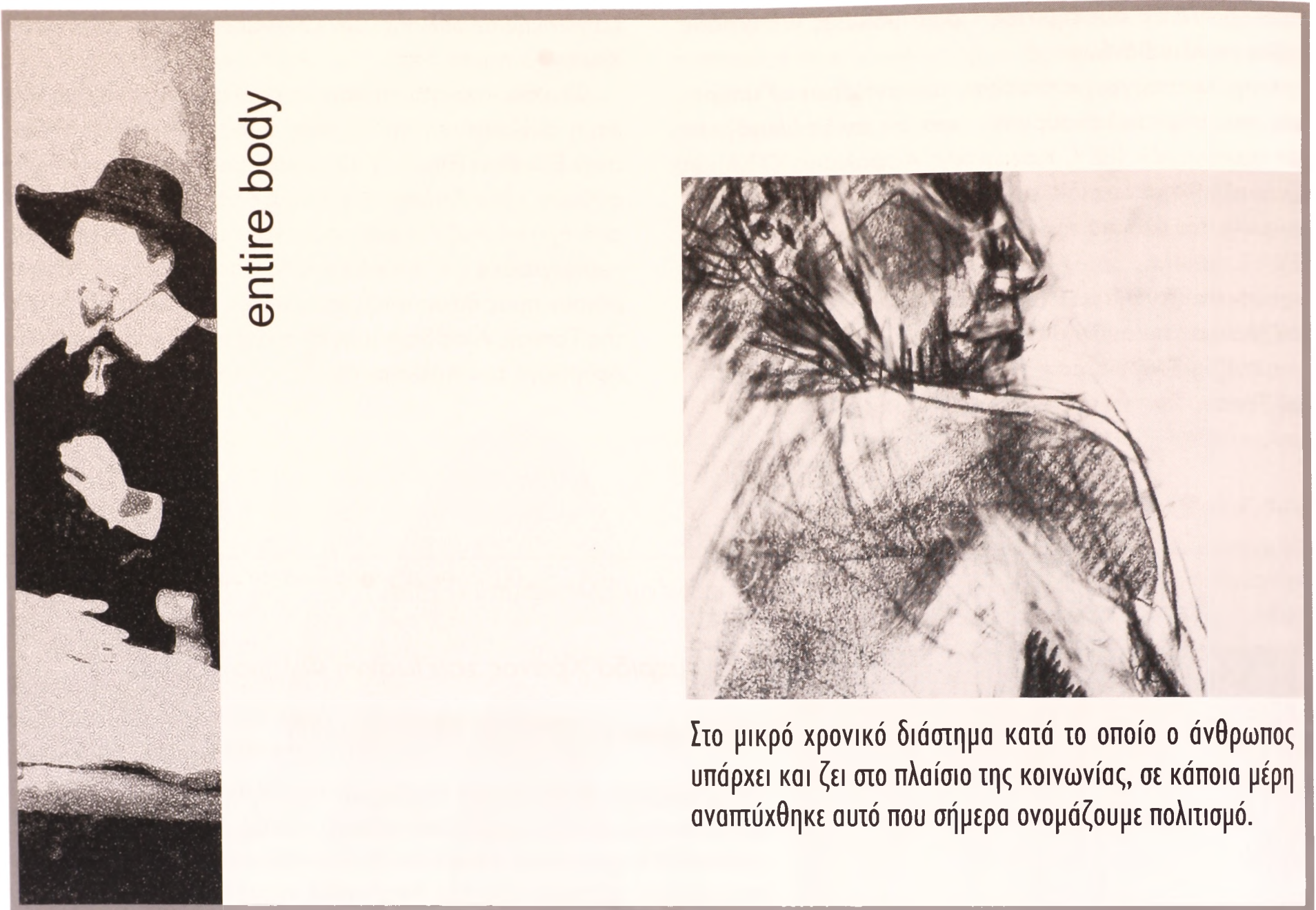


# Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Λ. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ



entire body



Στο μικρό χρονικό διάστημα κατά το οποίο ο άνθρωπος υπάρχει και ζει στο πλαίσιο της κοινωνίας, σε κάποια μέρη αναπτύχθηκε αυτό που σήμερα ονομάζουμε πολιτισμό.

## Το θεωρητικό πλαίσιο

Για το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας του, το κύριο και ίσως μοναδικό μέλημα του ανθρώπου ήταν η επιβίωση, δηλαδή η εξασφάλιση τροφής και η αναπαραγωγή. Ακόμη και κατά τις τελευταίες λίγες χιλιετίες, η οργάνωση των κοινωνιών δεν είχε ως στόχο τη συνολική ευημερία, αλλά την εξασφάλιση, κατ' αρχήν, της ατομικής ασφάλειας που προσδίδουν οι μεγάλοι αριθμοί της ομάδας ή της φυλής. Στο μικρό χρονικό διάστημα κατά το οποίο ο άνθρωπος υπάρχει και ζει στο πλαίσιο της κοινωνίας, σε κάποια μέρη αναπτύχθηκε αυτό που σήμερα ονομάζουμε πολιτισμό. Αναπτύχθηκε, δηλαδή, μία ενασχόληση με τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπου, υλικές και πνευματικές, στο βαθμό που αυτή να αποτελέσει οδηγό για τη μετεξέλιξη του ανθρώπου σε αυτό που, αυτάρεσκα, και μάλλον υπερροπτικά, αποκαλούμε σήμερα «κυρίαρχο είδος». Σε καμία περίπτωση, όμως, οι πολιτισμοί αυτοί δεν υπέταξαν το ατομικό συμφέρον σε ευρύτερες κοινωνικές ανάγκες και επιδιώξεις.

Σε όλο το διάστημα που ο άνθρωπος σχημάτισε κοινωνίες και ανέπτυξε πολιτισμούς, το κυρίαρχο στοιχείο ήταν η ανθρωποκεντρική και ατομικιστική ανάπτυξη της

Ο Λ. Λιαρόπουλος είναι καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ανθρώπινης δραστηριότητας. Η ιστορία είναι γεμάτη από ατομικά ανθρώπινα επιτεύγματα ή εγκλήματα, αλλά δεν έχει να επιδείξει στιγμές όπου το «κοινό καλό» επικράτησε του ατομικού συμφέροντος. Οι πόλεμοι ήταν κατακτητικοί ή απελευθερωτικοί με αναφορά στον ηγέτη, οι θρησκείες αναπτύχθηκαν ως σχέση του ατόμου με τη θεότητα και οι εφευρέσεις και η επιστήμη είναι ατομικές εξάρσεις. Ακόμη και τα παραδείγματα φιλανθρωπικών ιδρυμάτων με τα μοναστήρια του Μεσαίωνα, δεν ήταν παρά ιδιότυπες «συμμαχίες» κοσμικών και θρησκευτικών ηγετών που υπηρετούσαν τα προσωπικά τους συμφέροντα.<sup>1</sup> Το κοινωνικό συμφέρον μόνο ως καρικατούρα προβλήθηκε ως κεντρικός σκοπός και μόνο για ένα απειροελάχιστο χρονικό διάστημα στα κομμουνιστικά καθεστώτα του 20ού αιώνα.

Ακόμη και εκεί που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά και αναπτύχθηκε το σπέρμα της ιδέας του κοινωνικού κράτους, αυτό έγινε ως «αμυντική» πολιτική κίνηση από δεξιές κυβερνήσεις, είτε για να «προλάβουν» το σοσιαλιστικό κίνδυνο (Bismarck στη Γερμανία το 1890), είτε ως «ανταμοιβή» μετά από έναν εξοντωτικό πόλεμο (Churchill στη Βρετανία το 1944). Η ιστορία των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας και υγείας ουσιαστικά δεν μετράει περισσότερα από 70-80 χρόνια και πρέπει να ειπωθεί στο πλαίσιο της γενικότερης οικονομικής ανάπτυξης και προσπάθειας ανασυγκρότησης που ακολούθησε το δεύτερο μεγάλο πόλεμο.<sup>2</sup> Ταυτόχρονα, όμως, δεν μπορούμε να υποτιμήσουμε και το πολιτικό «δέος» που ενέπνεε η ισχυρή παρουσία μίας συγκροτημένης «αριστερής» κρατικής εκδοχής στο παράδειγμα της ΕΣΣΔ. Η κυριαρχία κεντροαριστερών κυβερνήσεων και ιδεών στην Ευρώπη και η ταυτόχρονη ενδυνάμωση του κοινωνικού κράτους στο διάστημα 1950-1975 δεν είναι τυχαία γεγονότα, αλλά δεν φαίνεται να επαναλαμβάνονται στις μέρες μας.

Το συμπέρασμα από τα παραπάνω είναι ότι η δημιουργία του κοινωνικού κράτους και του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας στο πλαίσιό του δεν αποτελεί συστατικό στοιχείο αυτού που έχουμε αποκαλέσει δυτικό πολιτισμό, και είναι παντελώς άγνωστη στον ανατολικό (αναδυόμενο) κόσμο. Η «δειλή» αναφορά στα σχετικά κείμενα διεθνών συμβάσεων απέχουν πολύ από το να κατοχυρώσουν την ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ως ένα βασικό και αναλλοίωτο ανθρώπινο «δικαίωμα». Στην καλύτερη περίπτωση, οδηγούν στη διατύπωση μίας «υποχρέωσης» της Πολιτείας, την οποία, όμως, αυτή εκπληρώνει μόνο στο βαθμό που κρίνει και όταν και όσο μπορεί. Η συνταγματική «κατοχύρωση» του δικαιώματος του ελληνικού λαού σε υπηρεσίες υγείας, σε αντιπαράθεση με τη σημερινή κατάσταση του ΕΣΥ στην Ελλάδα μας δίνει μία γεύση της ισχύος τέτοιων πολιτικών υποσχέσεων.

Πιστεύω ότι κάνουν πολύ σοβαρό λάθος όσοι υποτιμούν τη κομμουνιστική εκδοχή για τη φύση του ανθρώπου.

Στο συγκλονιστικό βιβλίο του *Ο Πόλεμος στον Κόσμο*,<sup>3</sup> ο σημαντικότερος ιστορικός των ημερών μας Βρετανός Niall Ferguson, γράφει για τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονταν καίριες αποφάσεις για τη διάταξη των στρατευμάτων και τη διεξαγωγή των μαχών στους δύο παγκόσμιους πολέμους, αλλά και σε άλλες από τις πολλές συρράξεις του αιώνα μας. Η αριθμητική των «αποδεκτών» προβλεπόμενων απωλειών, η επιλογή της μεθόδου των εχθροπραξιών (αεροπορία ή στρατός, κλπ) και όλη η λογική του πολέμου μαρτυρεί μία πλήρη περιφρόνηση της έννοιας της αξίας της ζωής.<sup>4</sup> Η ευκολία μετάπτωσης του ανθρώπου σε κατάσταση «κτίνους» που σκοτώνει ή βιάζει τον μισητό αντίπαλο με την ίδια ευκολία που απολαμβάνει μία όπερα, δείχνει αυτό που πρώτος ο Φρόιντ υποστήριξε, δηλαδή το δισυπόστατο της ανθρώπινης φύσης με την αέναη μάχη του «ερωτικού» (δημιουργικού) με το καταστροφικό ένστικτο.<sup>5</sup> Στην πραγματικότητα, ο ίδιος ο άνθρωπος φαίνεται να δίνει πολύ μικρή (ή καμιά) αξία στη ζωή ως εγγενές ή ενδογενές (inherent) αγαθό. Φαίνεται ότι η αξία της ζωής βρίσκεται σε αυτά που (μας) προσφέρει όσο υπάρχει, αλλά όχι ως αυθύπαρκτη αξία, παρά τις κατά καιρούς μεγαλόστομες διακηρύξεις.

Το τελευταίο και σχετικά σπάνιο επεισόδιο σταθερής οικονομικής ανάπτυξης στο τρίτο τέταρτο του 20ού αιώνα για το δυτικό κόσμο πήρε τέλος με τις πετρελαϊκές κρίσεις 1973 και 1978. Το ακολούθησε μία εποχή οικονομικής και πολιτικής αβεβαιότητας κατά την οποία η νεοφιλελεύθερη οικονομική πολιτική πήρε την «εκδίκησή» της, οδηγώντας σε αλληπάλληλες «φούσκες» κάθε είδους και, τελικά στην κρίση που άρχισε το 2007-8. Το νέο αυτό σκηνικό αναπτύσσεται σε περιβάλλον παγκοσμιοποίησης που οδηγεί και σε ένταση της οικονομικής ανισότητας, έμφυτης, άλλωστε, στο καπιταλιστικό σύστημα. Στο νέο πολυπολικό κόσμο, οι πολιτικές, γεωπολιτικές και, φυσικά, οικονομικές κρίσεις φαντάζουν σήμερα περίπου αναπόφευκτες. Η δυνατότητα της παγκόσμιας, πλέον, διακυβέρνησης, που, άλλωστε, δεν διαφαίνεται, προσφέρει πολύ λίγες ελπίδες για ασφαλή διεύθυνση των προβλημάτων. Εδώ αρκεί μόνο να υπενθυμίσουμε τι συνέβη στον κόσμο όταν στη δεκαετία του 1930 γνωρίσαμε μία βαθιά οικονομική κρίση και πού κατέληξαν με δημοκρατικό τρόπο (στη χιτλερική Γερμανία), κοινωνίες που είχαν, μάλιστα, πολλά να επιδείξουν στο επίπεδο του πολιτισμού και της διάνοησης μέχρι τότε (Γερμανία, Ιταλία, Ιαπωνία, κλπ). Και, φυσικά, για τους πολύ... αισιόδοξους στο βάθος караδοκεί η οικολογική και κλιματική κρίση με όσα αυτή συνεπάγεται.

### Η κρίση και το κοινωνικό κράτος

Ας δούμε τώρα πώς αυτό το θεωρητικό πλαίσιο μπορεί να μας βοηθήσει να εκτιμήσουμε τις πιθανές επιπτώσεις της κρίσης στο κοινωνικό κράτος. Στην άσκηση αυτή θα χρησιμοποιήσουμε ως υπόδειγμα εργασίας τον τομέα της

υγείας και θα κάνουμε ειδικές αναφορές στην Ελλάδα. Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να σημειώσουμε ότι η οικονομική κρίση, σε παγκόσμιο επίπεδο, σημειώθηκε σε μία στιγμή όπου οι οικονομική ανισότητα στις χώρες της Δύσης, και όχι μόνο, έφτανε στο υψηλότερο σημείο. Στην Αμερική σήμερα, τα τελευταία επίσημα στοιχεία μας δείχνουν ότι 44 εκατομμύρια άνθρωποι βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. 100 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σε οικογένειες με εισόδημα μικρότερο από το 44.000\$ που είναι το ελάχιστο εισόδημα που απαιτείται για μία τετραμελή οικογένεια. Το εισόδημα του πλουσιότερου 1% του πληθυσμού δεκαπλασιάστηκε, και ακόμη περισσότερο αυξήθηκε το εισόδημα του πλουσιότερου 1% του πληθυσμού. Παρόμοια ένταση της οικονομικής ανισότητας παρατηρείται σε πολλές χώρες και όχι μόνο στη Δύση. Είναι ακόμη χρήσιμο να σημειώσουμε ότι όταν η χρηματοοικονομική κρίση εκδηλώθηκε το 2008, η απάντηση των κυβερνήσεων σε όλο τον κόσμο ήταν η σωτηρία των τραπεζών και των χρηματοοικονομικών οίκων με τεράστιες ενέσεις ρευστού που, τελικά, θα επιβαρύνει την εργασία, είτε άμεσα μέσω αύξησης της φορολογίας, είτε έμμεσα μέσω της μείωσης των κοινωνικών δαπανών.

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης, η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους. Αυτό που δεν μπορεί και δεν πρέπει κανείς να ξεχνάει είναι ότι το κοινωνικό κράτος έχει στη φιλοσοφική αλλά και στη διαχειριστική του αφετηρία μία ουσιαστική προϋπόθεση, αυτήν της προοδευτικής κοινωνικής χρηματοδότησης. Προϋποθέτει, με άλλα λόγια, την παραδοχή της κοινωνίας ότι οι πλούσιοι ή, έστω, οι ευπορότεροι, θα δεχθούν να σηκώσουν το μεγαλύτερο μέρος του βάρους της κάλυψης των αναγκών του συνόλου, δηλαδή και των φτωχών. Αυτό, όμως, προϋποθέτει ότι ο αλτρουισμός αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο της ανθρώπινης φύσης, κάτι για το οποίο υπάρχει πολύ λίγη επιστημονική τεκμηρίωση. Αν αυτό δεν συμβαίνει, η μόνη ελπίδα για τη διατήρηση του κοινωνικού κράτους βρίσκεται μόνο στην πιθανή συνειδητοποίηση εκ μέρους της (πλειοψηφίας της) κοινωνίας ότι το ατομικό μας συμφέρον συμβαδίζει και, μάλιστα, εξαρτάται από το γενικότερο συμφέρον. Αυτό αποτελεί το κυρίαρχο πολιτικό διακύβευμα και τη μήτρα της πολιτικής και κοινωνικής διάταξης στα φάσμα αριστερά-δεξιά. Η επιβίωση, συνεπώς, του κοινωνικού κράτους εξαρτάται από την ταλάντωση αυτού του εκκρεμούς και το βάθος μέχρι το οποίο έχουν φθάσει οι «ρίζες» των κοινωνικών κατακτήσεων στο συλλογικό υποσυνείδητο. Υπάρχει, δηλαδή, ο κίνδυνος μία μεγάλη και μακρόχρονη ταλάντωση προς τα δεξιά απλώς να ξεριζώσει όσα έχουν «κατακτηθεί» μέχρι σήμερα.<sup>6</sup>

Η οικονομική κρίση σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον καθένα από εμάς. Οι κύριες εκφράσεις της όμως, έχουν να κάνουν με την οικονομική επιβράδυνση, τη μεί-

ωση της παραγωγής, την ανεργία και τη μείωση των περισσότερων εισοδημάτων. Αυτό, οπωσδήποτε, βάζει σε δοκιμασία τη σχετική αποτίμηση του ατομικού σε σχέση με το συλλογικό συμφέρον. Σε πιο πρακτικό επίπεδο, αναπόφευκτα, μειώνει τα φορολογικά έσοδα και τα έσοδα από ασφαλιστικές εισφορές από τις οποίες χρηματοδοτείται το κοινωνικό κράτος και το σύστημα υγείας ειδικότερα. Αυτό σημαίνει ότι η χρηματοδοτική βάση του συστήματος συρρικνώνεται. Προφανώς, αν δεν μειωθούν σημαντικά τα έξοδα του συστήματος, η όλη του ύπαρξη κινδυνεύει, είτε συνολικά, είτε σε σχέση με την έκτασή του. Η όλη διαχείριση αυτής της νέας πραγματικότητας αποτελεί το μείζον πολιτικό διακύβευμα της εποχής.

Ιδιαίτερα δοκιμάζονται οι ευπαθείς ομάδες και τα άτομα χαμηλού εισοδήματος. Η φτώχεια είναι η πιο οδυνηρή κατάσταση στην οποία μπορεί να βρεθεί ένα άτομο με εύθραυστη υγεία, αλλά και υγιή άτομα χωρίς πρόσβαση σε θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες ρουτίνας. Η σχέση μεταξύ εισοδήματος και κατάστασης της υγείας έχει αποτελέσει την τελευταία δεκαετία αντικείμενο έντονου ενδιαφέροντος. Η παραδοσιακή οπτική γωνία εστίαζε στην προφανή σχέση, δηλαδή στην αδυναμία του φτωχού να ανταποκριθεί στα όποια έξοδα απαιτούνται για την προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία, για παράδειγμα, να πληρώσει κανείς για οδοντιατρικές υπηρεσίες, με δεδομένη τη μικρή ασφαλιστική κάλυψη από τα περισσότερα συστήματα υγείας, δημιουργεί τεράστιους κινδύνους και όχι μόνον για την στοματική του υγεία. Η αδυναμία προσφυγής σε απλές ιατρικές υπηρεσίες για πολλούς ανασφάλιστους ή υποασφαλισμένους στην Αμερική, οδηγεί στην αναβολή με συνέπεια το απλό πρόβλημα υγείας συχνά να εξελίσσεται σε μείζον.

Αυτή, όμως, δεν είναι η μόνη σχέση μεταξύ εισοδήματος και κατάστασης της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, η ερευνητική προσπάθεια προχώρησε βαθύτερα στη διερεύνηση της σχέσης υγείας και εισοδήματος. Η έρευνα έδειξε ότι, πέρα από το ύψος του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αυτό που πραγματικά επηρεάζει το επίπεδο της υγείας είναι η οικονομική ανισότητα στις διάφορες χώρες. Όπως δείχνει η έρευνα του καθηγητή Richard Wilkinson από το 1996, αλλά και πρόσφατα η Kate Pickett, η θνησιμότητα από πολλές ασθένειες αυξάνεται παράλληλα με την ανισότητα. Και αυτό επειδή με την εισοδηματική ανισότητα, που συνοδεύεται από την ανάπτυξη φαινομένων και αίσθησης αποκλεισμού, αυξάνεται και η επίπτωση των λοιμώξεων, της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης, ενώ αυξάνεται και η εγκληματικότητα και η χρήση βλαβερών ουσιών. Η επίδραση του στρες που οφείλεται στην αίσθηση ότι κάποιος είναι σε μειονεκτική θέση προκαλεί πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ επιφέρουν και σημαντικές ορμονικές αλλαγές. Ο καθηγητής Χ. Μουτσόπουλος προβλέπει αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων, που οφείλε-

ται στην αδυναμία διαχείρισης του στρες, το οποίο προκαλεί μεταξύ άλλων, και τη νόσο του Sjogren. Το άγχος έχει συνδεθεί επίσης και με τη μείωση της πιθανότητας εγκυμοσύνης.

Την υγεία μπορεί να τη δει κανείς από πολλές σκοπιές. Μία είναι αυτή που αφορά στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Εδώ, η σημασία του συστήματος υγείας είναι κάπως υπερτιμημένη. Αν και «σκληρά» δεδομένα δεν υπάρχουν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «πιστώνει» το σύστημα υγείας μόνο με το 15-20% της συνεισφοράς στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Σημαντικότεροι φαίνεται να είναι οι λεγόμενοι «περιβαλλοντικοί» παράγοντες, όπως το μορφωτικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η κοινωνική συνοχή και το ανθρωπογενές και φυσικό περιβάλλον. Αν, πραγματικά, έτσι έχουν τα πράγματα, τότε είναι μάλλον άστοχο να ξοδεύουμε στην Ελλάδα το 10% του ΑΕΠ για ένα σύστημα που μας δίνει πίσω πολύ λιγότερα σε σχέση με αυτά που αποκομίζουν άλλες χώρες, συχνά με μικρότερη δαπάνη για τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Ίσως στην Ελλάδα θα έπρεπε να διατεθούν πόροι σε άλλους τομείς που παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στην υγεία, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση και το περιβάλλον.

Ένας άλλος τρόπος για να δούμε το σύστημα υγείας είναι από την οικονομική σκοπιά. Η υγεία είναι μία «βιομηχανία» που ξεπερνάει το 10% του ΑΕΠ στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (και στην Ελλάδα), με τεράστια σημασία για την παραγωγή, την απασχόληση και τα δημόσια οικονομικά. Η οικονομική αυτή διάσταση έχει δύο πτυχές. Ποιος πραγματικά πληρώνει και ποιος ωφελείται από τη δαπάνη. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, η δαπάνη καλύπτεται σε ποσοστό γύρω στο 80-85% από δημόσιους πόρους, δηλαδή από κρατικά έσοδα και την κοινωνική ασφάλιση. Αυτό σημαίνει ότι το μεγάλο μέρος του βάρους φέρουν όσοι εισφέρουν φόρους ή εισφορές και, μάλιστα, με τρόπο προοδευτικό, δηλαδή αυτοί που έχουν πολλά εισφέρουν περισσότερα. Έτσι, η υγεία λειτουργεί αναδιανεμητικά, συντελώντας στην κοινωνική δικαιοσύνη και συνοχή. Στην Ελλάδα, αντίθετα, η ιδιωτική δαπάνη είναι περίπου το 50% του συνόλου και, αναλογικά, επιβαρύνει υπέρμετρα τις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις. Ακόμη και το υπόλοιπο, που αποτελεί δημόσια δαπάνη, προέρχεται κυρίως από τη μεσαία τάξη και όχι από τα υψηλά εισοδήματα, λόγω της εκτεταμένης εισφορο-και-φορο-διαφυγής. Έτσι, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα λειτουργεί αντίστροφα προοδευτικά, αφού επηρεάζει την κατανομή του εισοδήματος μέσα από τη χρηματοδότηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Ενώ θεωρητικά η υγεία μπορεί να αποτελέσει «μηχανή» αναδιανομής εισοδήματος προς όφελος των πολλών μέσα από την προοδευτική φορολόγηση εισοδήματος και κεφαλαίου, στην Ελλάδα λειτουργεί αντί-

στροφα συντελώντας στην αύξηση της οικονομικής ανισότητας.

Την ίδια και χειρότερη εικόνα αποκομίζουμε αν εξετάσουμε τη δεύτερη πτυχή, δηλαδή το ερώτημα του ποιος ωφελείται από το σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα, η άσκηση αυτή είναι εξόχως διδακτική. Αν εξαιρέσουμε τους 200.000 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, τα διαθέσιμα δεδομένα μας λένε ότι με 5% του εργατικού δυναμικού σε σχέση με το 7% σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, ο τομέας της υγείας είναι υποστελεχωμένος με τεράστιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό και άλλο υγειονομικό προσωπικό, αλλά με πληθώρα γιατρών. Έτσι, η υγειονομική δαπάνη κατευθύνεται πολύ λιγότερο σε «υγιή» απασχόληση και πολύ περισσότερο σε ιατρικά εισοδήματα, συχνά παράνομα και αφορολόγητα. Το κορπορατιστικό μοντέλο ανάπτυξης, επιτρέπει στους «εντός του συστήματος» να το απομυζούν, σε βάρος των πραγματικών αναγκών των πολιτών. Τέλος, η συνεχής ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών, με τη σιωπηρή αλλά ενεργητική υποστήριξη του πολιτικού συστήματος τα τελευταία χρόνια, οδηγεί στην αποδυνάμωση του δημόσιου συστήματος και στην αναζήτηση ατομικών ή λύσεων σε συλλογικά ζητήματα όπως είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτό οδηγεί στο μείζον πρόβλημα της ιδιωτικής δαπάνης και της παραοικονομίας.

Μία τρίτη οπτική γωνία έχει να κάνει με την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερη σημασία εδώ έχει, η ασφαλιστική του κάλυψη και η δυνατότητα του πολίτη να πληρώσει για τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Στη δεκαεπενταετία από το 1992 ως το 2006 στην Ελλάδα, ο κρατικός προϋπολογισμός συνεισέφερε συνεχώς λιγότερα στο σύστημα υγείας και η κοινωνική ασφάλιση συνεχώς περισσότερα. Το 1992, ο κρατικός προϋπολογισμός κάλυπτε το 41,4% των δημόσιων δαπανών υγείας και τα ταμεία το 58,6%. Το 2006, το ποσοστό του κράτους έπεσε στο 27% και των ταμείων ανέβηκε στο 73%. Οι ασφαλιστικοί φορείς αντιμετωπίζουν πλέον τις άμεσες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας σε βάρος των κονδυλίων που είναι υποχρεωμένοι να διαθέτουν για τις συντάξεις. Το 1992, το 66,8% των δαπανών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης πήγαινε για συντάξεις και το 33,2% για την υγεία. Σε 15 χρόνια, το 2006, η σχέση αυτή είχε αλλάξει σε 59,5% και 40,5%. Είναι σαφές ότι η υγεία «φορτώνει» την κοινωνική ασφάλιση με συνεχώς μεγαλύτερα έξοδα σε βάρος των συντάξεων.

Όλα αυτά συμβαίνουν καθώς η φύση της ιατρικής και της υγειονομικής φροντίδας αλλάζει σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια. Η τεχνολογία και η επιστήμη προχωρούν με ραγδαίους ρυθμούς που αυξάνουν τις απαραίτητες δαπάνες με ρυθμό που σταθερά αυξάνουν 2% περισσότερο από την αύξηση του ΑΕΠ σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η απάντηση στην ανάγκη για διάθεση σημαντικά αυξημένων κονδυλίων εξαρτάται από τη φιλοσοφική και πολιτική το-

ποθέτηση των κυβερνήσεων. Οι κοινωνίες καλούνται να απαντήσουν στο θεμελιώδες ερώτημα της ίδιας της φύσης της υγείας σε σχέση με την αγορά. Η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί την υγεία ως ατομική υπόθεση που λίγο διαφέρει από τα άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Βλέπει μία αγορά υπηρεσιών υγείας και την εξετάζει με τα κλασικά σχετικά εργαλεία της οικονομικής θεωρίας. Μία άλλη προσέγγιση, όμως, θεωρεί την υγεία ως πεδίο άσκησης ενός κοινωνικού δικαιώματος. Έτσι, βλέπει το αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας ως το πεδίο αναφοράς και εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η αγορά παράγει και διανέμει ένα προϊόν που ονομάζουμε υγειονομική προστασία. Η προσφορά υγειονομικής προστασίας αφορά την παραγωγή των υπηρεσιών και η ζήτηση αφορά την ασφάλιση υγείας. Η τοποθέτηση της κοινωνίας στο καίριο ζήτημα της ισορροπίας μεταξύ ζήτησης και προσφοράς και η επιλογή των σχετικών εργαλείων και πολιτικών θα είναι το κεντρικό ζήτημα του μέλλοντος. Είναι προφανές ότι σε συνθήκες κρίσης, η νομιμοποιητική βάση αυξημένης φορολογίας ή ασφαλιστικών εισφορών με προοδευτικό τρόπο, δηλαδή με επιβάρυνση των πλουσίων ή και των απλώς εύπορων, προς όφελος αυτών που πλήττονται από την κρίση θα δοκιμασθεί σκληρά.

### **Η κρίση και η ελληνική πραγματικότητα**

Η οικονομική κρίση, στη σημερινή της μορφή, είναι πρωτόγνωρη στην ελληνική κοινωνία. Έρχεται, μάλιστα, κάπως πρόωρα σε σχέση με το επίπεδο της θεσμικής και πολιτισμικής μας ανάπτυξης. Ένα ουσιαστικά ακόμη νεοσύστατο κράτος, χωρίς εμπειρία «κοινωνίας» πολιτών, βρέθηκε για πρώτη φορά να απολαμβάνει τα αγαθά της πρόσκλησης σε ένα «πάρτι» της καλής ευρωπαϊκής κοινωνίας. Ο αρχοντοχωριάτης, δανείσθηκε πολύ πέρα από τις δυνάμεις του για να εντυπωσιάσει τους οικοδεσπότες, χωρίς, όμως, να έχει αναπτύξει τη δυνατότητα αποπληρωμής. Η αντίδρασή του στη νέα πραγματικότητα είναι το ζητούμενο της εποχής. Μάλιστα, δεν είναι παράξενο ότι πολλοί πολιτικοί επιστήμονες και αναλυτές, όχι μόνο στην Ελλάδα, προβληματίζονται για τις πιθανές πολιτικές επιπτώσεις της κατάστασης που διαμορφώνεται για τη δεύτερη δεκαετία του αιώνα.

Η δυνατότητα της κοινωνίας να αντιμετωπίσει την κρίση θα εξαρτηθεί πρώτα από τις πνευματικές δυνάμεις της χώρας, μετά από την αντίδραση των κοινωνικών φορέων και τελευταία από τον πολιτικό κόσμο. Ο τελευταίος, έχει, άλλωστε, αποδείξει ότι, τουλάχιστον στην Ελλάδα, αλλά όχι μόνο, αδυνατεί να οδηγήσει τις εξελίξεις και η μόνη μας ελπίδα είναι να μπορέσει, τουλάχιστον, να ακούσει και να ερμηνεύσει σωστά τα μηνύματα των καιρών. Η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο δύσκολη, αφού εκτός από τη σημαντική οικονομική επιβράδυνση που χαρακτηρίζει κάθε οικονομική κρίση, στην Ελλάδα του 2010 έχουμε και την

υποχρεωτική προσαρμογή στις προβλέψεις του Μνημονίου για την ανασυγκρότηση της οικονομίας. Οι προβλέψεις του Μνημονίου εστίασαν στη δημοσιονομική προσαρμογή, κάτι που έκανε υποχρεωτική την άμεση μείωση εισοδήματος για όλους. Κεντρικό ρόλο στο Μνημόνιο παίζει η αναφορά στον τομέα της υγείας, ο οποίος φαίνεται ότι έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στο δημοσιονομικό εκτροχιασμό και, μάλιστα, φαίνεται ότι θέτει σε σοβαρό κίνδυνο κάθε προσπάθεια εξυγίανσης.

Έτσι, είναι βέβαιο ότι ο τομέας της υγείας θα πρέπει να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εποχής, αλλά και να εξυγιανθεί οικονομικά. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να βελτιωθεί ταυτόχρονα η οικονομική αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα, δηλαδή να πάρουμε από τον τομέα της υγείας περισσότερο και καλύτερο προϊόν με λιγότερα χρήματα. Στην Ελλάδα, όμως, ο τομέας της υγείας ποτέ δεν λειτούργησε προς όφελος των πολιτών, αλλά σύμφωνα με τα συμφέροντα των πολιτικών και των εργαζομένων στα νοσοκομεία και κυρίως των γιατρών. Οι συνέπειες της προσφυγής της Ελλάδας στο Μηχανισμό ΕΕ-ΕΚΤ-ΔΝΤ για τον τομέα της υγείας θα είναι σημαντικές. Σε πρώτη φάση θα ζητηθούν άμεσα μέτρα νοικοκυρέματος, συγχωνεύσεις νοσοκομείων και περιστολή της δαπάνης. Δεν ξέρω αν η τρόικα, που φαίνεται να γνωρίζει αρκετά καλά το τι συμβαίνει στην υγεία, θα ζητήσει να γίνει σοβαρή διορθωτική παρέμβαση και στις διοικήσεις φορέων και νοσοκομείων, αλλά δεν νομίζω ότι τα κριτήρια που φαίνεται ότι πρυτάνευσαν στις επιλογές το 2010 θα γίνουν ανεκτά για πολύ. Σε μία δεύτερη φάση είναι πιθανόν να προχωρήσουμε σε πολύ πιο δραστικά μέτρα. Αν ζητηθεί η «απαλλαγή» του δημοσίου από 100.000 δημόσιους υπαλλήλους, ίσως η «ιδιωτικοποίηση» νοσοκομείων, ή και σχολείων, να φανεί ως μία λιγότερο κοινωνικά επαχθής μέθοδος από την απόλυση. Στο κάτω-κάτω (θα πει το ΔΝΤ), με την ιδιωτικοποίηση οι νοσηλευτές, υπάλληλοι και γιατροί δεν θα απολυθούν όλοι. Και επειδή τα κρατικά νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα, ίσως υπάρχει μία αλήθεια σε αυτό.

Το 2011 το ζήτημα της Υγείας πρέπει να αντιμετωπισθεί ριζικά. Θα πρέπει να δούμε τη «μεγάλη εικόνα», χωρίς να ξεχάσουμε τις μικρορυθμίσεις, που μπορούν να εξοικονομήσουν χρήματα, αλλά κυρίως να δώσουν ένα μήνυμα στην «αγορά» της υγείας. Για παράδειγμα, η επανεξέταση του θέματος των εφημεριών μπορεί να δώσει το μήνυμα σε άπληστους συνδικαλιστές που συνέπραξαν με έναν χωρίς ηθικές αναστολές υπουργό της Ν.Δ. και ξεγέλασαν μία αφελή υπουργό του ΠΑΣΟΚ. Όμως, στην υγεία τα πράγματα δεν είναι καθόλου εύκολα. Η χοάνη στην οποία διαχρονικά χάνονται δισεκατομμύρια, η δραματική καθημερινότητα του πολίτη, η ανασφάλεια, και η τεράστια ιδιωτική δαπάνη εξαρτώνται από τη συμπεριφορά πολλών ομάδων και συμφερόντων, με διαφορετική στόχευση, αλλά

και δυνατότητα επηρεασμού του αποτελέσματος. Η απαραίτητη γνώση για τη διαμόρφωση της ενδεδειγμένης πολιτικής, η εξασφάλιση της στήριξης του πρωθυπουργού και το πλαίσιο του Μνημονίου υπάρχουν, αλλά δεν αρκούν. Στην υγεία το ζήτημα είναι πρωτίστως διαχειριστικό και δευτερευόντως πολιτικό. Οι αποφάσεις που πρέπει να παρθούν δεν αφορούν το «τι» πρέπει να γίνει, αλλά το «πώς» και «πότε». Καθώς «ο διάβολος κρύβεται στις λεπτομέρειες», η πραγματικότητα μπορεί να διαστρεβλωθεί και οι επιπτώσεις των μέτρων πολιτικής να συκοφαντηθούν. Ο υπουργός δεν έχει απέναντί του το σύνολο της κοινωνίας, κάτι που γενικεύει και αποπροσωποποιεί τις επιπτώσεις, όπως στο Ασφαλιστικό που διαχειρίστηκε με επάρκεια, αλλά συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών, οικονομικών, επιχειρηματικών ακόμη και ατομικών συμφερόντων. Οι αντιδράσεις θα είναι πολλές, όχι πάντα θεμιτές, φανερές ή ειλικρινείς και, στην περίπτωση αυτή, το κράτος δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Η φύση του θέματος της υγείας συχνά κάνει τα μέτρα δυσνόητα και δίνει στο λαϊκισμό μεγάλα περιθώρια. Δυστυχώς, η μεγαλύτερη από τις κοινωνικές ομάδες, οι άρρωστοι, που είναι οι φυσικοί σύμμαχοι του κράτους, δεν έχουν ούτε φωνή ούτε την απαραίτητη γνώση.

Ο υπουργός Υγείας είναι υποχρεωμένος να δράσει ταυτόχρονα σε δύο μέτωπα. Πρώτα και άμεσα πρέπει να πάρει μέτρα μικρο-μάντζμεντ, για τον περιορισμό της σπατάλης, κάτι που καθυστερεί αδικαιολόγητα. Μέτρα όπως η επαναξιολόγηση των διοικήσεων που τοποθετήθηκαν είναι σωστά παραδείγματα. Παράλληλα, όμως, θα πρέπει να βλέπει και τη «μεγάλη εικόνα» για να κτίσει ένα συνεκτικό σχέδιο ανασυγκρότησης του ΕΣΥ. Σε εποχή οικονομικής κρίσης που θα κρατήσει για πολύ, ένα κόμμα όπως το ΠΑΣΟΚ, δεν μπορεί να βλέπει ατάραχο την προϊούσα ιδιωτικοποίηση του συστήματος και την εξαθλίωση της κοι-

νωνίας μέσω της ιδιωτικής δαπάνης. Δυστυχώς, το σημερινό ΕΣΥ, σε κατάσταση αποσύνθεσης, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες, λόγω της κρίσης, απαιτήσεις. Ο δημόσιος τομέας της υγείας χρειάζεται ριζικό ανασχεδιασμό με ορίζοντα τριετίας, κάτι που δεν απαιτεί απαραίτητως πρόσθετα κονδύλια, αλλά, κυρίως, σωστή αξιοποίηση των ήδη διατιθέμενων. Οι λύσεις είναι γνωστές και εφικτές και ορισμένες συζητήθηκαν στη Σύνοδο των υπουργών Υγείας του ΟΟΣΑ στις 7 και 8 Οκτωβρίου. Νομίζω ότι δεν είναι παράλογο να ελπίζουμε ότι, το πολιτικό θάρρος και η επιμονή που επέδειξε ο υπουργός στο Ασφαλιστικό θα αποδειχθούν όχι μόνο η αναγκαία, αλλά και η ικανή συνθήκη για την επιτυχία. Μετά το Ασφαλιστικό, η λύση στο δεύτερο πρόβλημα, αυτό της υγείας, θα είναι πολύ πιο δύσκολη, αλλά και το γέρας της επιτυχίας πολύ μεγαλύτερο.

#### ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- 1 Το φαινόμενο περιγράφεται στο επικό ιστορικό μυθιστόρημα του Ken Follett, *Οι Στυλοβάτες της Γης*.
- 2 Για περισσότερα, βλ. το πρόσφατο βιβλίο του συγγραφέως, *Διεθνή Συστήματα Υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2010.
- 3 Niall Ferguson, *The War of the World: History's age of Hatred*, Penguin 2006.
- 4 Η «αριθμητική» της αιτιολόγησης των βομβαρδισμών στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι το 1945 από την πλευρά των Αμερικανών και η γενικότερη έμμεση ή άμεση αποδοχή από την παγκόσμια κοινότητα είναι ένα ανατριχιαστικό παράδειγμα.
- 5 Είναι και η απάντηση του Φρόντ σε επιστολή του Άλμπερτ Αϊνστάιν το 1931, με την οποία του ζητούσε να κινητοποιηθούν για τη δημιουργία μίας «κοινωνίας των διανοουμένων» με σκοπό την ανύψωση των σχεδίων του Χίτλερ, βλ. Ferguson, *ό.π.*, τ. Β', 2006, σ. 976.
- 6 Θα έχει τεράστια σημασία το μέλλον της Μεταρρύθμισης Obama στις ΗΠΑ, εν όψει της λυσσαλέας αντίδρασης των Ρεπουμπλικάνων και, γενικότερα, της Δεξιάς.