

ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΤΩΧΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Γιώργος Δ. Μάρδας

Δρας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Γεωργία Ν. Αρμπουνιώτου

Έκτακτη καθηγήτρια εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Αυτή η εργασία προσπαθεί να εμβαθύνει στα αίτια των προβλημάτων των φτωχών και των “οικονομικά αδυνάτων” γενικά, απέναντι στην υγεία, που έχουν ως δυσμενές αποτέλεσμα την ανισότητα ως προς τα δικαιώματα και τη χρήση των προϊόντων υγείας. Παρά την ύπαρξη σχετικής ενθαρρυντικής νομοθεσίας, η ανισότητα εξακολουθεί να υπάρχει και να αυξάνεται. Επιβεβαιώνεται, τέλος, η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της υγειονομικής ανισότητας και της κοινωνικο-οικονομικής διαφοράς των ατόμων σε μια χώρα.

1. Προλογικό σημείωμα

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φτωχοί και γενικότερα οι “οικονομικά αδύνατοι” απέναντι στην υγεία πηγάζουν από τις ανισότητες στο δικαίωμα της πρόσβασης του ατόμου στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στη χρήση των προϊόντων υγείας.

Είναι αναγκαίο να καθορισθούν οι έννοιες της ανισότητας στο χώρο της υγείας, των φτωχών, των “οικονομικά αδυνάτων” και των “κοινωνικά αποκλεισμένων”.

Τα διεθνή νομικά κείμενα και ειδικότερα αυτά της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτός από σχετικές υποδείξεις και συστάσεις προς τα μέλη-Κράτη, δεν κατοχυρώνουν την εξάλειψη των ανισοτήτων στο χώρο της Υγείας.

Η ελληνική πραγματικότητα ομιλεί για κρατική μέριμνα και ισοτιμία στην παροχή υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να αποσαφηνίζεται το περιεχόμενο των παροχών, καθώς και ο υπεύθυνος για τη σχετική χρηματοδότηση και χωρίς να κατορθώσει η ελληνική πολιτεία να αμβλύνει τις μεγάλες ανισότητες απέναντι στην υγεία μεταξύ των “οικονομικά δυνατών και αδυνάτων”.

2. Νομική προσέγγιση

Το δικαίωμα για κοινωνικές παροχές φαίνεται, ότι άρχισε να αναγνωρίζεται από τα μέσα του 16ου αιώνα στην Αγγλία. Η αναγνώριση όμως ενός γνήσιου δικαιώματος για κοινωνική πρόνοια πραγματοποιήθηκε στη χώρα αυτή, ύστερα από σχετική νομοθετική μεταρρύθμιση το έτος 1980.

Στη δεκαετία του '80 στη Γερμανία αναγνωρίζεται, χωρίς αμφισβήτηση, ένα δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, ενώ στη Γαλλία η επιστήμη, η νομολογία και η διοικητική πρακτική δέχονται ένα αυτοτελές υποκειμενικό δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια¹.

Το άρθρο 25 παρ. 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στις 10-12-1948 ορίζει:

“Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη, όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες...”.

Στο κείμενο αυτό εμφανίζεται ένα “δικαίωμα” προνοιακών και γενικότερα κοινωνικών υπηρεσιών, κατά τρόπο αυτοτελή, ώστε τελικά να εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο βιοτικό επίπεδο.

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, ο οποίος καταρτίστηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης στις 18-10-1961, προβλέπει μια οργανωτική και διοικητική δομή των κοινωνικών υπηρεσιών των κρατών-μελών, που θα ικανοποιεί συγκεκριμένες απαιτήσεις και θα δημιουργεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την άσκηση συγκεκριμένων γνήσιων “δικαιωμάτων”².

Στις αρχές του 1993, το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας υιοθέτησε μια σημαντική σύσταση προς τα κράτη μέλη, σχετική με τη σύγκλιση των στόχων και πολιτικών των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Στον τομέα της ασθένειας προτείνεται η κατάλληλη οργάνωση από κάθε Κράτος-μέλος, ώστε να εξασφαλίζεται σε όλα τα άτομα, που νόμιμα διαμένουν στο έδαφός τους, η πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη και να προάγεται η πρόληψη των ασθενειών. Η εν λόγω σύσταση έχει το χαρακτηριστικό της καθολικότητας στο υποκειμενικό πεδίο εφαρμογής, αλλά δεν εξασφαλίζει ισότητα ή ισοτιμία στις δυνατότητες χρήσης προϊόντων υγείας.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 παρ. 3 του Ελληνικού Συντάγματος της 11-06-1975, το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.

Αυτή η μέριμνα συνίσταται στη λήψη μέτρων τα οποία θα υλοποιούν την Κρατική μέριμνα (απόφαση του Συμβουλίου της Επικράτειας 3348/1983).

Εάν δε, δεχθούμε και την άποψη ότι με τις συνταγματικές διατάξεις κατοχυρώνεται ένα ενιαίο δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια, και πάλι δεν θα είχαμε πλήρη δικαιώματα, καθόσον η προνοιακή προστασία συσχετίζεται έντονα με τη διακριτική ευχέρεια της διοίκησης, με αποτέλεσμα να μην έχουμε ένα γνήσιο και αγωγήμο δικαίωμα του ατόμου³.

Κατά τις διατάξεις του Ν. 1397/07-10-1983, περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους· το δε κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, σε ισότιμη βάση, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του καθένα από αυτούς⁴.

Στην ακολουθήσασα όμως πρακτική εφαρμογή του συστήματος δεν διευκρινίστηκαν ακόμα το περιεχόμενο, τα όρια και οι μορφές των παροχών, οι φορείς αυτών και η χρηματοδότηση των φορέων.

Δεδομένου δε ότι, η υγεία παρέχεται συγχρόνως από κρατικούς φορείς, από ασφαλιστικούς φορείς και από προνοιακά ιδρύματα, επόμενο είναι, ότι η εν λόγω ευθύνη του Κράτους γίνεται ασαφής και αποδυναμώνεται σε σημείο, που δεν μπορεί ο πολίτης να εξαναγκάσει το Κράτος σε παροχή.

Μελετώντας κανείς τα αναφερθέντα διεθνή και εθνικά νομικά κείμενα εύκολα διαπιστώνει, ότι δεν υπάρχουν αποτελεσματικές και σαφείς διατάξεις, με τις οποίες να επιτυγχάνεται η κατάργηση ή, τουλάχιστον, ο περιορισμός της “κακής” ανισότητας στο χώρο της υγείας.

3. Ανισότητα στην υγεία

Ανισότητα απέναντι στην υγεία έχουμε όταν υπάρχουν διαφορές ως προς την πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από τον πολίτη.

Εάν οι διαφορές αυτές είναι αναγκαίες και μη αποφευκταίες, τότε μιλούμε για “παραδεκτή” ή “δίκαιη” ανισότητα.

Εάν όμως οι διαφορές δεν είναι αναγκαίες, ούτε αναπόφευκτες, αλλά επίσης δεν είναι και δίκαιες, τότε μιλούμε για απαραίτητη ανισότητα ή αντικοινωνική και αυτή θα πρέπει να περιορίσουμε ή να εξαφανίσουμε.

Πότε όμως χαρακτηρίζεται μια ανισότητα “δίκαιη” ή “άδικη”; Ποιός τη χαρακτηρίζει; Είναι δύσκολη η απάντηση. Πάντως οι σύγχρονες επικρατούσες κοινωνικο-οικονομικο-πολιτιστικές απόψεις θα παίξουν σπουδαίο ρόλο στον εν λόγω προσδιορισμό.

Η απόλυτη ισότητα στην παροχή φροντίδων υγείας για πολλούς βιολογικούς, γεωγραφικούς, ηθικούς, επιστημονικούς κτλ. λόγους δεν μπορεί να υπάρξει.

Δεχόμαστε έτσι την έννοια της ισοτιμίας, κατά την οποία ο πολίτης έχει ισότητα προνομίων, δικαιωμάτων και υποχρεώσεων απέναντι στην υγεία. Η ισοτιμία, εν τέλει, μπορεί να εξασφαλίσει την ίση ανά κεφαλή δαπάνη υγείας (κατά Ταμείο, κατά περιφέρεια κτλ.).

Επόμενα, μια ισότητα πλήρης δεν είναι δίκαιη, καθόσον κλείνει μέσα της το στοιχείο της ανισότητας, στη βαθύτερη ανάλυση του εννοιολογικού της πεδίου. Άρα αυτή είναι ανισότητα κακή ή απαράδεκτη. Μια ισότητα δίκαιη, δεν μπορεί παρά να έχει τη μορφή της ισοτιμίας, δηλαδή της παραδεκτής ανισότητας.

Η επίτευξη της ισότητας στο επίπεδο της υγείας, είναι πολύ δύσκολο να υλοποιηθεί (ανταγωνισμός επαγγελμάτων, κατηγοριών και τάξεων του πληθυσμού, καθώς και αδυναμία ποσοτικοποίησης του επιπέδου υγείας, ώστε να διευκολύνει στην παραγωγή κριτηρίων κατανομής οικονομικών και ανθρώπινων πόρων).

Η έννοια της απαράδεκτης ανισότητας στην υγεία, έχει ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο. Είναι μια πραγματικότητα, που οφείλουμε να την αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά.

Πώς εμφανίζεται όμως αυτή η ανισότητα;

Έχει δύο μορφές: δύο εκβάσεις. Η μία είναι η ευμενής έκβαση για μια μερίδα του πληθυσμού, που τα μέλη της θα τα ονομάζαμε “προνομιούχα” και η άλλη είναι η δυσμενής έκβαση για την άλλη μερίδα του πληθυσμού, τα μέλη της οποίας θα ονομάζαμε “μη προνομιούχα”. Αυτή η δυσμενής όψη της ανισότητας, μεταφράζεται σε χαμηλό, ποιοτικά και ποσοτικά, επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Από παγκόσμιες και ελληνικές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι, τις ευμενείς εκβάσεις της ανισότητας καρπούνται πιο εύκολα οι “οικονομικά δυνατοί”, ενώ τις δυσμενείς οι “οικονομικά αδύνατοι” (π.χ. τα ζευγάρια με τέσσερα παιδιά και άνω, οι απασχολούμενοι στην γεωργία, οι έχοντες ηλικία άνω των 75 χρόνων και οι οποίοι αποτελούν μονομελές νοικοκυριό, αυτοί που δεν τελείωσαν το Δημοτικό Σχολείο κτλ...).

Αυτός ο θετικός συσχετισμός θα πρέπει να μας οδηγήσει στη σκέψη, ότι το όλο πρόβλημα της λύσης των προβλημάτων, απέναντι στην υγεία, των “οικονομικώς αδυνάτων”, δεν γίνεται απλά με τη λήψη ανάλογων νομοθετικών μέτρων, αλλά είναι βαθύ και σπουδαίο πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπισθεί μόνο με την επιστημονική μελέτη και ανάλυση της υγειονομικής συνάρτησης της χώρας, που θα έχει σαν ανεξάρτητες μεταβλητές την οικονομική ανάπτυξη, την πληθυσμιακή κατάσταση, τον πολιτισμό, την εκπαίδευση και το υγειονομικό προφίλ του πολίτη.

Η ανισότητα στην πρόσβαση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχει μόνο στο μέτρο των διαφορών των πραγματικά “οικονομικά δυνατών και αδυνάτων”: υπάρχει και μεταξύ των ομάδων, κατηγοριών ή τάξεων της κοινωνίας, που χαρακτηρίζονται τυπικά ως “οικονομικώς δυνατές”. (π.χ. Φτωχά Ασφαλιστικά Ταμεία και “ευγενή” Ασφαλιστικά Ταμεία).

Ιδιαίτερα όμως προβλήματα στην υγεία δημιουργούνται όταν οι ανισότητες στη χρήση προϊόντων υγείας οφείλονται σε κοινωνικο-οικονομικές διαφορές και μάλιστα σε βάρος των πραγματικά “οικονομικώς αδυνάτων”.

4. Φτωχοί “οικονομικά αδύνατοι” και “κοινωνικά αποκλεισμένοι”

Ο ορισμός της φτώχειας, η μέτρησή της και η ερμηνεία της δεν είναι εύκολα θέματα.

Οι δυσκολίες είναι τεχνικής φύσης σε επίπεδο ερευνητή. Παλιότερα, οι πολίτες με χαμηλά οικονομικά μέσα, ονομάζονταν φτωχοί ή άποροι.

Απόπειρα ορισμού της φτώχειας και διαχωρισμού αυτής από την εξαθλίωση έκανε, το 1835, ο Γάλλος φιλόσοφος και πολιτικός de TOQUEVILLE.

Στο πλαίσιο του Δεύτερου Προγράμματος καταπολέμησης της φτώχειας (1985-1989), το Συμβούλιο των Υπουργών της Ε.Ο.Κ. (απόφαση 19-12-1984) υιοθέτησε τον ορισμό για τη φτώχεια, που είχε διατυπωθεί στο πρώτο πρόγραμμα καταπολέμησης της φτώχειας της Ε.Ο.Κ. (1975-1980).

Φτωχοί, κατά την εν λόγω απόφαση, είναι τα άτομα, οι οικογένειες και οι ομάδες ατόμων, των οποίων οι πόροι (υλικοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί) είναι τόσο μικροί, ώστε να αποκλείονται από το ελάχιστο αποδεκτό βιοτικό επίπεδο στο κράτος-μέλος που ζουν.

Αυτός ο ορισμός είναι ο ενδιαμέσος μεταξύ δύο άλλων. Ο ένας λέγεται “σχετικός” και χρησιμοποιεί κοινωνικά και βιολογικά κριτήρια, ενώ ο άλλος λέγεται απόλυτος και χρησιμοποιεί, κύρια, οικονομικά κριτήρια. Ο πρώτος εφαρμόζεται στην Αγγλία, ενώ ο δεύτερος στις Η.Π.Α.

Η ποσοτική οικονομική ανάλυση χρειάζεται όμως και συγκεκριμένα αριθμητικά στοιχεία για να μελετήσει το πρόβλημα της φτώχειας.

Ποιά είναι τα όρια της φτώχειας;

Κατά μία πρώτη άποψη, φτωχοί είναι όσοι έχουν εισόδημα μικρότερο από το μισό του μέσου όρου της χώρας που ζουν, σε επίπεδο μηνός ή έτους.

Κατά μία δεύτερη άποψη, φτωχοί είναι εκείνοι που έχουν καταναλωτική δαπάνη μικρότερη του 55% της μέσης κατά κεφαλή καταναλωτικής δαπάνης της χώρας, ενώ για τα νοικοκυριά με περισσότερα άτομα, το όριο φτώχειας αυξάνεται κατά 70% για κάθε, επί πλέον, άτομο.

Τέλος, κατά μία τρίτη άποψη, φτωχοί είναι εκείνοι που έχουν εισόδημα μικρότερο από το 50% του μέσου διαθέσιμου εισοδήματος*

Για καλύτερη μάλιστα συγκριτική μελέτη των επιπέδων φτώχειας μεταξύ διάφορων χωρών ή και μεταξύ διάφορων χρονικών περιόδων της αυτής χώρας, ο Ν. ΚΑΚΩΑΝΙ διετύπωσε, το 1980, ένα δείκτη φτώχειας:⁵

$$P = F(x') \cdot \frac{(x' - \mu')}{\mu}$$

Όπου: $F(x')$ = αναλογία φτωχών νοικοκυριών

x' = όριο φτώχειας

μ' = μέσο εισόδημα φτωχών

μ = μέσο εισόδημα συνόλου φτωχών

Αυτός ο καθορισμός της φτώχειας περικλείει αυθαιρεσία, καθόσον δεν γνωρίζουμε ή δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε εύκολα, σε μια χώρα, ποιο είναι το όριο των μηνιαίων (ή ετήσιων) δαπανών στοιχειώδους συντήρησης ενός ατόμου (ή ενός νοικοκυριού), αλλά και επίσης διότι αυτό το όριο βρίσκεται σε άμεσο συσχετισμό με το μέσο μηνιαίο εισόδημα ανά κάτοικο.

* Το διαθέσιμο εισόδημα βρίσκεται από την αφαίρεση των άμεσων φόρων από το Καθαρό Εισόδημα.

Παράλληλα με την έννοια της φτώχειας, υπάρχει και η έννοια του “κοινωνικά αποκλεισμένου” πολίτη.

Σ’ αυτή την κατάσταση ο πολίτης αποκλείεται από διάφορες οικονομικές και κοινωνικές ευκαιρίες.

Το πρόβλημα εδώ, δεν είναι μόνο το πρόβλημα ανισοτήτων μεταξύ της κορυφής και της βάσης της κοινωνικής κλίμακας, αλλά επίσης και μεταξύ εκείνων που έχουν θέση στην κοινωνία και εκείνων οι οποίοι, για διάφορους λόγους αποκλείονται⁶.

Επίσης, κατά το Πράσινο βιβλίο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Νοέμβριος 1993), ο “κοινωνικός αποκλεισμός” δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκές εισόδημα. Υπερβαίνει ακόμα και τη συμμετοχή στην εργασιακή σχέση· εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Γι’ αυτό το λόγο, εξάλλου, προτείνει να αναγνωρίζεται ένα κατώτατο επίπεδο εισοδήματος για τους ενδεείς.

Οι “οικονομικά αδύνατοι”, που ανήκουν σε μια από τις κατηγορίες των “κοινωνικά αποκλεισμένων”, αντιμετωπίζουν μεταξύ των άλλων, ορισμένα προβλήματα, που έχουν σχέση με το χώρο της υγείας.

Τα προβλήματα αυτά αναφέρονται, κύρια, στους εξής δείκτες:

- Στους δείκτες θνησιμότητας, θνητότητας και θνησιγένειας.
- Στο δείκτη νοσηρότητας.
- Στο δείκτη προσδόκιμης ζωής στη γέννηση.
- Στη δυνατότητα πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας.
- Στους δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού.

Στη Μεγάλη Βρεταννία, έχει αποδειχθεί, ότι οι χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχουν τους “χειρότερους” δείκτες υγείας⁷.

Σήμερα, υπολογίζεται ότι το 20% του αμερικανικού λαού δεν έχει καμία, απόλυτα, κάλυψη στην υγεία.

Το έτος 1967, στις Η.Π.Α., η ασφάλεια ασθένειας συμπληρώνεται από τη “βοήθεια ασθένειας” για τους ενδεείς.

5. Η ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, το μέσο μηνιαίο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, για το έτος 1993, ήταν 115.458 δρχ. Επόμενα, το όριο φτώχειας για ένα άτομο ήταν, σε μηνιαίο επίπεδο, 57.730 δραχμές.

Για το έτος 1993, το ποσοστό του πληθυσμού, που ζούσε κάτω από τα όρια της φτώχειας ήταν 18,0%, ενώ για την Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν, κατά μέσο όρο, 15,0%.

Για το ίδιο έτος, βάσει της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ε.Σ.Υ.Ε., το 34,0% των ελληνικών νοικοκυριών, που αποτελούνται από ένα άτομο άνω των 65 χρόνων, βρίσκεται κάτω από τα όρια της φτώχειας⁸.

Τέλος, κατά μία έρευνα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το έτος 1993, το όριο φτώχειας, (ή αλλιώς το όριο των μηνιαίων δαπανών στοιχειώδους συντήρησης) μιας τετραμελούς οικογένειας, που ζούσε στην περιοχή της πρωτεύουσας ή σε πόλεις με πληθυσμό πάνω από 80.000 κατοίκους, ανερχόταν σε 185.000 δραχμές. Στις ίδιες περιοχές το όριο αυτό για τριμελή οικογένεια, ανερχόταν σε 148.000 δραχμές.

Τα στατιστικά αυτά στοιχεία δείχνουν, πως, όχι μόνο οι μη ασφαλισμένοι άνεργοι, οι μη ασφαλισμένοι ηλικιωμένοι και οι πνευματικά και σωματικά ανάπηροι βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας, αλλά και μια μεγάλη μερίδα οικογενειών ασφαλισμένων σε ασφαλιστικούς φορείς (εν ενεργεία ή συνταξιούχων), βρίσκεται κάτω από τα όρια της φτώχειας.

Για το 1993, επί παραδείγματι, ο ακαθάριστος βασικός μισθός στον ιδιωτικό τομέα ήταν 98.500 δρχ. (αριθμός ασφαλισμένων στο Ι.Κ.Α. 1.820.000), ενώ η ακαθόριστη κατώτερη σύνταξη του Ι.Κ.Α. ανερχόταν στις 78.500 δραχμές, (αριθμός συνταξιούχων Ι.Κ.Α. 720.000), στο Τ.Ε.Β.Ε. (αριθμός συνταξιούχων 128.617), η μέση σύνταξη ανερχόταν στις 55.000 δραχμές.

Το αντιφατικό όμως είναι ότι, οι “οικονομικώς αδύνατοι” βρίσκονται, κύρια, στο χώρο των συνταξιούχων, οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να έχουμε για τις ομάδες αυτές της κοινωνίας μεγάλα προβλήματα, που εμφανίζονται με σχετικούς κακούς δείκτες.

Για τους πολίτες, που είναι ανασφάλιστοι και χαρακτηρίζονται “οικονομικώς αδύνατοι”, το Κράτος χορηγεί βιβλιάριο νοσηλείας για Νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, ύστερα από σχετική έρευνα και εισήγηση της αρμόδιας κοινωνικής υπηρεσίας.

Οι πολίτες της κατηγορίας αυτής δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, χρήσης ακριβώς φαρμάκων και γενικότερα λήψης υψηλής ποιότητας και επαρκούς ποσότητας υπηρεσιών υγείας. Επίσης οι ίδιοι πολίτες δεν έχουν περιθώρια διενέργειας ειδικών και ακριβών εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και χρήσης της προληπτικής ιατρικής.

Μια άλλη κατηγορία ανασφάλιστων, αλλά, που στην πραγματικότητα, δύσκολα χαρακτηρίζονται ως “οικονομικώς αδύνατοι”, είναι αυτοί που εργάζονται σε ειδικές κατηγορίες δουλειάς (οικοδομές, βιοτεχνίες, φασόν, φροντιστήρια, πλασιέ, ιατρεία, δικηγορικά γραφεία κτλ.). Ο αριθμός αυτών των “πωχών” εργαζομένων ανερχόταν, το 1993, σε 165.750. Η υγειονομική προστασία των πολιτών αυτής της κατηγορίας απαιτεί επισταμένη μελέτη των αντικειμενικών προϋποθέσεων παροχής ανάλογων υπηρεσιών.

Δεν υπάρχουν, όμως, ανάλογα διαθέσιμα στοιχεία στο Υπουργείο Υ.Π.Κ.Α. για το συνολικό αριθμό (και κατά κατηγορίες) των ανασφάλιστων “οικονομικώς αδυνάτων” που καταφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας σε βάρος του Δημοσίου, ούτε φυσικά και για το σύνολο των δαπανών, που προκαλούνται από την περίθαλψη αυτών.

Χαρακτηριστικό είναι ότι, δεν υπάρχει καμιά επιστημονική υπηρεσία (Τμήμα ή Διεύθυνση) του Υ.Υ.Π.Κ.Α., που να εμβαθύνει επιστημονικά στο όλο θέμα, ώστε να προκύπτουν συμπεράσματα, που θα φωτίζουν το σχεδιαστή και εφαρμοστή υγειονομικών προγραμμάτων. Όλη αυτή η εκταθείσα κατάσταση μας πείθει ότι,

απαιτείται μια στρατηγική, που θα οδηγεί στον επανακαθορισμό των μηχανισμών χρηματοδότησης των τομέων υγείας, ώστε να μεγιστοποιούμε την απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ή και να επιτυγχάνουμε τη μείωση των κοινωνικο-οικονομικών διαφορών στην υγεία, μέσα από ισότιμες κατανομές και ίση πρόσβαση⁹.

Στα πλαίσια αυτής της πολιτικής, σε ένα σύγχρονο Κράτος δικαίου, οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας πρέπει να παρέχονται ισοδύναμα, ισομερώς, ενιαία και ισότιμα για όλους τους διαβιούντες στο Κράτος, άσχετα του εάν εργάζονται ή εάν είναι πολίτες αυτού του Κράτους ή εάν έχουν ή όχι ορισμένες φυλετικές, ηθικές και κοινωνικές ιδιότητες, χωρίς εννοείται, καμιά συμμετοχή των ασφαλισμένων. Για το σκοπό αυτό θα δημιουργηθούν δύο αντίστοιχοι ανεξάρτητοι φορείς, αφού αποσπασθούν όλες οι σχετικές αρμοδιότητες από όλους τους υπάρχοντες φορείς κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής πρόνοιας¹⁰.

6. Επιλογικό σημείωμα

Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να συσχετίσουμε το φαινόμενο της ανισότητας στην υγεία με το γενικότερο φάσμα της ανισότητας στην κοινωνία.

Έχει γίνει δεκτό ότι, η ανισότητα στις κοινωνίες καθόλου δεν εγγυάται την αποτελεσματικότητα. Η ακραία ανισότητα χαρακτηρίζει συχνά κοινωνίες χαμηλού δυναμισμού.

Αντίθετα, οι βόρειες χώρες της Ευρώπης, που μείωσαν τις ανισότητες, διατήρησαν, τουλάχιστον, τον οικονομικό τους δυναμισμό¹¹.

Στη λογική αυτή και δεδομένου ότι κάθε δαπάνη για την υγεία του ανθρώπου θεωρείται και επένδυση σε ανθρώπινο πόρο, επιστημονικά μπορεί να υποστηριχθεί η πολιτική εφαρμογής προγραμμάτων που θα συντείνει στη λύση των προβλημάτων υγείας, τα οποία εμφανίζονται στην κοινωνική κατηγορία των “οικονομικά αδυνάτων”, σε επίπεδο οργανωτικό και οικονομικό, με βασικά χαρακτηριστικά την καθολικότητα της ασφάλισης του πληθυσμού στον Ενιαίο Φορέα Υγείας και την ποιοτική και ποσοτική ε-πάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας¹².

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. ΚΡΕΜΑΛΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ, Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, Αθήνα 1991, σελ. 149-153.
2. Όπως το παραπάνω 1, σελ. 141-147.
3. Όπως το παραπάνω 1, σελ. 177-181.
4. ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ ΒΑΓΓΕΛΗΣ, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Κοινωνική Εργασία, Τ. 1, Αθήνα 1986.
5. ΜΠΟΥΖΑΣ Ν., Η φτώχεια στην Ελλάδα και σκέψεις για μια κοινωνική πολιτική, Εκλογή, Τ. 83/84, Αθήνα 1989, 1990.

6. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, Γ.Δ.Α.Ε.Σ.Κ.Υ., Έκδοση Γερμανική (μετάφραση), σελ. 20-21.
7. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α., ΚΑΛΟΚΗΣ Α., Στρατηγικές Προσεγγίσεις για τη (χάραξη) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της Ισότητας (EQUITY) και των Κοινωνικο-οικονομικών Ανισοτήτων στην Υγεία, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, Αθήνα, σελ. 51-61.
8. Ε.Σ.Υ.Ε., Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, Αθήνα, 1993.
9. PEREIRA JAAO, THE ECONOMICS OF INEQUALITY IN HEALTH: A BIBLIOGRAPHY, SOC. SC. MED., VOL. 31, No 3, GREAT BRITAIN, p.p. 413-419.
10. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Α., ΜΑΡΔΑΣ Β., Σκέψεις για οριστική λύση του προβλήματος της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα με θεσμικές και δομικές αλλαγές στο σύστημα, Διεπιστημονική Επιθεώρηση, Τ. 7, Αθήνα 1993, σελ. 3-6.
11. BEAUD M., Επί των αιτίων της ένδειας των Εθνών και των ατόμων, LE MONDE DIPLOMATIQUE (ελληνική έκδοση), Εκδόσεις ΔΡΟΜΕΑΣ, Φεβρουάριος 1993, Αθήνα, σελ. 64.
12. ΑΜΙΤΣΗΣ Γ., Το Ελληνικό σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής: Σύνδεση με την προβληματική του κράτους-ευημερίας, Εκδόσεις Παπαζήση, (Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα), Αθήνα 1993.
13. POWER CHRIS, SOCIAL AND ECONOMIC BACKGROUND AND CLASS INEQUALITIES IN HEALTH AMONG YOUNG ADULTS, SOC. SC. MED., VOL. 32, No 4, GREAT BRITAIN, p.p. 411-417.
14. TAUBE C.A. AND RUPPA., THE EFFECT OF MEDICAID ON ACCESS TO AMBULATORY MENTAL HEALTH CARE FOR THE POOR AND NEARPOOR UNDER 65, MEDICAL CARE, VOL. 24, No 8, p.1.
15. ΑΛΤΑΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα, Κοινωνική Εργασία, Τ.22, Αθήνα 1991.
16. ΚΑΛΛΙΓΕΡΗ-ΒΥΘΟΥΛΚΑ ΠΟΠΗ, Κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων, που νοσηλεύονται στα Γενικά Νοσοκομεία και η εκτός Νοσοκομείου αντιμετώπιση, Κοινωνική Εργασία, Τ. 24, Αθήνα 1991.