

Του Βασίλη Τακτικού

Οι ανάγκες συμπληρωματικότητας στο σύστημα υγείας

Η Οικονομία της κοινωνικής φροντίδας (παιδιά, Τρίτη ηλικία και άτομα με αναπηρία) και αντιμετώπιση της φτώχειας.

Από τον κρατικό παρεμβατισμό στον κοινωνικό παρεμβατισμό και το κοινωνικό επιχειρείν.

Ο τομέας της υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι ένας αναπτυσσόμενος τομέας απασχόλησης που κατά τεκμήριο δεν πρόκειται να περιοριστεί από την “τεχνολογική ανεργία” που υφίσταται άλλους κλάδους της οικονομίας της αγοράς.

Ειδικότερα, στον τομέα κοινωνικής φροντίδας της προληπτικής υγείας για τις χρόνιες ασθένειες και τη φροντίδα υπερηλίκων, που χρειάζεται προσωπική καθημερινή φροντίδα και υπάρχουν αυξημένες ανάγκες, καθώς αυτές δεν καλύπτονται επαρκώς από τα σημερινά συστήματα υγείας και επιβαρύνονται κυρίως οι οικογένειες.

Κι αυτό συμβαίνει παρόλο που αναγνωρίζεται σήμερα από την επιστημονική κοινότητα ότι, η επάρκεια διαθέσιμων πόρων στον τομέα υγείας μπορεί να τονώσει την οικονομική ανάπτυξη, επιτρέποντας στους ανθρώπους να παραμένουν δραστήριοι και παραγωγικοί με καλή υγεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Δεδομένου ότι, η κατάσταση υγείας των πολιτών έχει αντίκτυπο στη δυνατότητα συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας και στην παραγωγικότητά τους. Αναγνωρίζεται επίσης, ότι η επένδυση της κοινωνίας στην υγεία, συμβάλλει στη μείωση των μελλοντικών δαπανών για την αντιμετώπιση ασθενειών, που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί και να μην επιβαρύνουν το σύστημα υγείας. Κι αυτό στη συνέχεια συμβάλλει σε ένα αποτελεσματικό εργατικό δυναμικό στον κλάδο της υγείας.

Η πανδημία του κορονοϊού έφερε το ζήτημα της φροντίδας στην κορυφή των προτεραιοτήτων της κοινωνίας, αποκαλύπτοντας, το κεντρικό ρόλο που παίζουν τα δημόσια συστήματα υγείας στην εγγύηση του δικαιώματος των πολιτών στην περίθαλψη. Εκ των πραγμάτων, λοιπόν, μετατόπισε το κέντρο βάρους από το περιττό του καταναλωτισμού προς το αναγκαίο της πραγματικής οικονομίας, που δεν είναι κάτι άλλο από τη διατροφή, τις ανάγκες υγείας και κοινωνικής μέριμνας και τα επιδόματα για την αντιμετώπιση της ανεργίας.

Σύμφωνα, με τις προβλέψεις του Οργανισμού ΟΟΣΑ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στις μεγάλες βιομηχανικές χώρες θα εξακολουθήσουν αυξανόμενο ρυθμό και αναμένεται να φθάσουν το 9,5% του ΑΕΠ μεταξύ των χωρών μελών το 2060, έναντι 6% που ήταν το 2010. Άλλες χώρες όπως η Γαλλία και η Δανία κι ακολουθούμενες από την Ολλανδία, βρίσκονται καθαρά πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ και έως το 2060 θα δουν τις δαπάνες τους για την υγεία να υπερβαίνουν το 11% του ΑΕΠ τους, ακόμη κι εάν καταβάλουν προσπάθειες για να τις ελέγξουν.

Πιο προοδευτικοί οικονομολόγοι υποστηρίζουν πως η βέλτιστη πολιτική για την υγεία είναι να φτάσουν οι δαπάνες για την υγεία στο 15% του ΑΕΠ.

Ωστόσο, και αυτές ακόμα οι δαπάνες που αφορούν κυρίως το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, δεν επαρκούν για να καλύψουν τις αυξανόμενες ανάγκες περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας. Ο ιδιωτικός τομέας προφανώς δεν καλύπτει αυτό το έλλειμμα καθώς το εν τρίτον του πληθυσμού βρίσκεται στο όριο της φτώχειας. Το κομμάτι αυτό μπορεί να καλυφθεί μόνο από τις κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας που λειτουργούν με μειωμένο κόστος.

Αν λάβουμε υπόψη ότι, ένας χαμηλοσυνταξιούχος που έχει προβλήματα υγείας ή ένας ανάπηρος δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στο κόστος από τις υπηρεσίες φροντίδας από τον ιδιωτικό τομέα κοινωνικής φροντίδας. Ούτε οι δημόσιες υπηρεσίες για τη φροντίδα των παιδιών, την παιδική εκπαίδευση, την αναπηρία καλύπτουν τη μακροχρόνια περίθαλψη, και την φροντίδα των ηλικιωμένων όταν πρόκειται για χαμηλόμισθους που δεν καλύπτονται 100% από τις ασφάλειές τους.

Η εικόνα αυτή ασφαλώς διαφέρει από χώρα σε χώρα εντός της Ε.Ε

Ας δούμε ποια είναι η πραγματική εικόνα σε μια χώρα της Μεσογείου όπως η Ελλάδα σε σχέση με την φροντίδα προληπτικής υγείας .

▣ Σήμερα το 90% των Ελλήνων δεν έχουν πρόσβαση σε οικογενειακό Γιατρό.

▣ Οι φτωχοί πληρώνουν το 20% του διαθέσιμου εισοδήματος για κάλυψη αναγκών υγείας και 2 εκ. αναβάλλουν ή ματαιώνουν εξετάσεις και επισκέψεις σε Γιατρούς εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και γεωγραφικών περιορισμών.

▣ Το 100% της Οδοντιατρικής περίθαλψης είναι ακάλυπτο από την κοινωνική ασφάλιση.

▣ Το 50% της δαπάνης των Φαρμάκων είναι Ιδιωτική δαπάνη.

Η ιδιωτική δαπάνη για Νοσοκομεία, που για δεκαετίες και έως το 2012 ήταν στο 8% των Ιδιωτικών δαπανών, έχει ανέβει στο 39% και μαζί με τα φάρμακα καλύπτουν σχεδόν το 80% της Ιδιωτικής δαπάνης.

▣ 2,5 εκ. Έλληνες δεν κάνουν προληπτικές εξετάσεις, δεν επισκέπτονται Γιατρούς και κόβουν από τον ρουχισμό, την Θέρμανση και άλλες βασικές ανάγκες αν θέλουν να πληρώσουν Φάρμακα και Νοσοκομεία.

▣ Η διακοπή της ιστορικής συνέχειας παροχών μετά το 2011 έχει οδηγήσει σε 10 χρόνια πειραματισμών σε βάρος της πλειοψηφίας των πολιτών.

Με δεδομένα αυτά τα ελλείματα, στη φτωχότερη και υπερχρεωμένη χώρα της Μεσογείου, η κοινωνική οικονομία ως θεσμός στο χώρο της υγείας είναι αναγκαία εναλλακτική πρόταση για να εξασφαλιστούν πόροι από τρεις πηγές: το δημόσιο, τα ασφαλιστικά ταμεία και δωρεές, για να μειωθεί το κόστος της κοινωνικής φροντίδας μέσα από ιδρύματα,

οικοτροφεία και δομές προληπτικής υγείας.

Τα ιδρύματα στο χώρο της υγείας έχουν μια εξαιρετική παράδοση, που μπορεί να γενικευτεί με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην επιχειρηματικότητα υγείας. Με την αυτοδιαχείριση της κοινωνικής φροντίδας. Έτσι, η επένδυση της κοινωνικής οικονομίας στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, μακροπρόθεσμα έρχεται να τονώσει το σύνολο της οικονομίας καθώς, στηρίζονται σε πραγματικές ανάγκες της ανθρώπινης διαβίωσης και στη μείωση της διαμεσολάβησης.

Εδώ, αξίζει να επισημάνουμε ότι οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν συνεπάγονται μόνον απώλεια ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και πιθανώς τεράστιες οικονομικές απώλειες. Αντίθετα εξασφαλίζοντας την πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας, συμβάλλουμε στη μείωση της φτώχειας και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Ενώ η αύξηση της απασχόλησης προκύπτει από την αύξηση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας.

Η Οικονομία της κοινωνικής φροντίδας και αντιμετώπισης της φτώχειας

Το σύστημα υγείας, που μετά τον πόλεμο στηρίχθηκε στο κράτος πρόνοιας, χρειάζεται τώρα ενίσχυση της προληπτικής υγείας όσο και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα μεγάλης μερίδας πολιτών που την έχει ανάγκη και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο υψηλό κόστος υπηρεσιών και της ιδιωτικής βοήθειας στο σπίτι.

Το κενό που υπάρχει στην κοινωνική φροντίδα, καλύπτουν συχνά οι οικογένειες, οι γυναίκες και τα κορίτσια αφού καλούνται να καλύψουν ένα σημαντικό μέρος της επίσημης φροντίδας. Λειτουργία που απουσιάζει εν μέρει και καλύπτεται με μη αμειβόμενη και μη αναγνωρισμένη εργασία φροντίδας, στο πλαίσιο της οικογένειας- εργασία που προσλαμβάνεται από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον ως «φυσική υποχρέωση».

Η εναλλακτική πρόταση σ' αυτό το πρόβλημα είναι η κοινωνική επιχειρηματικότητα στο τομέα υγείας που μπορεί να λειτουργήσει με μειωμένο κόστος και υποφερτό για τις οικογένειες. Με αυτή την έννοια η οικονομία της φροντίδας έχει να κάνει με την ενίσχυση στα συστήματα υγείας- πρόνοιας, αλλά ταυτόχρονα και με τις αξίες που προφανώς είναι στον αντίποδα της οικονομίας της κερδοσκοπίας και του υπερκαταλωτισμού, καθώς και της

οικονομίας υπερεκμετάλευσης των φυσικών πόρων.

Στο επίπεδο του κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία παρατηρούμε μετά από πολλά χρόνια, την ενίσχυση από το κράτος όλων των πληγέντων, όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και των επιχειρήσεων κι αυτό καταρρίπτει το δόγμα της αυτορρύθμισης της αγοράς στο χώρο της υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο το κράτος καλείται να σώσει την οικονομία και τις επιχειρήσεις. Τα 2 τρις που χορηγήθηκαν από το Αμερικάνικο κράτος για την αντιμετώπιση των οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας και το 1 περίπου τρις από την Ε.Ε και το ταμείο ανάπτυξης δείχνουν το μέγεθος του κρατικού παρεμβατισμού που είναι αναγκαίος για να ξαναπάρει μπροστά η οικονομία μετά την πανδημία.

Το ουσιώδες στον κρατικό παρεμβατισμό είναι ότι αλλάζει ο προσανατολισμός. Το κράτος αναλαμβάνει μια αποστολή την οποία δεν μπορεί φυσικά να την αναλάβει η οικονομία της αγοράς. Είναι προφανές μόνο το κράτος μπορεί να κάνει αναδιανομή στους πόρους υπέρ των βασικών αναγκών της πραγματικής οικονομίας και η κοινωνική επιχειρηματικότητα στην υγεία.

Από τον κρατικό παρεμβατισμό στον κοινωνικό παρεμβατισμό και το κοινωνικό επιχειρείν

Βρισκόμαστε σε μια εποχή που το κράτος ύστερα από την πανδημία και σε μια κρίσιμη περίοδο παίρνει το πρωτείο από την ιδιωτική οικονομική και τις τράπεζες. Πολλοί μιλούν για ένα νέο σχέδιο τύπου Μάρσαλ στην κοινωνική φροντίδα. Οι κυβερνήσεις που έδιναν το πρωτείο στις δυνάμεις της αγοράς και στο χώρο της υγείας είναι τώρα υποχρεωμένες ν' αναλαμβάνουν ανορθωτικό ρόλο, μέσα στο στρόβιλο μιας αδήριτης ιστορικής αναγκαιότητας για οικονομικό παρεμβατισμό.

Στη πραγματικότητα το κράτος ως θεσμός αναγκάζεται κατά κάποιο τρόπο να αυξήσει τις δαπάνες για την υγεία, ενώ ο ιδιωτικός τομέας υγείας αδυνατεί καθώς έχει υψηλό κόστος για τους πολλούς. Απεναντίας το πρόβλημα που υπήρχε με τον πολυδάπανο κρατισμό, από την γραφειοκρατία και τον παρασιτισμό, αντιμετωπίζεται τώρα τεχνοκρατικά, με τη μείωση στο κόστος λειτουργίας του κράτους χάρις στη δυνατότητα που προέρχεται από την ψηφιοποίηση του κράτους και τις τεχνολογικές εξελίξεις. Πρόκειται για επιδράσεις που

παρά την οικονομική κρίση ενισχύουν τη δημοκρατία στη διάθεση των πόρων και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Το διαδίκτυο μπορεί να είναι σύμμαχος για υπηρεσίες υγείας που κατευθύνονται και ελέγχονται από ασθενείς. Καταρχήν μοιράζονται πληροφορίες και ιατρικά δεδομένα που είναι απαραίτητα για την διαχείριση προβλημάτων υγείας. Δημιουργώντας κοινόχρηστους χώρους και πλατφόρμες για να παρέχουν ενθάρρυνση και βοήθεια ο ένας τον άλλον. Για να πρωτοστατούν σε ομάδες πίεσης και να ωθήσουν τις Κυβερνήσεις, τις ασφαλιστικές εταιρείες και την ιατρική κοινότητα για να επανεξετάσουν καθιερωμένες ιατρικές απόψεις και διαδικασίες σε κάθε τομέα του χώρου υπηρεσιών υγείας και να εκσυγχρονίσουν τις υπηρεσίες.

Σήμερα είναι γεγονός ότι, υπάρχουν παγκοσμίως πολλές ιστοσελίδες και πλατφόρμες κοινωνικών μέσων όπου εκατομμύρια άτομα συνδέονται αλληλοϋποστηρίζονται και αλληλοβοηθούνται για την προώθηση των προόδων στην Ιατρική και δημόσια υγεία. Κοινότητες χρονίως πασχόντων, κοινότητες ηλικιωμένων, αναπήρων κ.τ.λ.

Οι κοινότητες αυτές συλλέγουν πόρους για την επιστημονική έρευνα, αλλά και για κοινωνικές επιχειρήσεις υγείας, που διευρύνουν το μέτωπο αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας. Τα μεγάλα πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι ότι συνθέτουν ένα κοινωνικό κεφάλαιο που συγκεντρώνει και κινητοποιεί πόρους για μεγαλύτερη ταχύτητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που σώζουν ζωές.

Έτσι, ο κοινωνικός παρεμβατισμός και το κοινωνικό επιχειρείν στον τομέα υγείας προσφέρει δύο δημιουργικές επιδράσεις. Μεγαλύτερη επέκταση και αποτελεσματικότητα στο σύστημα υγείας και διεύρυνση στον τομέα αυτό της απασχόλησης.