



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΝΙΚΟΣ ΠΟΥΛΑΝΤΖΑΣ

Δημήτρης Καρέλλας* –
Σταμάτης Βαρδαρός†

Η Ελλάδα την εποχή του κορονοϊού‡

Την ώρα που ολοκληρώνεται αυτό το κείμενο, τα επίσημα καταγεγραμμένα κρούσματα του ιού στην Ελλάδα ανέρχονταν σε 2.192 ενώ τα θύματα σε 103. Αριθμοί κατά αρχάς συγκρίσιμοι με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τα μέτρα που πήρε η κυβέρνηση η οποία προέκυψε από τις εκλογές Ιουλίου 2019 (αυτοδύναμη κυβέρνηση του νεοφιλελεύθερου και ακραία συντηρητικού κόμματος «Νέα Δημοκρατία») να είναι επίσης λίγο-πολύ τα ίδια που πάρθηκαν σχεδόν σε όλον τον κόσμο, αν εξαιρεθούν οι ταξικά τυφλωμένες αλλά και θανάσιμες ανοησίες τύπου Τραμπ και Τζόνσον.

Να σημειωθεί ότι σχεδόν όλα τα μέτρα στην Ελλάδα λήφθηκαν από 10 έως 20 ημέρες πριν την ανάλογη εφαρμογή τους στις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες: διαδοχικά, κλείσιμο σχολείων, πανεπιστημίων, εστιατορίων, καφέ, χώρων τέχνης, πολιτισμού και ψυχαγωγίας, καταστημάτων λιανικού εμπορίου, μερική απαγόρευση κίνησης σε λιμάνια και αεροδρόμια, (ανεπαρκής) στήριξη των εργαζομένων και (μεροληπτικά υπέρ των) επιχειρήσεων, όλα συνοδευόμενα από μια καμπάνια ενημέρωσης πληθυσμού και συνεχών παροτρύνσεων για παραμονή στο σπίτι. Είναι γεγονός ότι στο κομμάτι των περιοριστικών μέτρων (lock-down) για τη διασπορά του ιού, η Κυβέρνηση Μητσοτάκη έχει μέχρι τώρα ακολουθήσει τις συστάσεις των ειδικών επιστημόνων και έχει πάρει διαδοχικά τα περισσότερα πιθανά μέτρα περιορισμού που έχουν δοκιμαστεί στον ευρωπαϊκό χώρο,

* Πρώην Γενικός Γραμματέας Πρόνοιας / Κοινωνικής Αλληλεγγύης

† Πρώην Αναπληρωτής Γενικός Γραμματέας Υγείας

‡ Δημοσιεύτηκε αρχικά στα αγγλικά με τίτλο *Greece in the time of the coronavirus* στην ιστοσελίδα [Public Reading Rooms](#)

επιβάλλοντας πλέον καθολική απαγόρευση κυκλοφορίας, με μία σειρά εξαιρέσεων που πρέπει να δηλώνονται στις αρμόδιες αρχές.

Ωστόσο, στο άλλο σημαντικό μέτωπο της πανδημίας, στην ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), έχουν γίνει πολύ λιγότερα βήματα από τα πραγματικά αναγκαία. Παρατηρείται ήδη αξιοσημείωτη ανεπάρκεια σε μέσα ατομικής προστασίας, πολύ καθυστερημένη ενίσχυση του ΕΣΥ με επιπλέον προσωπικό (ιατρικό και άλλους επαγγελματίες υγείας), έλλειψη σχεδιασμού για μόνιμες θέσεις και απροθυμία να ολοκληρωθούν ήδη δρομολογημένες προσλήψεις μόνιμου προσωπικού, μη ενσωμάτωση των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο συνολικό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας, μη ανάπτυξη και μη αξιοποίηση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας ευπαθών ομάδων, πεπερασμένη δυνατότητα των Εργαστηρίων του ΕΣΥ και των Πανεπιστημίων για τον διαγνωστικό έλεγχο της λοίμωξης από κορονοϊό, κίνδυνος υποβάθμισης της τακτικής παρακολούθησης και καλής ρύθμισης των ασθενών με χρόνια και σοβαρά νοσήματα, μεγάλες ουρές αναμονής και συνεχόμενη ταλαιπωρία των ασφαλισμένων στα φαρμακεία του δημόσιου οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγείας (ΕΟΠΥΥ) για την προμήθεια φαρμάκων υψηλού κόστους, αυξανόμενες ελλείψεις απλών αλλά ζωτικής σημασίας φαρμάκων στην αγορά, έλλειψη αίματος για την κάλυψη των αναγκών της χώρας, ιδιαίτερα των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων.

Επίσης, είναι γεγονός η έλλειψη στοχευμένων μέτρων για ομάδες του πληθυσμού ειδικής ευαλωτότητας, όπως είναι οι πρόσφυγες-μετανάστες, οι Ρομά, οι φυλακισμένοι, οι άστεγοι, οι τοξικοεξαρτημένοι, οι φιλοξενούμενοι σε γηροκομεία ή προνοιακά ιδρύματα, που ζουν σε συνθήκες μαζικής διαβίωσης και συγχρωτισμού ή ανεπάρκειας μέσων προστασίας και τήρησης στοιχειωδών κανόνων ατομικής υγιεινής. Κατάσταση που ευνοεί τη διαμόρφωση, λόγω της πανδημίας, συνθηκών «κοινωνικού δαρβινισμού» και «φυσικής επιλογής» όσων είναι πιο ισχυροί και ανθεκτικοί.

Υποχρεωτική πολιτική

Στην πραγματικότητα η νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση Μητσοτάκη καλείται να αντιμετωπίσει την πανδημία, με το σχέδιο και τα όπλα του αριστερού αντιπάλου της. Ενώ προεκλογικά, αλλά και κατά τους πρώτους μήνες της νέας κυβερνητικής θητείας, από τον Ιούλιο 2019 και μετά, η πολιτική τους στον χώρο της υγείας ήταν μία πολιτική παθητικής ιδιωτικοποίησης του ΕΣΥ και ήταν έτοιμοι στις αρχές του 2020 να περάσουν και στην φάση της ενεργητικής ιδιωτικοποίησης του ΕΣΥ, με την εισαγωγή των πρώτων ΣΔΙΤ (Συμπράξεις

Δημόσιου με Ιδιωτικού Τομέα) τώρα είναι υποχρεωμένοι να αντιμετωπίσουν την πανδημία με βασικό όπλο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο αυτήν την περίοδο απολαμβάνει κοινωνική αποδοχή και πολιτική συναίνεση αντίστοιχη με την πρώτη περίοδο συγκρότησής του τη δεκαετία του 1980.

Η ταχύτητα που έδειξε η δεξιά κυβέρνηση υπαγορευόταν από δύο λόγους. Κατ' αρχάς, την προσπάθεια να σωθεί η τουριστική περίοδος, τουλάχιστον Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 2020 καθώς ο τουρισμός αποδίδει το περίπου το 25% του ελληνικού ΑΕΠ και, άμεσα ή έμμεσα, το 40% της απασχόλησης. Ο δεύτερος λόγος ήταν η σχετικά εύθραυστη δομή του κοινωνικού κράτους μετά την καταστροφή της χώρας λόγω της οικονομικής κρίσης, των σκληρών μνημονίων λιτότητας που επέβαλαν το ΔΝΤ, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Τράπεζα (η δυσώνυμη τρόικα) και των τρομακτικών αριθμών που συναντάει κάποιος μετά από ένα (χαμένο!) πόλεμο για το διάστημα 2009-2015: μείωση ΑΕΠ κατά 25%, ανεργία στο 28%, μείωση εισοδημάτων στο 40%, κατάρρευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του συστήματος κοινωνικής προστασίας, το 25% του πληθυσμού εκτός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αύξηση του δείκτη στέρησης βασικών υλικών αγαθών στο περίπου 22% όταν στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ «έδειχνε» κοντά στο 7%. Η εικόνα πολέμου συμπληρωνόταν από την πίεση των εκατοντάδων χιλιάδων προσφύγων και μεταναστών που πέρασαν από την χώρα και των δεκάδων χιλιάδων που παραμένουν εγκλωβισμένοι μετά το κλείσιμο των συνόρων από τις γεωγραφικά κεντρικές χώρες της Ευρώπης.

Ταυτόχρονα, η δυνατότητα να υλοποιηθούν αυτά τα μέτρα και η ευρεία αποδοχή τους από τον πληθυσμό βασίζεται στην πεποίθηση ότι η ανάταξη ειδικά του κοινωνικού κράτους κατά τη διάρκεια της θητείας της κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ (2015-2019) θα έχει την απαιτούμενη συνέχεια, ιδιαίτερα μετά τους αλλεπάλληλους όρκους πίστης σκληρά νεοφιλελεύθερων πολιτικών στο...(δημόσιο βέβαια!) κοινωνικό κράτος ως τη μόνη ασπίδα σε στιγμές κρίσης.[§]

Λίγα λόγια για το άμεσο παρελθόν

Το 2015 η κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ, σε καθεστώς δημοσιονομικού στραγγαλισμού και αντιμετώπιη με μια οξύτατη ανθρωπιστική κρίση, επέλεξε να προχωρήσει σε τρία, άμεσου αποτελέσματος μέτρα, **δωρεάν** για τους πολίτες:

[§] Οι κωμικοτραγικές ειρωνείες της Ιστορίας : Ο αριστερός ΣΥΡΙΖΑ υποχρεώθηκε να εφαρμόσει νεοφιλελεύθερες πολιτικές. Η νεοφιλελεύθερη Νέα Δημοκρατία υποχρεώνεται να παίρνει μέτρα κεϋνσιανού τύπου, σε μια προσπάθεια να διασώσει την σκληρά αντικοινωνική πολιτική της για το μέλλον.

- κάλυψη αναγκών σε τροφή και βασικά καταναλωτικά αγαθά, ηλεκτρικό ρεύμα και ενοικιαζόμενη στέγη για περίπου 400.000 άτομα σε κατάσταση ακραίας (ή απόλυτης) φτώχειας,**
- ανεμπόδιστη πρόσβαση 2.500.000 ανθρώπων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- ελεύθερη μετακίνηση ανέργων με τα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Η εξάλειψη του φαινομένου άνθρωποι να αναζητούν τροφή στους κάδους σκουπιδιών και άρρωστοι άνθρωποι να πεθαίνουν αβοήθητοι σπίτι τους ή, ακόμη περισσότεροι, να αναγκάζονται να ξεπουλήσουν οποιοδήποτε περιουσιακό τους στοιχείο προκειμένου να πληρώσουν για είδη πρώτης ανάγκης ή για φάρμακα, θεραπείες, νοσηλείες, ήταν τα πρώτα σημάδια ότι η πολιτική **άλλαξε ταξικό πρόσημο** ακόμη και εντός ενός μνημονίου. Έκτοτε εφαρμόστηκε ένα ολόκληρο πλέγμα πολιτικών, με έμφαση στη μείωση της ανεργίας και της εργασιακής επισφάλειας καθώς και την επαναθεμελίωση του κοινωνικού κράτους, με στόχο όχι μόνο την στήριξη των αναγκών της κοινωνικής πλειοψηφίας αλλά και την αποκατάσταση της πολύμορφης ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Δεδομένου ότι η πορεία και οι επιπτώσεις της σημερινής κρίσης καθορίζονται όχι μόνο από την τρέχουσα κυβερνητική πολιτική αλλά και από τα ήδη μετρημένα αποτελέσματα της πολιτικής της προηγούμενης κυβέρνησης του ΣΥΡΙΖΑ, θα επιδιώξουμε να περιγράψουμε τη σημερινή κρίση σε σχέση με όσα, από τη θέση μας στα αντίστοιχα υπουργεία, γνωρίζουμε για τις μεταρρυθμίσεις σε βασικούς πυλώνες των τομέων της Υγείας και της Κοινωνικής Πρόνοιας. Έτσι, δεν θα αναφερθούμε, για παράδειγμα και μεταξύ πολλών άλλων, στη μείωση της ανεργίας σχεδόν 10 εκατοστιαίες μονάδες ή την αύξηση του κατώτατου μισθού κατά 11% ή την υποχρέωση των εργοδοτών να αιτιολογούν τις απολύσεις. Παρεμπιπτόντως, το τελευταίο είναι ένα από τα πρώτα μέτρα που ακύρωσε η δεξιά κυβέρνηση – και δικαίως από την πλευρά της: δεν υπάρχει νεοφιλελεύθερος που να ανέχεται τον παραμικρότερο περιορισμό του διευθυντικού δικαιώματος των εργοδοτών.

Η πορεία και οι επιπτώσεις της σημερινής κρίσης καθορίζονται όχι μόνο από την τρέχουσα κυβερνητική πολιτική αλλά και από τα ήδη μετρημένα αποτελέσματα της πολιτικής της προηγούμενης κυβέρνησης του ΣΥΡΙΖΑ.

** Παρόλο που δεν υπάρχει κοινά αποδεκτή έννοια για την ακραία φτώχεια, ευρέως χρησιμοποιείται ως όρος για όσους/ες διαθέτουν λιγότερο από το 40% του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου των νοικοκυριών.

Η κατάσταση στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας

Καθώς η άσκηση θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας, η λειτουργία ενός αποτελεσματικού κοινωνικού κράτους και η πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού στις παροχές και στις υπηρεσίες του αποτελούν βασικά στοιχεία της ταυτότητας κάθε αριστερού κόμματος που σέβεται το όνομά του. Πολύ περισσότερο για την ριζοσπαστική αριστερά που έχει την επιπλέον υποχρέωση να εφαρμόζει πολιτικές που **δείχνουν το δρόμο προς αλλά και την επικαιρότητα** μιας άλλης κοινωνίας, ισότητας και γενικευμένης κοινωνικής αλληλεγγύης.

Με αυτήν την αντίληψη της καθολικότητας της κοινωνικής προστασίας, τα μέτρα κατά την τετραετία 2015-2019 ομαδοποιήθηκαν γύρω από βασικούς άξονες. Στον **τομέα της κοινωνικής πρόνοιας**, κυρίως γύρω από την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, την στήριξη των παιδιών, την άρση των ανισοτήτων για τα Άτομα με Αναπηρία.

Για την **αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού**, τα πρώτα άμεσα μέτρα που αναφέρθηκαν (βλ. πιο πάνω) ενσωματώθηκαν δημιουργικά στο Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (ΚΕΑ), ένα σχήμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος που ανέτρεψε μια αποτυχημένη και κακά στοχευμένη πιλοτική εφαρμογή που είχε επιβάλει η τρόικα στις προηγούμενες κυβερνήσεις. Η τρόικα, με την σχεδόν εκβιαστική πίεση από το ΔΝΤ, επιδίωκε να εμπεδώσει την νεοφιλελεύθερη αντίληψη που εστιάζει μόνο στην «ακραία» φτώχεια, υποστηρίζοντας ότι η ανισότητα είναι φυσική κατάσταση, ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να στηρίζονται μόνο στους εαυτούς τους για να ζουν αξιοπρεπώς^{††}, ότι η πολιτεία θα προσπαθεί μειώνει τις ανισότητες μόνο εφόσον αυξάνεται το ΑΕΠ (άρα, χωρίς διαρκή ανακατανομή του κοινωνικού πλούτου), ότι η φιλανθρωπία των «εχόντων» καλείται να καλύψει τις ελλείψεις του κράτους.

Το ΚΕΑ σχεδιάστηκε με τρόπο που, εκτός της άμεσης χρηματικής ενίσχυσης, να δίνει έμφαση στη δωρεάν χρήση υπηρεσιών (βρεφονηπιακοί σταθμοί, σχολικά γεύματα, παροχή ηλεκτρικού ρεύματος και νερού, ειδικά προγράμματα για τρόφιμα και είδη πρώτης ανάγκης) και, κυρίως, στην προώθηση σε θέσεις εργασίας του 10% των ανέργων δικαιούχων του προγράμματος. Στην έναρξη του προγράμματος το 2017, οι δικαιούχοι ανέρχονταν σε 650.000 ανθρώπους και οι άνεργοι ανάμεσά τους στο 50%. Οι σημερινοί δικαιούχοι του ΚΕΑ, μετά και την εισαγωγή ενός εντελώς νέου επιδόματος για τους ενοικιαστές κατοικίας και μαζί με το σύνολο των μέτρων κοινωνικής πολιτικής και καταπολέμησης της ανεργίας,

^{††} Όπως το έθετε και η Μ. Θάτσερ το 1987 : “ ... και, ξέρετε, δεν υπάρχει αυτό που λέμε κοινωνία. Υπάρχουν άνδρες και γυναίκες ως άτομα και υπάρχουν και οι οικογένειες».

έχουν μειωθεί στους 450.000.## Η εκλογή της νεοφιλελεύθερης κυβέρνησης Μητσοτάκη διέκοψε τις έτοιμες για εφαρμογή βελτιώσεις στο πρόγραμμα, όπως η αύξηση του χρηματικού επιδόματος, η σύνδεσή του με τον κατώτατο μισθό και η άμεση αύξηση του ποσοστού των προς απασχόληση ανέργων στο 30% με στόχο την απορρόφηση του συνόλου μέχρι το 2025.

Μια από τις χειρότερες παρεμβάσεις της δεξιάς κυβέρνησης ήταν η κατάργηση της Ειδικής Γραμματείας συντονισμού των πολιτικών για τους Ρομά και η συνεπακόλουθη διακοπή προγραμμάτων ολιστικής παρέμβασης (υγεία, εκπαίδευση, στέγαση, εργασία) σε μια εξαθλιωμένη ομάδα του πληθυσμού.

Για το **παιδί**, ο προϋπολογισμός από τα 822 εκατομμύρια του 2015 έφθασε στα 1.424 εκατομμύρια το 2019, ώστε (α) να προστεθούν επιπλέον 160.000 παιδιά στη λήψη του επιδόματος παιδιού^{§§}, (β) να εφαρμοσθεί για πρώτη φορά δωρεάν πρόγραμμα με σχολικά γεύματα μεσογειακής διατροφής σε 150.000 παιδιά δημοτικού με πρόβλεψη για το σύνολο των 600.000 παιδιών δημοτικού το 2021-22, (γ) να αυξηθούν οι δωρεάν θέσεις σε βρεφονηπιακούς σταθμούς από 78.000 το 2015 σε 150.000 το 2019, (δ) να αδειάσουν τα ιδρύματα από παιδιά μέσα από την εφαρμογή νέου, καινοτόμου νόμου για την αναδοχή και υιοθεσία, (ε) να εφαρμοστεί για πρώτη φορά συγκροτημένο σύστημα επιτροπείας για τα ασυνόδευτα ανήλικα προσφυγόπουλα.

Για τα **Άτομα με Αναπηρία**, κατ' αρχάς δεν μειώθηκαν το ύψος των επιδομάτων και παροχών τους, παρά την πραγματικά λυσσαλέα πίεση ειδικά από το ΔΝΤ επί 3 χρόνια, αντίθετα δε τα ειδικά επιδόματα αποσυνδέθηκαν από την εργασιακή κατάσταση των ΑμεΑ. Μια σειρά άλλων μέτρων, όπως η κατά προτεραιότητα κάλυψη του 15% των θέσεων εργασίας στο δημόσιο τομέα από ΑμεΑ και μέλη των οικογενειών τους, η οριστικοποίηση χρηματοδότησης για την δημιουργία μεγάλου αριθμού Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης προκειμένου να προωθηθεί ένα πιλοτικό πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης και στήριξης ΑμεΑ στην κοινότητα, πανελλαδική από απόσταση στήριξη των κωφών και βαρήκων με πλατφόρμα νοηματικής ή χειλεανάγνωσης (video conference – relay service) και άλλα πολλά, απέδειξαν ότι η διεκδίκηση της ισοτιμίας εκ μέρους του αναπηρικού κινήματος αποτελούσε και εδραιωμένη πεποίθηση της κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ.

Για όλα αυτά και αρκετά άλλα που ο χώρος δεν επιτρέπει να αναφερθούν, οικοδομήθηκε εκ του μηδενός ένα ψηφιοποιημένο Εθνικό Σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, με

Το ΚΕΑ λόγω μιας σειράς καινοτομιών που περιέχει ο σχεδιασμός του, αποτελεί αντικείμενο μελέτης διεθνών οργανισμών και κρατικών υπηρεσιών άλλων χωρών.

§§ Το επίδομα αυτό ανασχεδιάστηκε πλήρως ώστε να δοθεί έμφαση στις οικογένειες με 1 και 2 παιδιά που μέχρι τότε έπαιρναν ψίχουλα.

βάση ένα νέο δίκτυο 240 δομών στους Δήμους της χώρας («Κέντρα Κοινότητας») για την άμεση ενημέρωση των πολιτών που έχουν ανάγκη βοήθειας και την παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, δημόσιες ή ιδιωτικές, στην κοινότητα. Και την προσπάθεια για αλλαγή του ιδρυματικού ρόλου του δικτύου των δημόσιων ιδρυμάτων στις 13 διοικητικές περιφέρειες για παιδιά, ΑμεΑ, ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες («Περιφερειακά Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας»), ξεκινώντας από την υλοποίηση σχεδίων αποϊδρυματοποίησης και φροντίδας στην κοινότητα με στόχο τη μετατροπή αυτών των Κέντρων σε σημεία αναφοράς/συντονισμού όλων των προνοιακών πολιτικών στην περιφέρειά τους.

Εκτός του τεράστιου κόπου για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων, μέτρων και αλλαγών και εν μέσω συνεχούς πολέμου από την τρόικα σε συνθήκες δημοσιονομικού στραγγαλισμού, χρειάστηκε ο τετραπλασιασμός του προϋπολογισμού της Κοινωνικής Πρόνοιας από το 2015 στο 2019 και ο αναπροσανατολισμός ευρωπαϊκών κονδυλίων σε υποδομές και προγράμματα κοινωνικής χρησιμότητας. Ο Πίνακας 1 αποτυπώνει τα εμφανή αποτελέσματα, με υποχώρηση των δεικτών φτώχειας και παιδικής φτώχειας ήδη από το 2017 σε επίπεδα προ κρίσης του 2009. Να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι στα πραγματικά αποτελέσματα δεν έχουν ακόμη ενσωματωθεί τα στοιχεία οικονομικών ετών 2018 και 2019, όπου αναμένεται ακόμη μεγαλύτερη υποχώρηση των δεικτών του πίνακα.

Πίνακας 1

ΕΤΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Προϋπολογισμός Πρόνοιας (εκατ. €)	941,8	785,5	677,4	789,7	883,0	1.525,7	1.836,5	3.268,2	3.352,69
Κοινωνικό Μέρισμα (εκατ.€)	-	-	-	500	-	650	757,5	780,1	225
Ποσοστό σε κίνδυνο φτώχειας & κοιν. αποκλεισμού (AROPE)	27,7	35,7	36,0	35,7	35,6	34,8	31,8		
Ποσοστό φτώχειας (AROP)	20,1	23,1	22,1	21,4	21,2	20,2	18,5		
Ποσοστό παιδικής φτώχειας	23,0	28,8	25,5	26,6	26,3	24,5	22,7		
Ποσοστό ανεργίας	9,6	24,4	27,5	26,5	24,9	23,5	21,5	19,3	16,3(*)

Πηγή : Επεξεργασία στοιχείων από ΕΛΣΤΑΤ, Eurostat και ΟΟΣΑ. (*) Στοιχεία Δεκεμβρίου 2019

Το ξέσπασμα της πανδημίας Covid-19 βρήκε τους πιο ευάλωτους του πληθυσμού υπό προστασία σε ένα λειτουργικό σύστημα καθολικής κοινωνικής πρόνοιας.

Το ξέσπασμα της πανδημίας Covid-19 βρήκε τους πιο ευάλωτους του πληθυσμού υπό προστασία σε ένα λειτουργικό σύστημα καθολικής κοινωνικής πρόνοιας καθώς η νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση δεν μπορούσε παρά να «ανεχθεί» την πολιτική του ΣΥΡΙΖΑ, ακόμα και για λόγους εκλογικού υπολογισμού^{***}. Όμως, με πρώτη ευκαιρία, εμφανίζονταν οι πραγματικές διαθέσεις τους: μαζί με μειώσεις στα κονδύλια του προνοιακού προϋπολογισμού

για το 2020, πάγωμα του νέου, αδιάβλητου συστήματος για την υιοθεσία και την αναδοχή, καθυστερήσεις στο πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης ΑμεΑ, κακή εφαρμογή του προγράμματος των σχολικών γευμάτων. Καθόλου τυχαίες περιπτώσεις, καθώς σε αυτές τις περιοχές υπάρχει έντονο ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα – και στην περίπτωση των υιοθεσιών, κυκλώματα εμπορίας βρεφών και ελπίδων.

Η αρχική άρνηση να προχωρήσουν οι νομοθετημένες προσλήψεις απολύτως απαραίτητου προσωπικού στα περιφερειακά Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, μετατράπηκε σε πανικό και προσπάθεια επίσπευσης διαδικασιών, καθώς η διασπορά του κορονοϊού στους χώρους ιδρυμάτων ευάλωτων ομάδων κινδύνευε να τα μετατρέψει σε νεκροταφεία.

Η κατάσταση στον τομέα της Υγείας

Η παρατεταμένη οικονομική και κοινωνική κρίση στην Ελλάδα και τα μέτρα λιτότητας της πρώτης μνημονιακής περιόδου, άφησαν πληγές στους θεσμούς, στο πολιτικό σύστημα, στη δημόσια διοίκηση, το κοινωνικό κράτος και φυσικά στο δημόσιο σύστημα υγείας. Γιατί είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι η κρίση δεν παράγει μόνο ανεργία και φτώχεια, παράγει ψυχοσωματική ευαλωτότητα και ασθένεια. Δημιουργεί ανάγκες αυξημένης υγειονομικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Αυτό συνέβη και στην Ελλάδα, μόνο που, λόγω της πολιτικής επιλογής στην αρχική μνημονιακή περίοδο 2010-2014 για δραστική περικοπή των δαπανών υγείας, για συρρίκνωση της δημόσιας περίθαλψης, για μετακύλιση μεγάλου μέρους του κόστους στους πολίτες και αποκλεισμού των ανασφάλιστων ανθρώπων από το ΕΣΥ, οι ανάγκες αυτές έμειναν ακάλυπτες. Έτσι δημιουργήθηκε μια εκτεταμένη «ζώνη υγειονομικής φτώχειας» στην κοινωνία που έθεσε σε διακινδύνευση τα υγειονομικά standards στη χώρα, την κοινωνική συνοχή και αξιοπρέπεια. Τα «απο-τα- κάτω» κοινωνικά

^{***} Στις εκλογές του Ιουλίου 2019, καταγράφηκε με εντυπωσιακό τρόπο η σχεδόν πλήρης ταύτιση του αριθμού των ανέργων που ψήφισαν ΣΥΡΙΖΑ με τον αριθμό των ανέργων-δικαούχων του SSI.

ιατρεία-φαρμακεία, οι πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινωνίας των πολιτών, η εθελοντική προσφορά πολλών επαγγελματιών υγείας και η ευαισθησία των εργαζομένων του ΕΣΥ, απέτρεψαν μια πραγματική υγειονομική τραγωδία στην Ελλάδα.

Η κορυφαία πολιτική προτεραιότητα της κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ ήταν να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση των ανασφάλιστων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την αποτροπή του λειτουργικού black out στο ΕΣΥ και την αναδιοργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας. Παρά τα συνεχιζόμενα και διαχρονικά προβλήματα, παρά τις δυσκολίες και τους περιορισμούς, ο βασικός αυτός στόχος επιτεύχθηκε. Στην Ελλάδα της σκληρής λιτότητας και της δημοσιονομικής επιτροπείας, σταμάτησαν από το 2015 οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, από το 2016 το ισοζύγιο προσλήψεων/αποχωρήσεων στο ΕΣΥ είναι θετικό και μετά το νόμο 4368 του 2016 οι πάνω από 2 εκ. ανασφάλιστοι πολίτες έχουν εγγυημένη και δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας, στις εξετάσεις, στα φάρμακα και στη νοσηλευτική φροντίδα που έχουν ανάγκη. Η αποσύνδεση του θεμελιώδους δικαιώματος στην Υγεία

Στην Ελλάδα της σκληρής λιτότητας και της δημοσιονομικής επιτροπείας, σταμάτησαν από το 2015 οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας, από το 2016 το ισοζύγιο προσλήψεων/αποχωρήσεων στο ΕΣΥ είναι θετικό και μετά το νόμο 4368 του 2016 οι πάνω από 2 εκ. ανασφάλιστοι πολίτες έχουν εγγυημένη και δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας, στις εξετάσεις, στα φάρμακα και στη νοσηλευτική φροντίδα που έχουν ανάγκη.

από τη εργασία, την ασφάλιση και το εισόδημα των πολιτών, είναι η μεγάλη μεταρρύθμιση στην πολιτική υγείας και στην κοινωνική πολιτική της χώρας. Η «υγειονομική φτώχεια» αντιμετωπίστηκε δραστικά και η ανισότητα στη φροντίδα υγείας μειώθηκε με μετρήσιμο τρόπο: οι πολίτες με ανικανοποίητες ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από 12% του πληθυσμού το 2016 υποχώρησαν στο 8,3% το 2018.^{†††} Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι «κλειδωμένοι» κλειστοί προϋπολογισμοί ανά κατηγορία δαπανών δεν ήταν εφικτό να επιτρέψουν μία σημαντική αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία. Ωστόσο κατά την διακυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ, με αξιοποίηση ευρωπαϊκών πόρων (ΕΣΠΑ), με ανακατανομή πόρων από τον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο σύστημα υγείας και μέσω μηχανισμών συγκράτησης του κόστους για τους ιδιώτες παρόχους και για την φαρμακοβιομηχανία, χωρίς η επιπλέον δαπάνη να μετακυλιέται στους πολίτες, έγινε κατορθωτό να καλυφθούν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες και να μπουκ μπροστά ορισμένες κρίσιμες μεταρρυθμίσεις.

Οι περισσότερες υγειονομικές ανάγκες ικανοποιήθηκαν μέσω ενίσχυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας με υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Μπήκε μπροστά το μεγαλύτερο

^{†††} Διαθέσιμο σε: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en

πρόγραμμα επενδύσεων σε εξοπλισμό και υποδομές του ΕΣΥ που ξεπέρασε τα 300 εκ. €, συμπεριλαμβάνοντας επενδύσεις σε τεχνολογία ακριβών και καινοτόμων θεραπειών. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε η μεγαλύτερη ένεση ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ την τελευταία 20ετία, που περιλάμβανε 3360 μόνιμους γιατρούς, 5026 μόνιμους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας και συνολικά πάνω από 19.000 εργαζόμενους στο Σύστημα Υγείας.

Πραγματοποιήθηκαν παράλληλα σημαντικές παρεμβάσεις στον χώρο του φαρμάκου, όπου αναλήφθηκε, μεταξύ άλλων και πρωτοβουλία για διακρατική συνεργασία των χωρών του Νότου (η περίφημη πρωτοβουλία της Βαλέτα). Συνεργασία που βασίστηκε στη λογική ενιαίας διαπραγμάτευσης για διευκόλυνση της πρόσβασης στο φάρμακο, ξεκινώντας από την διαπραγμάτευση για καλύτερες τιμές.

Άλλη σημαντική παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στον χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης, αλλά και της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης με ένα φιλόδοξο πρόγραμμα ενεργοποίησης 28 νέων δημόσιων δομών σε μεγάλες πόλεις της χώρας για αποκατάσταση και αποθεραπεία. Μεγάλο βάρος δόθηκε ακόμη στην αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας, καθώς και στις παρεμβάσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας, της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και της υγειονομικής φροντίδας προσφύγων, μεταναστών και άλλων ευπαθών ομάδων.

Σημαντικότερη όλων η μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παρέμβαση που ήρθε να ολοκληρώσει την μεγάλη τομή που πραγματοποίησε η Κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ στο σύστημα υγείας, με την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών. Με την μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιχειρήθηκε και ξεκίνησε να πραγματοποιείται η διεύρυνση του «δημόσιου χώρου» στην Υγεία και να προδιαγράφεται ο επικουρικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα, στην κατεύθυνση πάντα της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας στην πρόσβαση και της οικονομικής προστασίας ιδίως των πιο αδύνατων μελών της κοινωνίας. Ανασυγκροτήθηκε η Δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας με πυρήνα τον λήπτη υπηρεσιών υγείας, με λειτουργικές και στοχευμένες αλλαγές που διευκολύνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και την επικοινωνία των παρόχων των υπηρεσιών αυτών σε ένα καθετοποιημένο σύστημα διοίκησης.

Δημιουργήθηκαν νέες αποκεντρωμένες δομές, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY), που απευθύνονται σε συγκεκριμένο πληθυσμό, στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας, που περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς και παιδιάτρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικό λειτουργό. Οι TOMY μέσω των ομάδων υγείας ξεκίνησαν να αναπτύσσουν ένα νέο παράδειγμα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συνιστούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής με

έμφαση στην προληπτική ιατρική, στη σχολική υγεία, στους εμβολιασμούς, στη διαχείριση των χρόνιων ασθενών, στη συνεχή και ολιστική φροντίδα του πολίτη. Οι TOMY αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά ταυτόχρονα αναπτύσσουν εξωστρεφείς και κοινοτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις (εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δράσεις ενημέρωσης για τον γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ, χώρους εργασίας).

Στόχος της μεταρρύθμισης ήταν κάθε πολίτης, ασφαλισμένος ή ανασφάλιστος, να έχει τον δικό του οικογενειακό γιατρό, τον δικό του σύμβουλο σε θέματα υγείας, τον υπεύθυνο για την παρακολούθηση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας του, για την τήρηση του Ατομικού του Ηλεκτρονικού Φακέλου, για την ολιστική και ποιοτική φροντίδα του.

Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στην ανακατάληψη του χώρου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εις βάρος των ιδιωτικών συμφερόντων. Ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδίως στα αστικά κέντρα υπήρξε δεκτικός σε ιδιωτικές πρακτικές από τη σύσταση του ΕΣΥ (1983) μέχρι το 2017. Η στρατηγική επιλογή της Κυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ ήταν η ανακατάληψη αυτού του χώρου από το δημόσιο σύστημα. Η αφετηρία της θεσμικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έγκειται στον κομβικό ρόλο του δημόσιου συστήματος, πλήρους αξιοποίησης της δυναμικότητάς του και συμπληρωματική χρήση των δυνατοτήτων του ιδιωτικού τομέα εκεί που το ΕΣΥ έχει πραγματική ανάγκη.

Σε ιδεολογικό επίπεδο η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ συνιστά αλλαγή παραδείγματος για το ΕΣΥ. Μέχρι τότε ο πολίτης έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας κυρίως, αν όχι αποκλειστικά, όταν γινόταν ασθενής, όταν νοσούσε. Έκανε μάλιστα χρήση αυτών των υπηρεσιών δημόσιων ή ιδιωτικών κατά το δοκούν, όπως εκείνος νόμιζε καλύτερα, λειτουργώντας ως καταναλωτής. Καταναλωτής όμως που χωρίς επαρκή γνώση του πεδίου (ως μη ειδικός) κάθε άλλο παρά ορθολογική συμπεριφορά ανέπτυξε. Το αποτέλεσμα ήταν όχι μόνο να μην μεγιστοποιεί, όπως λένε οι νεοκλασικοί οικονομολόγοι, το όφελος μέσω των «καταναλωτικών του επιλογών», αλλά συχνά να καταναλώνει υπηρεσίες (εξετάσεις, φάρμακα, επισκέψεις σε ειδικούς) που ήταν ακατάλληλα για την περίπτωση του. Αυτή η τακτική με την απουσία έγκυρης και αξιόπιστης πληροφορίας οδηγούσε τον πολίτη συχνά στην αναζήτηση της κατάλληλης υπηρεσίας από «αυτά που άκουγε», από τις συστάσεις του συγγενικού ή φιλικού του δικτύου («ξέρω ένα καλό γιατρό εκεί»), από τις «κατευθύνσεις» ειδικών κυρίως του ιδιωτικού τομέα σε άλλους ειδικούς ή στα «κατάλληλα» διαγνωστικά κέντρα, με τα «καλά» πακέτα προσφορών. Αυτή η εικόνα είχε προφανώς συνέπειες όχι μόνο στην φροντίδα υγείας του πολίτη, αλλά μέσω της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας και των πολλών άτυπων

δικτύων που ευνοούνταν ανάμεσα στους διάφορους παρόχους υγείας, και στις οικονομικές δυνατότητες του συστήματος υγείας.

Αυτό ήταν και παραμένει το κρίσιμο σημείο της μετάβασης στο νέο σύστημα και αυτό αποτελεί και κόκκινη γραμμή με την αντιπολίτευση στην όλη παρέμβαση. Όταν η Αριστερά προέκρινε την ανάκτηση της ευθύνης υγείας του πολίτη από το σύστημα υγείας, η απέναντι πλευρά κάνει λόγο για πλήγμα στην ελεύθερη επιλογή. Ποια ελεύθερη επιλογή όμως; Την ελεύθερη επιλογή του προηγούμενου συστήματος που δημιουργούσε την επίφαση ελευθερίας στον πολίτη να επιλέξει μεταξύ ανεπαρκών και επιβαρυσμένων υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος ή άφθονων και υπερτιμημένων υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα; Οι πιο αδύναμοι πολίτες πριν τον νόμο του 2016 για την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας όχι μόνο δεν είχαν ελεύθερη επιλογή, αλλά ούτε ελεύθερη πρόσβαση. «Ελευθερία», έλεγε ο Ένγκελς, «είναι η επίγνωση της αναγκαιότητας» και αυτό ακριβώς είναι η εννοιολογική βάση της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ, είναι η επίγνωση της υπηρεσίας, του είδους φροντίδας που είναι κάθε φορά αναγκαία για τον πολίτη και για την οποία την κύρια ευθύνη έχει το κράτος.

Η παρέμβαση στον χώρο της ΠΦΥ, καθώς και το αναπτυσσόμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας μπήκαν στο στόχαστρο των νεοφιλελεύθερων επιλογών της νέας Κυβέρνησης από πολύ νωρίς.

Προφανώς αυτή η τελευταία παρέμβαση στον χώρο της ΠΦΥ, καθώς και το αναπτυσσόμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας μπήκαν στο στόχαστρο των νεοφιλελεύθερων επιλογών της νέας Κυβέρνησης από πολύ νωρίς. Πριν η πανδημία κάνει την εμφάνισή της στην Ελλάδα, η Κυβέρνηση είχε προλάβει σε διάστημα 8 μηνών αφενός να «παγώσει» την μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, επιχειρώντας τη σταδιακή αποδόμηση – χωρίς μεγάλη επιτυχία είναι αλήθεια - των 127 ΤΟΜΥ, που ήταν σε λειτουργία σε όλη τη χώρα και αφετέρου να δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την είσοδο ιδιωτικών συμφερόντων στο ΕΣΥ μέσω των ΣΔΙΤ. Η μη ανανέωση συμβάσεων απαραίτητου προσωπικού για τη λειτουργία τμημάτων ή κλινικών, η ακύρωση ενός φιλόδοξου προγράμματος μόνιμων προσλήψεων που είχε εξαγγείλει η Κυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ, οι παρεμβάσεις με στόχο την εξοικονόμηση πόρων και τον συγκεντρωτικό έλεγχο στο πεδίο αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, με χαρακτηριστική την περίπτωση του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), η άρση της υγειονομικής φροντίδας αιτούντων άσυλων και δικαιούχων διεθνούς προστασίας, ενήλικων και ανήλικων, η κατάργηση του πλαισίου αξιοκρατικής κρίσης και επιλογής διοικήσεων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, η κατάργηση διαδικασιών κοινωνικού ελέγχου και λογοδοσίας στις τοπικές κοινότητες των δομών υγείας ήταν τα «προπαρασκευαστικά» βήματα για το ΕΣΥ τους μήνες πριν την εκδήλωση της πανδημίας.

Ωστόσο της ώρα της κρίσης, όπως πολλάκις έχει αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία και εμπειρικά καταγράφηκε και την περίοδο των μνημονίων στην Ελλάδα, ο κόσμος προσφεύγει στα δημόσια συστήματα υγείας. Συστήματα εγγυημένης και καθολικής κάλυψης για τους πολίτες, με έμπειρο, «σκληραγωγημένο» προσωπικό, αφοσιωμένο στο καθήκον, που απολαμβάνουν της κοινωνικής αποδοχής και της πολιτικής συναίνεσης. Είναι ο καλύτερος συνδυασμός όταν πηγαίνεις στη μάχη, τη μάχη για τη ζωή.

Δια τούτα

Προσπαθούμε να μην σκεφτόμαστε τι θα είχε συμβεί στους φτωχούς, τους φτωχοποιημένους και ευάλωτους ανθρώπους στην Ελλάδα στην παρούσα υγειονομική κρίση, εάν συνεχιζόταν η πολιτική των νεοφιλελεύθερων κυβερνήσεων και μετά το 2015, στην κορύφωση της ανθρωπιστικής, οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής κρίσης στην χώρα.

Γνωρίζουμε ότι η σημερινή αντοχή της κοινωνίας βασίζεται στην, δυστυχώς όχι πλήρη, θεμελίωση ενός σχεδόν ανύπαρκτου κοινωνικού κράτους κατά την περίοδο 2015-2019.

Έχουμε πλήρη επίγνωση ότι η σημερινή κρίση του Covid-19 αποτελεί τον σπινθήρα για μια νέα, σοβαρότερη σε σχέση με το 2008, παγκόσμια κρίση: κρίση οικονομική, κρίση εμπορική, κρίση οικολογική, κρίση στους βασικότερους διεθνείς θεσμούς του συστήματος «1%-99%» (Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου, ΔΝΤ, NATO, G7 εναντίον Ρωσίας, Ομοπονδιακή Τράπεζα-Fed απέναντι στον Τραμπ, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα), πολιτική κρίση σε σημαντικές χώρες (Ηνωμένες Πολιτείες, Μ. Βρετανία, Γερμανία, Βραζιλία, Αργεντική, Ινδία – ο κατάλογος είναι μακρύς).

Ακριβώς επειδή αυτή τη νέα κρίση διαχειρίζονται οι ίδιοι θεσμοί και άνθρωποι όπως και τις προηγούμενες, δηλαδή μεγάλες επιχειρήσεις, τράπεζες, χρηματιστές και πολιτικό προσωπικό και ΜΜΕ στην υπηρεσία τους, συνεχίζουν να εστιάζουν στις διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας λόγω ηλικίας, αποφεύγοντας κάθε αναφορά στις ταξικές διαφορές που επηρεάζει τη θνησιμότητα λόγω διαφορών στο εισόδημα και την κοινωνική θέση: όλοι βλέπουμε, για παράδειγμα, ότι η πρόσβαση σε κρίσιμες παροχές υγείας για τα άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών διαφέρει πολύ μεταξύ φτωχών και πλουσίων.

Επειδή η ταξική ανισότητα αποτυπώνεται με τον πιο ωμό τρόπο την ώρα της ανάγκης, είναι πολύ σημαντικό που αξίες-στόχοι όπως η καθολική κάλυψη υγείας, η ενίσχυση του κοινωνικού κράτους, η εμπιστοσύνη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η φροντίδα χωρίς διάκριση και εν τέλει η προστασία των πιο ευάλωτων είναι αυτή τη στιγμή τα κεντρικά επίδικα στη δημόσια ατζέντα. Και αυτή είναι η ατζέντα της Αριστεράς, είναι μία ατζέντα ηγεμονίας που αυτές τις κρίσιμες στιγμές αναγκάζονται να «αγοράσουν» και οι ίδιοι νεοφιλελεύθεροι, με σκοτεινές εξαιρέσεις τα βιοπολιτικά αντι-παραδείγματα της Αγγλίας του Τζόνσον και δευτερευόντως των ΗΠΑ του Τραμπ.

Όταν με το καλό υποχωρήσει η πανδημία, αυτό που χρειάζεται ώστε να παραμείνει η ατζέντα μας σε πρώτο πλάνο είναι η τεκμηρίωση, κοινωνικές συμμαχίες ικανές να συγκροτήσουν μέτωπο και βέβαια πολιτικά σχέδια για την επόμενη μέρα. Επειδή μάλιστα οι συνέπειες της πανδημίας θα προστεθούν στις εύφλεκτες ύλες της επερχόμενης βαθείας και πολύπλευρης κρίσης, θα χρειαστεί να μιλήσουμε όχι μόνο για την αναπτυξιακή χρησιμότητα των κοινωνικών δαπανών, των κοινωνικών παροχών, του ίδιου του κοινωνικού κράτους, αλλά και για το πολιτικό σχέδιο ώστε να μην ξαναφορτωθεί η κοινωνική πλειοψηφία τις συνέπειες της κρίσης που προκαλούν οι ίδιοι και οι ίδιοι, όπως το 2008 - για να μην αναφέρουμε άλλες κρίσεις τους τελευταίους δυο αιώνες. Και αυτή είναι η δική μας ατζέντα.

Επειδή η ταξική ανισότητα αποτυπώνεται με τον πιο ωμό τρόπο την ώρα της ανάγκης, είναι πολύ σημαντικό που αξίες-στόχοι όπως η καθολική κάλυψη υγείας, η ενίσχυση του κοινωνικού κράτους, η εμπιστοσύνη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η φροντίδα χωρίς διάκριση και εν τέλει η προστασία των πιο ευάλωτων είναι αυτή τη στιγμή τα κεντρικά επίδικα στη δημόσια ατζέντα.