

Πρόταση για μια εναλλακτική στρατηγική διαρθρωτικών αλλαγών με σκοπό τη συγκέντρωση των οικονομικών πόρων και την αναδιανομή τους σε όφελος των φτωχών, των ανέργων, των ασθενών και των ηλικιωμένων

Γιάννης Κυριόπουλος

Η συνεχιζόμενη κρίση της οικονομίας με κύριες και δραματικές εκδηλώσεις την ύφεση και την ανεργία οδηγεί στην κατάρρευση της πραγματικής οικονομίας, τη μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών και την αποδόμηση της κοινωνικής συνοχής. Παράλληλα η επιδείνωση των χρόνιων στρεβλώσεων στην αγορά υπηρεσιών υγείας οδηγεί επίσης με ραγδαίο τρόπο στην de facto και de jure αποασφάλιση μεγάλου μέρους του πληθυσμού γεγονός το οποίο ακυρώνει την αρχή της καθολικότητας στο σύστημα υγείας, προκαλεί στασιμότητα ή/και βλάβη στο επίπεδο υγείας και επιπροσθέτως διευρύνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, ενώ ακόμη υποσκάπτει τη νομιμοποίηση του υγειονομικού τομέα και θέτει ανυπερέβλητους φραγμούς στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού.^{1, 2} Στο πλαίσιο αυτό η ευκαταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια οφείλει να βασίζεται στη διασφάλιση των βασικών αξιών της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης με πυρήνα την ευχερή πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών υγείας απρόσκοπτα και αδιακρίτως στο σύνολο του πληθυσμού.

Ο πληθυσμός χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και σε κίνδυνο

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η ανεργία υπερβαίνει το 27% του ενεργού πληθυσμού, δηλαδή 1,34 εκατομμύρια, ενώ το 80% αναφέρεται σε μακροχρόνια ανέργους οι οποίοι ταυτοχρόνως είναι ανασφάλιστοι. Το ποσοστό της ανασφάλιστης εργασίας το 2012 έχει αυξηθεί στο 36,2%, εκ των οποίων το 31% αφορά ημεδαπούς και το 46,9% αλλοδαπούς. Η συνδυαστική ανάγνωση των δεδομένων αυτών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στερείται ασφαλιστικής ικανότητας, το οποίο με βάση τις εκτιμήσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσεγγίζει τα 3,06 εκατομμύρια πολιτών. Ως εκ τούτου, ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, το οποίο προσεγγίζει και ενδεχομένως υπερβαίνει το 25%, αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη.

Ταυτοχρόνως, η άρση των εμποδίων (τα οποία οι επικρατούσες στον υγειονομικό τομέα συνθήκες διαμορφώνουν), μέσω των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών, καθίσταται δυσχερές καθώς η δραματική μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών περιορίζει τη δυνατότητα ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας και διογκώνει τα προϋπάρχοντα «ταξικά» χαρακτηριστικά της πρόσβασης. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι το 23,1% των πολιτών (914.873

νοικοκυριά) βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας,³ ενώ το μέσο διαθέσιμο εισόδημα ανά νοικοκυριό έχει μειωθεί σε 17.977 ευρώ ετησίως (10.676 ευρώ ανά άτομο).⁴ Παρά ταύτα, ενώ η ιδιωτική δαπάνη σε τρέχουσες τιμές έχει μειωθεί κατά 9,7% μεταξύ 2009 και 2011, η αντίστοιχη αναλογική συνεισφορά της στη συνολική δαπάνη έχει αυξηθεί, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με τις προηγούμενες επισημάνσεις οδηγεί σε βασικές ενδείξεις αύξησης των νοικοκυριών τα οποία υπόκεινται σε καταστροφικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας.^{5, 6}

Εν κατακλείδι, η οικονομική κρίση κινητοποιεί διαδικασίες αποασφάλισης του πληθυσμού, ανατρέπει την αρχή της καθολικής κάλυψης και θέτει μείζονα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πρόκειται για μεγάλης κλίμακας αρνητικό φαινόμενο στην πρόσφατη ιστορία, το οποίο ακυρώνει το ευρωπαϊκό κοινωνικό κεκτημένο και συνιστά το πρώτιστο (προς αντιμετώπιση) πολιτικό και κοινωνικό πρόβλημα της χώρας στην παρούσα συγκυρία.

Στασιμότητα και ενδείξεις υποχώρησης του επιπέδου υγείας

Η εξέλιξη των δεικτών υγείας διαχρονικά θέτει σοβαρά ερωτήματα όσον αφορά την επίδοση του συστήματος υγείας στον έλεγχο και τη διαχείριση του φορτίου ασθένειας στη χώρα. Η εξέλιξη των βασικών δεικτών υγείας του πληθυσμού καταδεικνύει ότι έχει επέλθει κάποια βελτίωση (με εμφανώς επιβραδυνόμενο ρυθμό σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο) στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Εντούτοις, η συγκριτική διερεύνηση των κυρίων αιτιών νοσηρότητας (με βάση τα προσαρμοσμένα λόγω ανικανότητας έτη ζωής DALY's) μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης καταδεικνύει ότι η επίδοση του συστήματος υγείας κατά την υπό διερεύνηση περίοδο (1990-2010) υπολείπεται σημαντικά αυτής των συστημάτων υγείας των άλλων χωρών. Αναλυτικά, η νοσηρότητα η οποία οφείλεται σε αιτίες όπως η ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τα οδικά ατυχήματα, η κίρρωση του ήπατος, οι παθήσεις του κυκλοφορικού, ο καρκίνος του μαστού και το άσθμα έχουν εμφανώς μειωθεί σε χώρες της Ε.Ε., στην Ελλάδα όμως δεν εμφανίζεται ανάλογη μεταβολή.⁷ Αντιθέτως, παρατηρείται στασιμότητα ή/και αύξηση σε κύριες αιτίες θνησιμότητας όπως η ισχαιμική καρδιοπάθεια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, και η εξέλιξη αυτή, σε συνδυασμό με την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών θέτει σοβαρά ερωτήματα για την αποτελεσματική χρήση των πόρων στο σύστημα υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου (ανεργία, άγχος, μείωση εισοδήματος), οι οποίοι αναδύονται με ένταση από την οικονομική κρίση, επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας στη χώρα, και ειδικότερα η επίπτωση στα ψυχικά νοσήματα όπως φαίνεται από τα σχετικά επιστημονικά ευρήματα.⁸ Η προσπάθεια απόκρυψης και συσκότισης του κοινωνικού χαρακτήρα της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας συνιστά μια ανορθόλογη και υστερόβουλη πολιτική διαχείριση και παρεμποδίζει την ανάληψη των κατάλληλων πρωτοβουλιών και τη λήψη μέτρων πολιτικής για τον έλεγχο και την αποτελεσματική διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία.

Η χρήση υπηρεσιών υγείας: ψευδοαλήθειες

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α., η χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας στη χώρα εμφανίζει κατά περίπτωση σημαντικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο των άλλων χωρών, οι οποίες ερμηνεύουν σε κάποιον βαθμό τις στρεβλώσεις που χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων στη χώρα εκτιμάται στις 4,3 κατά κεφαλήν, ο οποίος είναι εμφανώς μικρότερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. που κυμαίνεται σε 6,9 κατά κεφαλήν. Αντιθέτως, ο αριθμός –των υψηλού κόστους– απεικονιστικών εξετάσεων και κυρίως ο αριθμός των εξελθόντων από τα νοσοκομεία ασθενών (225 εισαγωγές ανά 1.000 κατοίκους έναντι 155 στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.) εμφανίζονται σε υψηλά επίπεδα.⁹ Η συνδυαστική ανάγνωση και ερμηνεία των στοιχείων αυτών επιβεβαιώνει τα ερευνητικά και εμπειρικά δεδομένα τα οποία αποδεικνύουν τη δυσχέρεια πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη μεταφορά της ζήτησης στην τεχνολογική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η χρήση των γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., σε αξίες κυμαίνεται σε 16% έναντι 18,9% στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ενώ σε όγκο 38% έναντι 40,5% του αντίστοιχου μέσου όρου. Η διαπίστωση αυτή υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιων περιθωρίων βελτίωσης, αλλά δεν δικαιολογεί την υπερβολική ρητορική επί του θέματος. Σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών πρόληψης (εμβόλια και προσυμπτωματικός έλεγχος) δεν εμφανίζονται σημαντικές διαφορές.

Συμπερασματικά και σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, φαίνεται ότι η υψηλότερη χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης και βιοϊατρικής τεχνολογίας σχετίζεται με τη χαμηλή χρήση πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αυτό το φαινόμενο της «αντίστροφης υποκατάστασης» έχει δυσμενείς υγειονομικές και οικονομικές επιπτώσεις. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με το υψηλό κόστος χρόνου και τις υψηλές ιδιωτικές πληρωμές που είναι αναγκαίες για την

πρόσβαση. Η διαπίστωση αυτή υποδεικνύει τη φύση και τον χαρακτήρα των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών για την αναστροφή του φαινομένου αυτού και την ανάδειξη ως προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας.

Κατάρρευση της δαπάνης για την υγεία

Στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής και υπό τους περιορισμούς τους οποίους επιβάλλει η διεθνής εποπτεία, η δαπάνη υγείας παρουσιάζει δραματική μείωση, η οποία εκτιμάται κατά 19% χαμηλότερη μεταξύ των ετών 2009-11, δηλαδή από 23,2 δισ. σε 18,8 δισ. σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα δεδομένα και η οποία μείωση αντιστοιχεί σε 24,6% χαμηλότερη δημόσια δαπάνη (κρατική επιχορήγηση -31,2%, κοινωνική ασφάλιση -19,7%) και μόλις -9,7% χαμηλότερη ιδιωτική δαπάνη.¹⁰ Η περιστολή της δαπάνης εμφανίζεται σημαντική σε όλους τους τομείς και ήδη βρίσκεται στα πλέον χαμηλά επίπεδα μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Σύμφωνα με τις προσωρινές εκτιμήσεις για τα έτη 2012 και 2013, η συρρίκνωση της δημόσιας δαπάνης αναμένεται να συνεχιστεί (εκτίμηση μείωσης δημόσιας δαπάνης >15%), ώστε να τίθεται ζήτημα βιωσιμότητας του δημόσιου δικτύου παραγωγής και διανομής ιατρικής περίθαλψης. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην επιλογή μείωσης της δημόσιας δαπάνης αντί της πολιτικής αναζήτησης της αποδοτικότητας με κύριο στόχο την περιοριστική πολιτική ελέγχου και μείωσης των κοινωνικών εξόδων αναπαραγωγής της εργασίας, ώστε να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Ο υγειονομικός τομέας, και γενικότερα η κοινωνική πολιτική, συνιστά το προνομιακό πεδίο άσκησης αυτής της πολιτικής στην παρούσα συγκυρία.

Το ψευδοδίλημμα της εθνικής (κρατικής) ασφάλισης

Η συζήτηση για την υπεροχή ή μη κρατικών συστημάτων υγείας (Beveridge) έναντι των συστημάτων ασφάλισης υγείας (Bismark) είναι ιδεολογικά φορτισμένη και η σχετική επιχειρηματολογία στερείται εμπειρικής τεκμηρίωσης καθώς τα δύο συστήματα με αλληπάλληλες μεταρρυθμίσεις και μετασχηματισμούς –στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών– συγκλίνουν και αλληλοσυμπληρώνονται, πλην βεβαίως του κριτηρίου της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Το πρώτο αφορά το σύνολο του πληθυσμού, ενώ το

δεύτερο απευθύνεται στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό και οι άνεργοι καλύπτονται από κρατικά προγράμματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό. Παραταύτα, οι διαφοροποιήσεις στην κάλυψη και τον τρόπο χρηματοδότησης εξακολουθούν να υπάρχουν και να επιδρούν στην επίδοση, την ισότητα, την ανταποκρισιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη δίκαιη κατανομή των χρηματοδοτικών βαρών των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία και άλλα ερευνητικά δεδομένα, τα συστήματα υγείας τύπου Bismarck εμφανίζονται να έχουν σχετική υπεροχή ως προς τα κριτήρια αυτά.¹¹

Ταυτόχρονα όμως, ο τρόπος χρηματοδότησης (κεντρική διοίκηση, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτική δαπάνη) και το μέγεθος της συνεισφοράς έκαστης πηγής στον συνολικό προϋπολογισμό υγείας δεν σχετίζεται εμφανώς με τη συνολική δαπάνη υγείας, γεγονός το οποίο συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι μεταρρυθμίσεις προς τη μία ή προς την άλλη κατεύθυνση δεν αναμένεται να συμβάλουν στη συγκράτηση της δαπάνης υγείας. Σημειώνεται όμως ότι η χώρα μας έχει τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης (κοινωνική ασφάλιση, νοικοκυριά, κράτος κατά σειρά βαρύτητας) και το υπόδειγμα αυτό δεν εντάσσεται σε κάποιο άλλο αντίστοιχο σε διεθνή κλίμακα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση οφείλει να συνυπολογίσει την ιδιαιτερότητα αυτή καθώς επίσης και την ανθεκτικότητά της στον χρόνο, δεδομένου ότι η πίεση στον κρατικό προϋπολογισμό (εξαιτίας του δημοσίου χρέους) προβλέπεται μακροχρόνια, και τα πρόσθετα φορολογικά βάρη στους πολίτες έχουν υπερβεί τα ανεκτά επίπεδα. Κατά συνέπεια, μια πλουραλιστική προσέγγιση με «έξυπνες» αλλαγές στο υφιστάμενο υπόδειγμα χρηματοδότησης με «ενοποίηση» και «νομιμοποίηση» των διαφόρων χρηματοδοτικών πόρων και ενδεχόμενη διεύρυνση του με φόρους «αμαρτίας» (καπνός, οινόπνευμα, άλας, σάκχαρο, λιπαρά) μπορεί να διασφαλίσει τη διατήρηση και την ανάπτυξη (ενιαίας και μεγάλης κλίμακας) υγειονομικού τομέα.

Καθολική ασφάλιση στην υγεία: μείζον κοινωνικό και πολιτικό πρόβλημα

Οι οργανωτικές και δομικές προτάσεις «μεταρρύθμισης», οι οποίες εμφανίζονται στην πρόσφατη περίοδο, περικλείουν συνήθως υψηλό μεταβατικό κόστος και υπαινίσσονται την ενιαία εθνική (κρατική) ασφάλιση και χρηματοδότηση (μέσω της γενικής φορολογίας), υποκρύπτουν και συσκοτίζουν με μια ριζοσπαστική αλλά ψευδώνυμη ρητορική την πολιτική επιδίωξη για ένα μικρό κρατικό (δηλαδή προνοιακό) ιατροασφαλιστικό σχήμα προσβάσιμο στους ηλικιωμένους, τους φτωχούς και τους άνεργους. Ο στόχος είναι η μείωση των κοινωνικών εξόδων αναπαραγωγής της εργασίας και παράλληλα η δημιουργία μιας ιδιωτικής

ασφαλιστικής αγοράς (για τα μεσαία κοινωνικά στρώματα), πράγμα το οποίο οδηγεί αναπόδραστα στη δημιουργία φαινομένων διχοτόμησης του υγειονομικού τομέα και ως εκ τούτου έντασης των ανισοτήτων στην πρόσβαση και κυρίως στα αποτελέσματα της εθνικής πολιτικής υγείας.

Η εναλλακτική στρατηγική μπορεί να προέλθει από μια σειρά διαρθρωτικών αλλαγών για τη συγκέντρωση των οικονομικών πόρων από κάθε πηγή σε μια ενιαία διαδικασία ώστε να επιτευχθεί με την ανακατανομή των πόρων η αναδιανομή σε όφελος των φτωχών, των ανέργων, των ασθενών και των ηλικιωμένων. Το εγχείρημα αυτό δύναται να πραγματοποιηθεί με βάση την αρχή του παιγνίου μηδενικού αθροίσματος, ώστε να καταστεί δυνατή η μεταφορά πόρων από το κράτος στην ασφάλιση και την ιδιωτική δαπάνη, ώστε αυτοί οι οποίοι είναι σε ευνοϊκή θέση να χάνουν τόσα όσα κερδίζουν οι μη ευνοούμενοι (μηδενικό άθροισμα).¹²

Στο πλαίσιο αυτό η δαπάνη για την υγεία με βάση τις τρεις κύριες πηγές (δεδομένα 2011 και 2012) κεντρική διοίκηση (4,45 δισ.), κοινωνική ασφάλιση (7,93 δισ.) και ιδιωτική δαπάνη (6,34 δισ.) μπορεί να διευρυνθεί με μια τέταρτη επικουρική πηγή, όπως ήδη σημειώθηκε, αυτή των φόρων «αμαρτίας» για διάφορες βλαπτικές καταναλώσεις ώστε να αναπτυχθεί μια στέρεη, επαρκής και ισορροπημένη χρηματοδοτική βάση, διά της οποίας καλύπτεται το σύνολο του πληθυσμού ανεξαρτήτως της σχέσης εργασίας.

Υπ' αυτό το σχέδιο, το σύνολο της δημόσιας δαπάνης (κεντρική διοίκηση και κοινωνική ασφάλιση) εκχωρείται στον φορέα χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων μέσω του οποίου αποζημιώνεται το σύνολο των υπηρεσιών και προμηθευτών υγείας δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα, ανάλογα με τη χρήση και την επίδοσή τους. Το εγχείρημα βασίζεται στο σύστημα κλειστών (σφαιρικών) προϋπολογισμών στο επίπεδο της γεωγραφικής πληθυσμιακής ενότητας με στάθμιση ως προς την τρωτότητα. Εντός του κλειστού προϋπολογισμού αναπτύσσονται τεχνικές ελεγχόμενου (από το κράτος) ανταγωνισμού διά των οποίων τα εισοδήματα των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας προσδιορίζονται αποκλειστικά από τις επιλογές των χρηστών. Η πρόσβαση αφορά το σύνολο του πληθυσμού και είναι απολύτως ελεύθερη (μηδενικές τιμές χρόνου και χρήματος) για τα νοικοκυριά τα οποία βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, ενώ η συμμετοχή των υπόλοιπων νοικοκυριών υπακούει στον γενικό κανόνα «αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης και αναλόγως του εισοδήματος οικονομικής επιβάρυνσης».

Η συμμετοχή στο κόστος δύναται να διαμορφωθεί μεσοσταθμικά για το σύνολο των υπηρεσιών και εξαιρουμένων των ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας, στο 20% δηλαδή, περίπου στο ήμισυ της

υφιστάμενης τυπικής και άτυπης ιδιωτικής δαπάνης. Ταυτόχρονα, η εισαγωγή του μηχανισμού μερικής εξαίρεσης κάλυψης από την οποία εξαιρούνται επίσης τα άτομα σε κίνδυνο φτώχειας και σύμφωνα με την οποία ο χρήστης καλύπτει τα πρώτα 250 ευρώ (ή 500 ευρώ εναλλακτικά) του κόστους των υπηρεσιών, τα οποία καταναλώνει ο ίδιος, έως ότου ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό του δικαίωμα, πράγμα το οποίο μπορεί να συμβάλει στην «είσοδο» των παραπληρωμών στις εμφανείς χρηματοδοτικές ροές. Παράλληλα και για την αποφυγή καταστροφικών δαπανών θεσπίζεται ανώτατο όριο ιδιωτικών πληρωμών τα 1.500 ευρώ (ή τα 3.000 εναλλακτικά), τα οποία αναπληρώνονται από τον προϋπολογισμό της ασφάλισης. Στο πλαίσιο αυτό, η ενσωμάτωση της ιδιωτικής δαπάνης με τις τυπικές χρηματοδοτικές διαδικασίες συγκροτεί μια αναγκαία πολιτική δημιουργίας βιώσιμης και στέρεης βάσης χρηματοδότησης.

Υπ' αυτό το πρίσμα και με βάση την εκτίμηση δαπάνης υγείας και του Α.Ε.Π. καθώς και διαφόρων εναλλακτικών υποδειγμάτων, ο συνολικός προϋπολογισμός υγείας δύναται να διαμορφωθεί μεταξύ 8% έως 10% του Α.Ε.Π., το οποίο αντιστοιχεί σε 1.500 και 1.700 ευρώ κατά κεφαλήν ετησίως, ώστε το σύνολο των πολιτών να υπόκειται στις ίδιες διαδικασίες και να τηρείται το κριτήριο της ισότητας, δεδομένου ότι η κάλυψη γίνεται με τους ίδιους όρους από τις υφιστάμενες πηγές χρηματοδότησης χωρίς την πρόσθετη επιβάρυνση, η οποία μπορεί να πλήξει τις δυσχερείς ισορροπίες στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και της κεντρικής διοίκησης. Είναι προφανές ότι πρόκειται για την ανάπτυξη ενός πρόσθετου μηχανισμού «αναδιανομής» με την ανάδυση των παραπληρωμών με ελάχιστους και ανεκτούς περιορισμούς των προτιμήσεων των χρηστών ή συμμετοχή στο κόστος τη στιγμή της ανταλλαγής. Επιπροσθέτως, πρόκειται για έναν μηχανισμό αποκατάστασης και ενίσχυσης της ισότητας στην πρόσβαση και δίκαιης κατανομής του βάρους χρηματοδότησης. Η προσέγγιση αυτή οδηγεί προφανώς στη διατήρηση, ανάπτυξη και βελτίωση, υπό νέους όρους, της βιομηχανίας ιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

Με την έννοια αυτή, είναι εφικτή η εισαγωγή της καθολικής ασφάλισης με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της δίκαιης κατανομής των βαρών και της αποδοτικής χρήσης των πόρων.

Αντιθέτως με την επιδιωκόμενη «αντιμεταρρύθμιση» στον υγειονομικό τομέα, η οποία εμπεριέχεται στην agenda της διεθνούς επιτήρησης επιδιώκεται διά της αποασφάλισης του πληθυσμού αφενός η συγκρότηση μικρού προνοιακού συστήματος υγείας, το οποίο βασίζεται στη λογική της «ελάχιστης εγγύησης» και χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, και αφετέρου η συγκρότηση ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς και κατά συνέπεια ανασυγκρότηση του ιδιωτικού τομέα υγείας για την έκφραση των προτιμήσεων και την περίθαλψη των μεσοστρωμάτων. Η προσέγγιση αυτή συνιστά μια «παλινδρόμηση» στην κοινωνική πολιτική και ένα καίριο πλήγμα στο κράτος πρόνοιας υπό το πρόσχημα της «ορθολογικοποίησης» και της «κρατικής ευθύνης» για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού.

Πρόκειται για ένα αρνητικό εγχείρημα μείζονος κλίμακας το οποίο, πλην της προσπάθειας μονόπλευρου ελέγχου των επιπτώσεων της κρίσης και ανακατανομής της ισχύος προς όφελος του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος, αποσκοπεί επιπροσθέτως στον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων κεφαλαίου και εργασίας και στην ανάκτηση της πολιτικής και ιδεολογικής ηγεμονίας της προκεϋνσϊανης προνοιακής προσέγγισης στον υγειονομικό τομέα.

Είναι προφανές ότι επιχειρείται η «πειραματική» μετάβαση από την κοινωνία αλληλεγγύης και κράτους πρόνοιας στην κοινωνική διάσπαση του κράτους της «ελάχιστης εγγύησης». Η εξέλιξη αυτή είναι σύνθετη και πολύπλοκη και εμπεριέχει αλήθειες, ψεύδη και αυταπάτες.

files/chronosmag/themes/theme_one/faviconXronos.png

ΧΡΟΝΟΣ 12 (04.2014)

Με την επιδιωκόμενη «αντιμεταρρύθμιση» στον υγειονομικό τομέα η οποία εμπεριέχεται στην agenda της διεθνούς επιτήρησης επιδιώκεται, διά της αποασφάλισης του πληθυσμού αφενός η συγκρότηση μικρού προνοιακού συστήματος υγείας το οποίο βασίζεται στη λογική της «ελάχιστης εγγύησης» και χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία, και αφετέρου η συγκρότηση ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς και κατά συνέπεια ανασυγκρότηση του ιδιωτικού τομέα υγείας για την έκφραση των προτιμήσεων και την περίθαλψη των μεσοστρωμάτων. Η προσέγγιση αυτή συνιστά μια «παλινδρόμηση» στην κοινωνική πολιτική και ένα καίριο πλήγμα στο κράτος πρόνοιας υπό το πρόσχημα της «ορθολογικοποίησης» και της «κρατικής ευθύνης» για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού.

Ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, το οποίο προσεγγίζει και ενδεχομένως υπερβαίνει το 25%, αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη.

Στην Ελλάδα, αντίθετα απ' ό,τι συμβαίνει στις άλλες χώρες της Ε.Ε., παρατηρείται στασιμότητα ή/και αύξηση σε κύριες αιτίες θνησιμότητας όπως η ισχαιμική καρδιοπάθεια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, και η εξέλιξη αυτή, σε συνδυασμό με την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών, θέτει σοβαρά ερωτήματα για την αποτελεσματική χρήση των πόρων στο σύστημα υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου (ανεργία, άγχος, μείωση εισοδήματος), οι οποίοι αναδύονται με ένταση από την οικονομική κρίση, επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας στη χώρα, και ειδικότερα η επίπτωση στα ψυχικά νοσήματα όπως φαίνεται από τα σχετικά επιστημονικά ευρήματα. Η προσπάθεια απόκρυψης και συσκότισης του κοινωνικού χαρακτήρα της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας συνιστά μια ανορθόλογη και υστερόβουλη πολιτική διαχείριση και παρεμποδίζει την ανάληψη των κατάλληλων πρωτοβουλιών και τη λήψη μέτρων πολιτικής για τον έλεγχο και την αποτελεσματική διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία.

Σημειώσεις

1., A. Kentikelenis, M. Karanikolos, I. Papanicolas, S. Basu, M. McKee και D. Stuckler, «Health effects of financial crisis: Omens of a Greek Tragedy», *The Lancet*, 378(2011), σ. 1457-1558.

2. D. Zavras, V. Tsiantou, K. Mylona, E. Pavi και J. Kyriopoulos, «Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece», *European Journal of Public Health*, 23(2) (Απρίλιος 2013), σ. 206-210.

3. Άτομα με εισόδημα μικρότερο του 60% της διαμέσου των εισοδημάτων.

4. Το εισοδηματικό όριο του κινδύνου φτώχειας ανά νοικοκυριό ισούται με 11.986 ευρώ ενώ ανά άτομο 5.708 ευρώ.

5. Ως καταστροφική δαπάνη για την υγεία ορίζεται η δαπάνη η οποία ξεπερνά το 20% του εισοδήματος του νοικοκυριού ή το 40% του αντίστοιχου εισοδήματος αφού έχει αφαιρεθεί η δαπάνη για διατροφή.

6. Με τις εκτιμήσεις της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, το ποσοστό των νοικοκυριών με τουλάχιστον έναν χρονίως πάσχοντα (διαβήτης, υπέρταση, Αλτσχάιμερ, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) το οποίο υπόκειται σε καταστροφικές δαπάνες έχει αυξηθεί από 3,6% το 2010 σε 7,8% το 2013. Το ποσοστό των νοικοκυριών το οποίο αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες εξαιτίας του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης εκτιμάται σε 4,5% του συνόλου το 2013 όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2010 δεν υπερέβαινε το 1,6%.

7. Institute for Health Metrics and Evaluation Global Burden of Diseases: Generating Evidence, guiding policy. University of Washington, 2013.

8. Β. Τσιάντου και Γ. Κυριόπουλος, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5) (2010), σ. 834-840. Α. Kentikelenis, Μ. Karanikolos, Α. Reeves, Μ. McKee και D. Stuckler, «Greece's health crisis: From austerity to denialism», The Lancet, 383(9981) (2014), σ. 748-753. Μ. Economou, Μ. Madianos, L. Peppou και Α. Patelakis, «Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece», Journal of Affective Disorders, 145(3) (2013), σ. 308-314.

9. OECD Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing, 2013 (ανακτήθηκε στις 24.3.2014: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

10. ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013 (ανακτήθηκε στις 24.3.2014: www.statistics.gr).

11. R.B. Matthews, G.K. Jenkins και J. Robertson, «Health Care Reform: Why not Best Practices?», American Journal of Health Science, 3(1) (2012), σ. 97-113.

12. Γ. Κυριόπουλος, Κ. Αθανασάκης και Ε. Πάβη, Οικονομική Κρίση και Υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, Καστανιώτης, Αθήνα, 2012.

