, Μ. 2017. Κοινωνικά Κινήματα στην Καθημερινή Ζωή. Ταυτότητα, Αλληλεγγύη και Προεικόνιση σε Σύγχρονες «Κοσμοπολίτικες Κοινότητες». Αθήνα: Τζιόλας.

και

Bauman, Z. 2012. *Παράπλευρες απώλειες. Κοινωνικές ανισότητες στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Εικοστού Πρώτου.

Bourdieu, P. 2001. *Για ένα ευρωπαϊκό κοινωνικό κίνημα*. Αθήνα: Πατάκης.

Bradby, H. 2010. Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Γ., Βάγιας και Γ., Αλεξιάς μτφρ. Γ., Αλεξιάς επιμ. Αθήνα: Πεδίο.

Cornoy, M. 1990. *Κράτος και Πολιτική Θεωρία*. Σ. Παπαϊωάννου μτφρ. Δ., Γκραβάρης επιμ. Αθήνα: Οδυσσέας.

Fitzpatrick, M. 2004. Η τυραννία της υγείας: οι γιατροί και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής. Α., Γολέμη μτφρ. Β., Γεωργίου και Θ., Παπαγεωργίου επιμ. Αθήνα: Πολύτροπον.

Foucault, M. (2012). *Η γέννηση της βιοπολιτικής. Παραδόσεις στο Κολλέγιο της Γαλλίας (1978-1979)*. Αθήνα: Πλέθρον.

Mason, J. 2003. *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Narotzky, S. 2017. Η πρόκληση της κοινωνικής αναπαραγωγής σε περιόδους κρίσης : Οι εντάσεις μεταξύ των γενεών στην Ισπανία. Στο Χ. Καρακιουλάφη και Μ.

Σπυριδάκης (επιμ.) *Κοινωνία Ανεργία και Κοινωνική Αναπαραγωγή*. Αθήνα: Gutenberg, σσ. 139-175.

Nettleton, S. 2002. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Α., Βακάκη μτφρ. Δ., Αγραφιώτης επιμ. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.

Robson, C. 2010. *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα: Gutenberg.

Touraine, A. 1999. Πώς να ξεφύγουμε από τον φιλελευθερισμό; Αθήνα: Πόλις.

Waddington, J. και Hoffmann, R. 2002. Τα συνδικάτα στην Ευρώπη: Μεταρρύθμιση, Οργάνωση και Αναδιάρθρωση. *Ενημέρωση: Μηνιαία Έκδοση του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ*, τεύχος 88, σσ. 2-39.

Ξενογλώσση

Devine, P. 2006. The 1970s and after: The political economy of inflation and the crisis of social democracy. In: Bugra, A. and Agartan, K. eds, *Reading Karl Polanyi for the Twenty-First Century: Market Economy as a Political Project*, New York: Palgrave Macmillan.

Economou C., Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O. and Zafiropoulou M. 2014. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*. 9(2). pp. 99-115.

Hall, M. 2005. *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.

Maslach C., Schaufeli, W. and Leiter, M. 2001. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 52. pp. 397-422.

Piko, B. 2003. Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work and stress*. 17(1). pp. 93-100.

Sexton, B., Thomas, E. and Helmreich, R. 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*.320(7237). Pp. 745–749.

Xyrichis, A. and Ream E. 2008. Teamwork: A concept analysis. *JAdvNurs*. 61, pp. 232-241.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1.

Οδηγός συνέντευξης

Βιογραφικά Δεδομένα

- Φύλο:
- Ηλικία:
- Μορφωτικό Επίπεδο:
- Επαγγελματική ιδιότητα:
- Εργασιακό Καθεστώς:

1. Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας εργαζόμενος στον δημόσιο τομέα υγείας στην Ελλάδα του σήμερα;

2. Θεωρείτε ότι οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα υγείας ανταμείβονται ικανοποιητικά σε σχέση με το έργο που παρέχουν; Παρακαλώ τεκμηριώστε.

3. Πως κρίνετε το νέο συνταξιοδοτικό σύστημα;

4. Πως κρίνετε τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας σε σχέση με όσα προβλέπονται στο νέο σύστημα συνταξιοδότησης;

5. Θα μπορούσατε να μου περιγράψετε τις αλλαγές που αφορούν το συνταξιοδοτικό σύστημα στον εργασιακό σας κλάδο;

6. Πως κρίνετε τις αλλαγές που έχουν υπάρξει σε σχέση με το συνταξιοδοτικό μέλλον των εργαζομένων στο χώρο της υγείας;

7. Θεωρείτε ότι αυτές οι αλλαγές κινούνται προς μια σωστή ή λανθασμένη κατεύθυνση και για ποιο λόγο;

8. Θεωρείτε ότι έχουν επηρεάσει αυτές οι αλλαγές το περιβάλλον που εργάζεσθε; Και συγκεκριμένα:

- το πλαίσιο συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό;
- τη σχέση με τους αποδέκτες υπηρεσιών υγείας;
- το πλαίσιο συνεργασίας με τη διοίκηση του φορέα;

9. Θεωρείτε ότι έχουν επηρεάσει αυτές οι αλλαγές τη ζωή σας πέραν του εργασιακού σας ωραρίου; Και συγκεκριμένα:

- το φιλικό περιβάλλον;
- το οικογενειακό περιβάλλον;

10. Συμμετέχετε σε κάποιο συλλογικό φορέα διεκδίκησης δικαιωμάτων των εργαζομένων στην υγεία;

- Αν ναι, για ποιους λόγους;
- Αν όχι, για ποιους λόγους;

11. Κρίνετε πως μέσω των συλλογικών οργάνων και ανάλογων φορέων μπορούν να αρθούν οι επιπτώσεις του νέου συνταξιοδοτικού περιβάλλοντος;

- Αν ναι με ποιους τρόπους;
- Αν όχι, για ποιο λόγο;

12. Ως εργαζόμενος τι θα προτείνατε για το ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα;