

Η τρίτη ηλικία στο στόχαστρο της πολιτικής του περιορισμού των δαπανών υγείας

Λίλα Αντωνοπούλου*

Περίληψη

Η μελέτη περιστρέφεται γύρω από την αμφιλεγόμενη σχέση μεταξύ της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξητικής πορείας των δαπανών υγείας στον αναπτυγμένο κόσμο. Σκοπός της είναι να αποενοχοποιήσει την τρίτη ηλικία ως κυρίαρχη αιτία της αύξησης των δαπανών υγείας στις χώρες αυτές. Οι πολιτικές περιστολής των δαπανών υγείας που εφαρμόζονται σήμερα, συνδέονται με τον επαναπροσδιορισμό των στόχων της οικονομικής πολιτικής προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικότητας των οικονομικών συστημάτων. Ο συνδυασμός αυτός των οικονομικών πολιτικών με τη μη ελκυστικότητα της τρίτης ηλικίας για τους μηχανισμούς της αγοράς (εξαιτίας των χαμηλών εισοδημάτων και της μικρής πολιτικής τους δύναμης), έχει ως αποτέλεσμα να εκπονούνται παντού, σχέδια νέων μορφών νοσηλείας, χαμηλού κόστους για την τρίτη ηλικία.

1. Στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες δοκιμάζεται η εφαρμογή, κάτω από την άμεση ευθύνη των δημόσιων αρχών, των αποκαλούμενων «εναλλακτικών μορφών» νοσηλείας για την Τρίτη Ηλικία: το *γηριατρικό νοσοκο-*

* Επίκουρη καθηγήτρια στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

μείο ημέρας (hôpital de jour gériatrique), η *θεραπεία στο σπίτι* (traitement à domicile), η *νοσηλεία στο σπίτι* (hospitalisation à domicile) και η *φροντίδα στο σπίτι* (soins à domicile).

Το *γηριατρικό νοσοκομείο ημέρας*, διαφοροποιείται από ορισμένα εξειδικευμένα νοσοκομεία ημέρας, ως προς το ότι αναλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του βάρους της περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων: εξασφαλίζει τη διάγνωση χρόνιων παθήσεων και των επιπλοκών τους, την αντιμετώπιση διανοητικών και ψυχικών διαταραχών και καταλήγει στην εκπόνηση ενός σχεδίου θεραπευτικής αγωγής που μπορεί να εκτελεστεί στο σπίτι, με ενδεχόμενη συνδρομή υπηρεσιών «νοσηλείας στο σπίτι» ή και προσωπικού που προέρχεται από το χώρο των ελεύθερων επαγγελματιών. Η αποκατάσταση του ηλικιωμένου ασθενούς αποτελεί ιδιαίτερο στόχο των θεραπευτικών σχεδίων που εκπονούνται, χάρις στη συμμετοχή σε αυτά, εξειδικευμένου προσωπικού ανάλογα με το είδος της αποκατάστασης που επιδιώκεται: φυσική (οπότε συμμετέχουν ειδικευμένοι γιατροί στη λειτουργική αποκατάσταση, κινησιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές), ψυχική (οπότε συμμετέχουν ψυχίατροι διαφόρων ειδικοτήτων), ή ψυχονοητική (οπότε συμμετέχουν φωνιάτροι ή νοσηλεύτες ειδικευμένοι στην ορθοφωνητική). Ακόμη, το *γηριατρικό νοσοκομείο ημέρας* μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη ασθενειών αναπτύσσοντας σχετική δράση (στους τομείς της υγιεινής ζωής, της διαιτητικής διατροφής), ενώ η αναδιοργάνωση των εξωτερικών ιατρείων και των επειγόντων περιστατικών, επιτρέπει να αποφεύγονται καταχρηστικές νοσηλείες¹.

Η *θεραπεία στο σπίτι* χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ειδικών ασθενειών, όπως οι μόνιμες νεφρικές διαταραχές και οι χρόνιες αναπνευστικές ανεπάρκειες, με τη συνδρομή μηχανικού ιατρικού εξοπλισμού, ώστε να αποφεύγεται η μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομειακά ιδρύματα.

Η *νοσηλεία στο σπίτι*, αποφασίζεται μετά από μία παραμονή σε δημόσιο νοσοκομειακό ίδρυμα και αποβλέπει, κυρίως, στην περίθαλψη ατόμων μεγαλύτερων των 75 χρόνων που έχουν προσβληθεί από κακοήθη νεοπλασμάτα, αγγειακές παθήσεις ή παθήσεις του κινητικού συστήματος. Αναλύσεις εμπειρογνομόνων επισημαίνουν ορισμένα από τα προβλήματα στα οποία προσκρούει η εφαρμογή αυτού του θεσμού²: οι επισφαλείς συνθήκες κατοικίας των ασθενών συχνά θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τη θεραπευτική αγωγή· οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων που θα αποφασίσουν μία «κατ' οίκον νοσηλεία» διστάζουν να μειώσουν το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, επειδή η προτεινόμενη εναλλακτική μορφή

νοσηλείας θα συνεπάγεται απομάκρυνση από το νοσοκομείο μελών του προσωπικού του· οι ιδιώτες νοσηλεύτριες βλέπουν σε αυτό το θεσμό νοσηλείας έναν παράγοντα απομάκρυνσης της πελατείας τους.

Τέλος, η *φροντίδα στο σπίτι* εξασφαλίζεται αποκλειστικά με την παρέμβαση νοσηλευτριών και την παροχή ιατρικών μικροσυσκευών ή άλλων υλικών.

Δεν έχουμε την πρόθεση να επεκταθούμε σε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με αυτούς τους εξειδικευμένους υγειονομικούς θεσμούς. Προσεγγίζοντάς τους από τη σκοπιά της οικονομίας της υγείας, θα επιχειρήσουμε να αποδείξουμε ότι η κύρια προϋπόθεση για μία επωφελή –για την Τρίτη Ηλικία– άσκηση των δημόσιων πολιτικών που ευνοούν αυτές τις εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, δηλαδή η *γενναιόδωρη χρηματοδότησή τους*, είναι ασυμβίβαστη με το *βασικό κίνητρο* αυτών των πολιτικών: το κίνητρο που συνίσταται στην ελάφρυνση των δημόσιων δαπανών υγείας από το βάρος που συνεπάγεται η περίθαλψη της Τρίτης Ηλικίας.

2. Το βασικό γνώρισμα των δημόσιων πολιτικών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες πριν από τις δύο τελευταίες δεκαετίες, ήταν ο *επεκτατικός και ποιοτικός χαρακτήρας τους*, ο οποίος απέρρεε από την καλύτερη δυνατή εναρμόνιση της οικονομικής αποδοτικότητας με την κοινωνική ωφέλεια (καθολική και δωρεάν πρόσβαση στην περίθαλψη όλων των κοινωνικών κατηγοριών του πληθυσμού, επέκταση και αναβάθμιση της νοσηλευτικής υποδομής, κ.λπ.).

Μία θεαματική αλλαγή στους στόχους αυτών των πολιτικών, συνέβη στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας. Η μεταβολή αυτή εστιάζεται στην εκπλήρωση από το κράτος ενός και μοναδικού στόχου, *της δραστηκής περιστολής των δημόσιων δαπανών υγείας*, με επεμβάσεις που προκαλούν την ιδιωτικοποίηση των δαπανών αυτών. Στην πράξη, αποδείχτηκε ότι ο παλιός στόχος των εθνικών υγειονομικών πολιτικών, όπως ήταν η πλήρης κάλυψη των υγειονομικών κινδύνων, σταδιακά εγκαταλείπεται προς όφελος του στόχου της μείωσης των δημόσιων ελλειμμάτων: οι προτεραιότητες των πολιτικών μετατοπίζονται από τις εξισωτικές λειτουργίες σε λειτουργίες οικονομικής «αποτελεσματικότητας», η οποία μονοσήμαντα επικαθορίζεται από την κερδοφορία του ιδιωτικού κεφαλαίου. Το ιδεολογικό προκάλυμμα αυτών των επιλογών πολιτικής είναι εκείνο του *εκσυγχρονισμού*, ο οποίος παραπέμπει ευ-

θέως στην προσαρμογή στις ανάγκες της αγοράς: οι δυνάμεις της (η προσφορά και η ζήτηση) ανυπομονούν, πράγματι, να γίνουν αποκλειστικοί ρυθμιστές του τομέα της περίθαλψης, στο μέτρο που αυτός μπορεί να διαμορφώσει υψηλά ποσοστά κέρδους, επειδή η ελαστικότητα της τιμής και του εισοδήματος της ιατρικής περίθαλψης είναι μικρή.

Το κίνητρο αυτής της μεταβολής στους στόχους των πολιτικών υγείας, οφείλει να αναζητηθεί στην εναγώνια προσπάθεια των δημοσίων αρχών να ενισχύσουν, μέσα στο έντονα παγκοσμιοποιημένο διεθνές περιβάλλον, την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεών τους. Ότι αποτελεί εμπόδιο στην επίτευξη αυτού του στόχου γίνεται, πλέον, ο «αποδιοπομπαίος τράγος» των δημόσιων οικονομικών αποφάσεων: το μισθολογικό κόστος και, αυτό που μας ενδιαφέρει περισσότερο, το μερίδιό του που καλύπτουν οι κοινωνικές παροχές, τείνει να συρρικνωθεί, ώστε το κόστος παραγωγής των επιχειρήσεων να μπορέσει να γίνει ανταγωνιστικό. Όπως εύστοχα έχει γραφεί, η σχέση ανάμεσα στην υγειονομική δραστηριότητα και την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων αναγνωρίζεται πλέον ως σταθερή και διαρκής³.

Το επιστέγασμα των μακροοικονομικών ρυθμίσεων που συγκεκριμενοποιούν τις νέες πολιτικές επιλογές στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας, είναι η *επιλεκτική απόσυρση του κράτους* από τους τομείς εκείνους στους οποίους οι δυνάμεις της αγοράς εκδηλώνουν ενδιαφέρον να αναλάβουν λειτουργίες που προηγουμένως ασκούσε το κράτος. Στους τομείς όπου δεν εκδηλώνεται ενδιαφέρον για υποκατάσταση της κρατικής δραστηριότητας, αυτή βασίζεται πλέον στην αποκαλούμενη *ορθολογική διαχείριση*, με την έννοια ότι επιδιώκει την επίτευξη αποτελεσμάτων με τη μικρότερη δυνατή κινητοποίηση και διάθεση πόρων.

3. Η *γήρανση του πληθυσμού* στις ευρωπαϊκές χώρες, που προήλθε από τη μείωση της γεννητικότητας και την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης, καταγράφεται ως κοινωνικό φαινόμενο με ιδιαίτερα δυσμενείς όρους. Η στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πρόσφατα εκτίμησε ότι στις αρχές της τρέχουσας δεκαετίας, ο πληθυσμός των χωρών μελών της που αποτελούνταν από άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 χρόνων κάλυπτε περισσότερο από το 15% του συνολικού πληθυσμού, ενώ το 3,5% αυτού του πληθυσμού αποτελούνταν από άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 80 χρόνων. Οι αναλογίες αυτές, όπως αποδεικνύουν οι δημογραφικές έρευνες, θα βρεθούν σε αυξητική πορεία τον επόμενο αιώνα⁴.

Η προσέγγιση αυτού του κοινωνικού φαινομένου από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, ιδιαίτερα στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, ως ένας από τους παράγοντες που έχουν συμβάλει στην υπέρμετρη διόγκωση των δαπανών υγείας, επηρεάστηκε καθοριστικά από το μετασχηματισμό του στόχου και του περιεχομένου των πολιτικών υγείας που προηγουμένως επισημάναμε. Οι κυβερνήσεις κατέληξαν σε αποφάσεις με αντικείμενο την ελάφρυνση των δημόσιων δαπανών υγείας από το βάρος της φροντίδας για την υγεία της Τρίτης Ηλικίας, μόνον αφού προηγουμένως διαπίστωσαν ότι οι δυνάμεις της αγοράς δεν έδειχναν ενδιαφέρον για την υποκατάσταση της δημόσιας δαπάνης στην περίθαλψη αυτής της κατηγορίας του πληθυσμού.

Αυτές οι δημόσιες αποφάσεις, στηρίχθηκαν σε εμπειρικές έρευνες που είχαν ήδη γίνει σχετικά με το πολυσύνθετο «προφίλ» της Τρίτης Ηλικίας ως παράγοντα αύξησης των δημόσιων δαπανών υγείας, αλλά και ως πεδίου άσκησης της πολιτικής περιστολής των δαπανών υγείας. Οι έρευνες ενθαρρύνθηκαν από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις και πραγματοποιήθηκαν είτε από μεμονωμένους ερευνητές, είτε από διεθνείς ή ευρωπαϊκούς οικονομικούς οργανισμούς – όπως είναι ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως (Ο.Ο.Σ.Α.) ή το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Ζωής και Εργασίας που εδρεύει στο Δουβλίνο.

Ένα από τα επίπεδα στα οποία κινήθηκαν οι έρευνες ήταν εκείνο που άμεσα σχετιζόταν με τη *σπουδαιότητα* της περίθαλψης της Τρίτης Ηλικίας ως *παράγοντα αύξησης των δαπανών υγείας*. Ο Ο.Ο.Σ.Α. στηρίχτηκε σε εμπειρικές έρευνες που αφορούσαν την κατανάλωση υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες μέλη του και κατέληξε στο πόρισμα⁵, καταρχάς, ότι τα πρόσωπα ηλικίας άνω των 65 ετών, καταναλώνουν –κατά μέσον όρο– περίπου τέσσερις φορές περισσότερο φροντίδα υγείας από τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο αυτό.

Άλλο επίπεδο στο οποίο κινήθηκαν οι έρευνες, αφορούσε την ταυτοποίηση της *κατάστασης της υγείας* των ατόμων Τρίτης Ηλικίας. Οι έρευνες απέδειξαν, κατά βάση, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση, είναι δραστήρια και ικανά να ζήσουν ανεξάρτητα. Όμως, άλλες έρευνες που αφορούσαν την προβολή αυτού του δεδομένου στο μέλλον, απέδειξαν ότι μπορεί με αρκετή ασφάλεια να πιθανολογηθεί ότι στη διάρκεια των προσεχών 20 χρόνων, η αύξηση της διάρκειας ζωής θα επιμηκύνει τις περιόδους στις οποίες ηλικιωμένα άτομα βρί-

σκονται σε κατάσταση αναπηρίας ή εξάρτησης⁶. Έχει επίσης αποδειχτεί ότι ασθένειες που απαιτούν δαπανηρές θεραπείες όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (που συνιστούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Ευρώπη), τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οι ψυχικές ασθένειες, οι ασθένειες των οστών (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση) κι εκείνες του αναπνευστικού συστήματος, αποτελούν τα προβλήματα υγείας που συχνότερα αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα⁷.

Αντικείμενο ερευνών απετέλεσε, ακόμη, η *οικονομική κατάσταση* των ανθρώπων της Τρίτης Ηλικίας: τα πορίσματα αυτών των ερευνών άμεσα ενδιέφεραν τις δυνάμεις της αγοράς και την ιδιωτικοποίηση της φροντίδας υγείας, αφού είναι ευρύτερα αποδεδειγμένο ότι η οικονομική κατάσταση των ατόμων –όπως και η πολιτική τους δύναμη στην οποία θα αναφερθούμε στη συνέχεια– αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για φροντίδα υγείας. Οι έρευνες, που εστιάστηκαν αποκλειστικά στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατέδειξαν τη χαμηλή αγοραστική δύναμη των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, γεγονός που σημαίνει ότι ο χώρος της αγοράς δεν θα μπορούσε να προσβλέπει στην αποκόμιση κερδών από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε αυτά. Ειδικότερα αναφερόμαστε σε πρόσφατη ανάλυση της Στατιστικής Υπηρεσίας των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, στην οποία καταγράφονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών, όσον αφορά την έκταση της φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων: μολονότι διαπιστώνεται μία ελαφρά υποχώρηση αυτής της διαφοράς σε σχέση με προγενέστερες περιόδους, προς την κατεύθυνση της μείωσης του ποσοστού της φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων σε ορισμένα κράτη, επισημαίνεται ότι παραμένει ισχυρή η διαπίστωση ότι, στα περισσότερα κράτη μέλη, το ποσοστό φτώχειας μεταξύ ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 χρόνων είναι μεγαλύτερο από το μέσο όρο της φτώχειας στο σύνολο του πληθυσμού⁸.

Τέλος, οι έρευνες κινήθηκαν και στο επίπεδο της *πολιτικής δύναμης* των ηλικιωμένων ατόμων. Αν και καταγράφηκαν περιπτώσεις έντονης πολιτικής δραστηριοποίησης της Τρίτης Ηλικίας, ειδικά στο πλαίσιο κομμάτων που με τα προγράμματα και τη δράση τους εμφανίζονται να εκπροσωπούν τα συμφέροντά της (στην Ολλανδία, για παράδειγμα, δύο πολιτικά κόμματα που εκπροσωπούν τους ηλικιωμένους κατέλαβαν 7 από τις 150 έδρες του Κοινοβουλίου κατά τις βουλευτικές εκλογές του 1994), συνολικά, στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαπιστώθηκε ότι η πολιτική συμ-

μετοχή των ηλικιωμένων ατόμων είναι εξαιρετικά ισχνή. Ωστόσο, καταγράφηκε η προοπτική να καταστούν, στο άμεσο μέλλον, τα άτομα Τρίτης Ηλικίας περισσότερο ικανά –πολιτικά– να διεκδικούν «δικαιώματά» τους και να οργανώνονται για το σκοπό αυτό, τούτο δε, ως αποτέλεσμα της διαρκούς βελτίωσης του μορφωτικού επιπέδου με το οποίο προσβλέπεται ότι θα φθάνουν τα άτομα στην Τρίτη Ηλικία.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να τονίσουμε ότι αυτή ακριβώς η προοπτική φάνηκε ήδη να αξιοποιείται από ορισμένα πολιτικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης: το 1993 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είχε κηρύξει τη χρονιά εκείνη ως «Ευρωπαϊκό Έτος των ηλικιωμένων και της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών» και αποφάσισε να ενισχύσει τη συνεργασία, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, των αντιπροσωπευτικών οργανώσεων της Τρίτης Ηλικίας που υπάρχουν στα κράτη μέλη, ώστε να ενδυναμωθεί η διαπραγματευτική τους ικανότητα με τις εθνικές και τις κοινοτικές αρχές. Την ίδια περίπου περίοδο, με πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου συγκροτήθηκε στο Λουξεμβούργο ένα άτυπο «Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο της Τρίτης Ηλικίας», που αποτελούνταν από 518 εκπροσώπους εθνικών αντιπροσωπευτικών οργανώσεων της Τρίτης Ηλικίας: αυτό το άτυπο Κοινοβούλιο αναδείχτηκε σε συνομιλητή του ίδιου του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για ζητήματα της Τρίτης Ηλικίας, αποτέλεσμα δε εκείνων των συζητήσεων ήταν να συνταχθεί, από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ένας «Χάρτης των ευρωπαίων ηλικιωμένων πολιτών»: ο «Χάρτης», που δεν έχει βέβαια καμία δεσμευτική ισχύ, υπενθυμίζει τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στην αυτονομία, την ασφάλεια και το σεβασμό υπό όρους εισοδήματος, κατοικίας, κατ' οίκον εξυπηρέτησεων, υγείας και παροχής διοικητικών υπηρεσιών, καθώς και το δικαίωμά τους να μετέχουν, με εκπροσώπους τους, με δικαίωμα ψήφου, στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων των διοικητικών οργανισμών για θέματα που τους αφορούν⁹.

4. Η συνδυασμένη εκτίμηση, τόσο από τις δημόσιες αρχές των ευρωπαϊκών χωρών όσο και από τους ιδιωτικούς οικονομικούς παράγοντες που ενδιαφέρονταν για τη δραστηριοποίησή τους στον τομέα της υγείας, των πορισμάτων όλων αυτών των ερευνών, οδήγησαν αφενός στην *οικονομική απαξίωση* της περίθαλψης της Τρίτης Ηλικίας από τις δυνάμεις της αγοράς, αφετέρου στη *διατήρηση* από το κράτος της λειτουργίας του, ως φορέα περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Όμως, επειδή το σημερινό ευρωπαϊκό κράτος εξακολουθεί να

διαπνέεται από τον *υπέρτερο στόχο* της μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας, αυτός ο στόχος του σημασιοδοτεί την επιλογή του να ευνοεί μεν τις εναλλακτικές μορφές περίθαλψης της Τρίτης Ηλικίας στις οποίες εισαγωγικά αναφερθήκαμε, αντιμετωπίζοντάς τες όμως, ως *μέσο συγκράτησης των δαπανών υγείας* για τα άτομα αυτά.

Μπορεί λοιπόν, στο σημείο αυτό, να επιβεβαιωθεί η αρχική υπόθεση εργασίας που διατύπωσα: ο στόχος των κυβερνήσεων για μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, *αντιφάσκει* με την από μέρους τους προώθηση εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την Τρίτη Ηλικία, οι οποίες, για να είναι κοινωνικά επωφελείς, πρέπει γενναιόδωρα να χρηματοδοτηθούν. Μια τέτοια αντιμετώπιση αυτών των εναλλακτικών υγειονομικών θεσμών, δε φαίνεται να ανήκει στις προθέσεις των δημόσιων εξουσιών. Απεναντίας, έρευνα που πραγματοποιήθηκε, αποδεικνύει ότι το κόστος αυτών των μορφών νοσηλείας είναι υψηλό και ότι μόνο με επιστράτευση σημαντικών δημόσιων πόρων μπορούν να είναι κοινωνικά αποτελεσματικές¹⁰.

Η οικονομική διεργασία που περιγράφηκε σχετικά με την ανάδειξη της Τρίτης Ηλικίας στο στόχαστρο της δημόσιας πολιτικής περιορισμού των δαπανών υγείας των ευρωπαϊκών χωρών, *απαξιώνει* τους ηλικιωμένους πολίτες ως καταναλωτές περίθαλψης υπό όρους ισότητας προς άλλες κατηγορίες του πληθυσμού· *αίρει*, με τον πιο κατηγορηματικό και δραματικό τρόπο, την *ισότητα* όλων των πολιτών στην πρόσβαση στις φροντίδες υγείας, που θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα, παρεχόμενο από το κράτος πρόνοιας.

Θα ήταν ενδιαφέρον να δούμε εάν η Ευρωπαϊκή Ένωση, στην οποία συχνά εναποτίθενται ελπίδες για την ανάκτηση κοινωνικών δικαιωμάτων που αφαιρέθηκαν από το πλαίσιο του εθνικού κράτους (τούτο συμβαίνει ιδιαίτερα συχνά στην Ελλάδα, λόγω της μεγάλης ανεπάρκειας των εσωτερικών θεσμών του κράτους πρόνοιας), θα δραστηριοποιηθεί ώστε, σε κάποιο βαθμό, να αποκατασταθεί η ίση πρόσβαση της Τρίτης Ηλικίας στους υγειονομικούς θεσμούς: η Συνθήκη του Άμστερνταμ, που πριν από τρία χρόνια υπογράφηκε από τους αρχηγούς των ευρωπαϊκών κρατών και κυβερνήσεων, πρόσθεσε στη Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας ένα νέο κανόνα (στο άρθρο 13 της συνθήκης), σύμφωνα με τον οποίο η Ευρωπαϊκή Κοινότητα μπορεί να λαμβάνει τα «κατάλληλα μέτρα» για την «εξάλειψη κάθε διάκρισης λόγω ηλικίας» (όπως, βέβαια, και για την εξάλειψη κι άλλων μορφών διάκρισης: φυλετι-

κής, εθνικής, λόγω θρησκείας, πεποιθήσεων, φύλου, αναπηρίας ή γεννητήσιου προσανατολισμού). Απομένει λοιπόν να δούμε, τώρα που η νέα Συνθήκη άρχισε να ισχύει, αν και πως θα εφαρμοστεί αυτή η νέα κοινοτική αρμοδιότητα για την καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος της Τρίτης Ηλικίας· εκτός, βέβαια, αν η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποδείξει, με αδράνεια σε αυτό τον τομέα, ότι το ενδιαφέρον της για τους «ηλικιωμένους ευρωπαίους πολίτες» εξαντλείται στην ιδιότητά τους ως χρηστών του ευρώ (!): πράγματι, στα τέλη του 1998 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε ότι συγκρότησε μία ομάδα εργασίας, η οποία θα επεξεργαστεί και θα προτείνει για υιοθέτηση από τα κράτη μέλη, ενός ειδικού υλικού πληροφόρησης, προσαρμοσμένου στις ιδιαιτερότητες και τις δεξιότητες των ηλικιωμένων ατόμων –και των τυφλών– που θα διευκολύνει τη χρησιμοποίησή, από αυτά τα άτομα «ειδικών αναγκών», του νέου ευρωπαϊκού νομίσματος¹¹!

Σημειώσεις

1. Βλ. A. Ghilain, J.P. Herbecq and J.Ph. Cobbaut, «Des défis de la santé et de leur prise en charge financière», *Où va la santé?*, vol. 4, Bruxelles, 1995, σελ. 78.

2. A. Labourdette, *Économie de la santé*, P.U.F., Paris, 1988, σελ. 142.

3. N. Tanti-Hardouin, *Économie de la santé*, Arman Colin, Paris, 1994, σελ. 20.

4. Βλ. σχετικά *Qui prendra soin d' eux? Perspectives d' avenir de l' aide familiale aux personnes âgées dans l' Union européenne*, έκδοση της Fondation Européenne pour l' Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Dublin, 1996, σελ. 21.

5. O.C.D.E., *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Etudes de politique de santé, no 7, Paris, 1996, σελ. 52.

6. E.M. Crimmins, Y. Saito and D. Ingegneri, «Changes in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy in the United States», *Population and Development Review*, vol. 15/2, 1989, σελ. 235-267.

7. Βλ. κυρίως G. Dooghe, *The Ageing of the Population in Europe: Socio-economic Characteristics of the Elderly Population*, Garant Publishers, Leuven, 1992.

8. A. Walker, J. Alber and A.M. Guillemard, *Older People in Europe, Social and Economic Policies. The 1993 Report of the European Observatory*, έκδοση της Commission of the European Communities, Directorate General V, Employment, Social Affairs, Industrial Relations, σελ. 32.

9. Βλ. αναλυτικά G. Crosby, *The European Directory of Older Age*, Centre of Policy of Ageing, London, 1993, σελ. 15 επ.

10. Βλ. σχετικά D.P. Rice and J.J. Feldman, «Living Longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly», *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, vol. 61 (3), 1983, σελ. 362-396, όπως και A. Labourdette, *όπ. παρ.*, σελ. 142-143, σημ. 2.

11. Ανακοίνωση του spokesman της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 16 Νοεμβρίου 1998· πηγή: το Website του εκπροσώπου τύπου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

