

κοιτάζοντας την κρυστάλλινη σφαίρα

υγεία, αποκλεισμός και κατάσταση
εξαίρεσης στους καιρούς της κρίσης

γενάρης '11

συνέλευση για την υγεία | κατάληψη ΠΙΚΠΑ

2η έκδοση

κοιτάζοντας την κρυστάλλινη σφαίρα

*υγεία, αποκλεισμός και κατάσταση εξαίρεσης
στους καιρούς της κρίσης*

γενάρης '11

συνέλευση για την υγεία | κατάληψη ΠΙΚΠΑ

Η συνέλευση για την υγεία είναι μια συνάντηση συντρόφων/ισσών –υγειονομικών και μη– που δημιουργήθηκε στην κατειλημμένη ΑΣΟΕΕ στην εξέγερση του Δεκέμβρη του 08. Καταλήψεις και παρεμβάσεις στα νοσοκομεία, όπως και εκδηλώσεις για την υγεία είναι κομμάτι της δράσης μας, ενώ ταυτόχρονα έχουμε δημιουργήσει ανοιχτό συμβουλευτικό χώρο υγείας στην κατάληψη του πρώην ΠΙΚΠΑ Πετραλώνων.

syneleyshgiathnygeia.blogspot.com | e-mail: salluebellum@gmail.com

πρόλογος της πρώτης έκδοσης

Αυτή τη στιγμή μια κοσμογονία αλλαγών συμβαίνει στον χώρο της υγείας, εισάγοντας μηχανισμούς και κανονιστικά πλαίσια ταξικού αποκλεισμού στην υγειονομική κάλυψη της κοινωνίας. Πρόκειται βέβαια για μια συνολικότερη συνθήκη κρίσης και επαναρρύθμισης του κοινωνικού πεδίου από τη μεριά της εξουσίας, μια εικόνα ήδη ορατή αυτή τη στιγμή στους χώρους υγείας με πολλούς τρόπους. Και οι εξαθλιωμένες ομάδες των αστέγων που αναζητούν τροφή και στέγη στα νοσοκομεία ίσως να μην είναι η πιο επώδυνη πλευρά αυτής της εικόνας, καθώς στο επίκεντρο βρίσκονται ολόκληρα κομμάτια του πληθυσμού (μετανάστες, άνεργοι, φτωχοί) που σπρώχνονται βίαια έξω από το σύστημα υγείας.

Η ένταση και η έκταση των αλλαγών είναι σαρωτική, ενώ σε μεγάλο βαθμό η πληροφορία διαμεσολαβείται από περίτεχνους μηχανισμούς προπαγάνδας στην απόπειρα του κράτους να αιφνιδιάσει και σ' αυτό το πεδίο, εκμεταλλευόμενο όσο μπορεί την κατάσταση σοκ την οποία έχει επιβάλλει στην κοινωνία.

Μέσα σε αυτό τον κυκεώνα, βρεθήκαμε και εμείς πολλές φορές χαμένοι, χωρίς να μπορούμε να πλοηγηθούμε σ' αυτό τον πολτό των αποσπασματικών πληροφοριών που ερχόντουσαν από παντού: από τις ανακοινώσεις της τρόικας, τις διαρροές του υπουργείου, τα δημοσιεύματα των ΜΜΕ. Σταδιακά βέβαια, οι εμπειρίες και η κατανόηση άρχιζαν να σχηματίζουν σαφή αφηγηματικά πλαίσια και τα κομμάτια του πάζλ έμπαιναν σιγά-σιγά στη θέση τους. Και αυτή την αφήγηση –αφήγηση μιας καταστροφής, της ιστορίας της, αλλά και των πολιτικών σημαινόμενων που εμπεριέχει– θελήσαμε να δώσουμε με την έκδοση αυτής της μπροσούρας, αλλά και με την πραγματοποίηση δύο λαϊκών συνελεύσεων (στη Νέα Φιλαδέλφεια και στα Πετράλωνα) και μιας εκδήλωσης (στον Βύρωνα) αυτή την περίοδο.

Όμως, η στενότητα των χρονικών πλαισίων και ο όγκος της πληροφορίας που έπρεπε να συγκεντρωθεί, είχε ως αποτέλεσμα αυτή η μπροσούρα να μείνει ανολοκλήρωτη.¹ Με δύο τρόπους: σημαντικές ενότητες δεν αναπτύχθηκαν, καθώς καταναλώσαμε σημαντικό χρόνο και φαιά ουσία προσπαθώντας να καταλάβουμε αυτό που έρχεται. Και κυρίως, συρρικνώνοντας σε αυτή τη φάση τα πολιτικά περιεχόμενα, καθώς δώσαμε έμφαση στην περιγραφή της κατάστασης και στα ερμηνευτικά σχήματα που την καθιστούν κατανοητή και όχι στους δομικούς μετασχηματισμούς –πολιτικούς και κοινωνικούς– που υποκρύπτουν.

1. Χάριν αστεισμού, οι σχετικές ενότητες έχουν τίτλο *Σε μια επομένη μπροσούρα [coming soon to a theater near you]*

Όμως έτσι κι αλλιώς, μετά τις δύο λαϊκές συνελεύσεις και την εκδήλωση (και τις δράσεις που πιθανόν να εκτυλιχτούν), θέλουμε να επιστρέψουμε δριμύτεροι σ' αυτό το πεδίο του εγκλήματος. Με μια μεγαλύτερη και ολοκληρωμένη μπροσούρα σε πολύ περισσότερα αντίτυπα. Γιατί φυσικά η κατάσταση εξαίρεσης ολόκληρων πληθυσμών από θεμελιώδη πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα (όπως η υγεία και η ζωή) δεν μπορεί –νομίζουμε– να αναγνωστεί με τα κυρίαρχα αναλυτικά εργαλεία. Και κυρίως θέλουμε να επιστρέψουμε δριμύτεροι με πράξεις. Γιατί η αντίσταση οφείλει, επιβάλλεται, να πάει παραπέρα.

δεκέμβρης '10

Συνέλευση για την υγεία | κατάληψη ΠΙΚΠΑ

...και της δεύτερης

Ένα μήνα μετά, η πρώτη έκδοση της μπροσούρας έχει εξαντληθεί, οι εκδηλώσεις αντιπληροφόρησης στη Ν. Φιλαδέλφεια, στα Πετράλωνα και στον Βύρωνα έχουν πραγματοποιηθεί, ενώ προγραμματίζονται αρκετές ακόμη εκδηλώσεις το αμέσως επόμενο διάστημα με ανοιχτές συνελεύσεις κατοίκων, στέκια και καταλήψεις στις γειτονιές της Αθήνας.

Σε αυτή τη δεύτερη έκδοση, το μέγεθος του κειμένου διπλασιάστηκε, όμως η μπροσούρα δεν έχει κλείσει. Υπάρχουν πάρα πολλά ακόμη για να ειπωθούν, όχι μόνο σε μια διαδικασία κατεδάφισης των επιχειρημάτων της εξουσίας, αλλά κυρίως συγκρότησης ενός επιθετικού αντισυστημικού λόγου που θα θέτει το ζήτημα της υγείας με έναν συνολικό τρόπο. Δηλαδή ως αναπόσπαστο κομμάτι του αγώνα για την κοινωνική αυτονομία.

Όλα συνεχίζονται...

γενάρης '11

Συνέλευση για την υγεία | κατάληψη ΠΙΚΠΑ

από την αποδόμηση του ΕΣΥ στον καιάδα του Ρυθμιστικού

μια φορά και έναν καιρό...

Μέχρι τη δεκαετία του '70, απλά δεν υπήρχε σύστημα υγείας. Κάθε νοσοκομείο λειτουργούσε αυτόνομα, με τον δικό του σχεδιασμό, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν –το καθένα ξεχωριστά– συμβάσεις με κάποια μόνο νοσοκομεία για την κάλυψη των ασφαλισμένων τους. Οι ειδικευόμενοι γιατροί δούλευαν αμισθί επί χρόνια, καθώς η ειδικότητα θεωρητικά ήταν τμήμα της εκπαίδευσής τους, ενώ ήταν αναγκασμένοι να κάνουν έως και 15 εφημερίες τον μήνα.²

Όμως επιπρόσθετο σημαντικό χαρακτηριστικό της εποχής ήταν η ύπαρξη νοσοκομείων-ΧΥΤΑ: 3-4 νοσοκομεία (τα επονομαζόμενα *Ρυθμιστικά*) ήταν εκείνα στα οποία συγκεντρώνονταν όλα τα επείγοντα περιστατικά: εξοντωτικές συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους και μικρή προσφορά ιατρικού έργου (καθώς κάθε γιατρός ήταν αναγκασμένος να βλέπει έως και 400 ασθενείς στη βάρδιά του).

Το φανταστικό είναι ότι το υπουργείο σχεδιάζει σήμερα να επαναφέρει τον θεσμό του *Ρυθμιστικού* σε νέα, σύγχρονη συσκευασία. Υπομονή, θα αναφερθούμε λίγο παρακάτω πιο αναλυτικά...

η δημιουργία του ΕΣΥ

Η δημιουργία του ΕΣΥ τη δεκαετία του '80 σηματοδότησε μια αποφασιστική αναβάθμιση του συστήματος υγείας από την πλευρά του ελληνικού κράτους. Στοιχεία-κλειδιά αυτής της αλλαγής ήταν, ανάμεσα στα άλλα, ο σχεδιασμός –για πρώτη φορά– ενός αδρού υγειονομικού χάρτη,³ η δημιουργία πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας στην επαρ-

2. Η συγκεκριμένη συνθήκη δεν συνιστά απλά μια κατάσταση εργασιακής αθλιότητας, αλλά για μια σημαντική παράμετρο της λειτουργίας του συστήματος που στη συνέχεια θα μολύνει ολόκληρο το ΕΣΥ και θα συνεισφέρει σημαντικά στην παράδοση του συστήματος στις πολυεθνικές φαρμάκου και ιατροτεχνικού εξοπλισμού και στους ιδιωτικούς ομίλους υγείας. Οι κοινωνικές κατασκευές των υγειονομικών (γιατρών και νοσηλευτών) και ο ρόλος τους στην ισορροπία και στην αναπαραγωγή του συστήματος αναλύονται εκτενώς στην ενότητα *η βιομηχανία της υγείας - στιγμιότυπα από το εσωτερικό της μηχανής*.

3. Η έννοια του *υγειονομικού χάρτη* (καθώς την επικαλείται με ψευδεπίγραφο τρόπο το υπουργείο υγείας για να προωθήσει την κατάργηση νοσοκομείων) θα αναλυθεί αργότερα στην υποενότητα κα-

χία (όπως και εκατοντάδων αγροτικών ιατρείων που υπάγονταν σ' αυτά), η κατασκευή καινούριων νοσοκομειακών μονάδων (κάποιες απ' αυτές πανεπιστημιακές), η πρόσληψη προσωπικού, αλλά κυρίως η καθολική πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Και παρόλο που γρήγορα άρχισε η αποδόμησή του (είναι π.χ. ενδεικτική η καθιέρωση συμμετοχής των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη, στοιχείο που δεν υπήρχε στο παρελθόν), ακόμη και σήμερα –χάρη στον ανοιχτό χαρακτήρα του και στην προσβασιμότητά του–⁴ το ελληνικό σύστημα υγείας κατέχει υψηλή θέση στην κατάταξή του ως προς την αποτελεσματικότητα του σε όλες τις σχετικές εκθέσεις διεθνών οργανισμών.⁵

Παρόλη την εμφανή βελτίωση του συστήματος υγείας που επέφερε η δημιουργία του ΕΣΥ, πρέπει να αναφερθεί ότι σημαντικά στοιχεία του σταδιακά και με την πάροδο του χρόνου ακυρώθηκαν. Η δημιουργία ή η σημαντική αναβάθμιση γενικών νοσοκομείων σε μικρότερες επαρχιακές πόλεις (του μεγέθους της Λαμίας, της Χαλκίδας ή της Μυτιλήνης), κάλυψε με ουσιαστικό τρόπο τις κοινωνικές ανάγκες, αίροντας έμπρακτα τον αθηνοκεντρισμό όλου του συστήματος. Σήμερα αυτά τα μικρά νοσοκομεία ουσιαστικά έχουν καταρρεύσει, απογυμνωμένα από προσωπικό και εργαστήρια, με ολόκληρα τμήματα κλειστά ή σε υπολειμμένη και αδυνατώντας να αντιμετωπίσουν βασικά ζητήματα υγείας. Ουσιαστικά το ΕΣΥ σχεδιάστηκε με κέντρο βάρους τη μικρή υγειονομική περιφέρεια. Η ακολουθία του συστήματος ήταν πλήρης: περιφερικά (αγροτικά) ιατρεία, πρωτοβάθμια κέντρα υγείας, γενικά νοσοκομεία σε επίπεδο μικρής πόλης, μεγάλα γενικά και περιφερειακά νοσοκομεία (όπως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην πρωτεύουσα κάθε περιφέρειας) και εξειδικευμένα νοσοκομεία και κέντρα (αντικαρκινικά, λοιμωδών νοσημάτων, μεταμοσχεύσεων, κλπ) στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Ουσιαστικά ολόκληρο το σύστημα υγείας ερχόταν κοντά στον ασθενή, όπου και αν αυτός βρισκόταν. Σήμερα σε μεγάλο βαθμό αυτό το χαρακτηριστικό έχει υπομειωθεί και ακυρωθεί.

Επιπλέον, σημαντικά στοιχεία του σχεδιασμού παρέμειναν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στα χαρτιά. Είναι ενδεικτικό να αναφερθεί ότι, ακόμη και σήμερα που έχει αυξηθεί ο πληθυσμός και έχουν πολλαπλασιαστεί όχι μόνο οι ανάγκες, αλλά και οι δυνατότητες ιατρικής πράξης και παρέμβασης, το ΕΣΥ δεν έχει ούτε καν εκείνο

τασκευάζοντας υγειονομικούς χάρτες...

4. Από το 1ο άρθρο του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ (1397/83) δηλώνεται ρητά ότι «Γενικές αρχές: 1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.»

5. Η τελευταία συγκριτική έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χρονολογείται από το 2000 και σ' αυτήν το ελληνικό σύστημα κατατάσσεται 14ο σε σύνολο 190 χωρών [<http://www.photius.com/rankings/healthranks.html>]. Σε σημαντικούς επιμέρους δείκτες υγείας του πληθυσμού, η κατάταξη είναι ακόμη υψηλότερη: η Ελλάδα είναι 7η παγκοσμίως στο προσδόκιμο υγιούς ζωής –κάτι που συνεπάγεται κατά μέσο 72,5 χρόνια ζωής χωρίς σοβαρά προβλήματα υγείας για κάθε κάτοικο της χώρας [http://www.photius.com/rankings/healthy_life_table2.html].

τον αριθμό εργαζομένων που προέβλεπε τότε –30 σχεδόν χρόνια πριν– η σύστασή του.⁶

Η δομική αδυναμία του ΕΣΥ εστιάζεται στο γεγονός ότι, παρά τη δημιουργία πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας –κυρίως στην επαρχία⁷– το σύστημα είναι νοσοκομιοκεντρικό τόσο στην οργανική του σύσταση όσο και ως προς την επικέντρωση των δομών του. Αγωγή υγείας και πρόληψη, στοιχεία άκρως απαραίτητα στη δομή κάθε συστήματος υγείας και ζωτικά για την παροχή υγειονομικής κάλυψης στην κοινωνία, απλά δεν υπάρχουν.⁸

Τέλος, να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν –δεν προβλέπονται καν νομοθετικά– πολυθεραπευτικές ομάδες που να αντιμετωπίζουν τον ασθενή με έναν συνολικό τρόπο (είναι χαρακτηριστικό ότι ιατρικά συμβούλια υπάρχουν άτυπα μόνο στις ΜΕΘ). Έτσι στην περίπτωση πολυπαραγοντικών ή ταυτόχρονων διαφορετικών προβλημάτων υγείας, αντιμετωπίζεται το καθένα ξεχωριστά, χωρίς να σχηματίζεται μία συνολική εικόνα και να εξετάζεται σχολαστικά η πορεία και η συμβατότητα κάθε παράλληλης θεραπευτικής αγωγής. Μια δομική δυσλειτουργία που συνεπάγεται όχι μόνο σημαντική ταλαιπωρία για ένα κομμάτι του πληθυσμού (κυρίως τους ηλικιωμένους και κάθε ασθενή με επιβαρυνόμενο οργανισμό), αλλά την κατανάλωση πόρων του συστήματος και κυρίως την αδυναμία του να αντιμετωπίσει με επάρκεια σύνθετα προβλήματα υγείας.

Δηλαδή το ΕΣΥ ήταν τελικά ένα σύστημα υγείας από το οποίο έλειπε από τη σύστασή του η αφετηρία (αγωγή υγείας, πρόληψη, πρωτοβάθμια περίθαλψη) και το τέρμα (η ικανότητα να ανταποκρίνεται σε σύνθετα ιατρικά προβλήματα –που όμως ταλαιπωρούν σημαντικά κομμάτια του πληθυσμού). Έτσι δημιουργήθηκε ένα σύστημα εξαρχής περιορισμένο, παρόλο που κατάφερε τελικά να καλύψει σε σημαντικό βαθμό τις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

6. *“Αν και οι οργανισμοί των δημόσιων νοσοκομείων είναι παρωχημένοι, είναι ενδεικτικοί προκειμένου να αποτυπωθούν τα κενά. Από τις 15.000 οργανικές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και τις 25.000 λοιπού προσωπικού στο ΕΣΥ είναι καλυμμένες οι 10.000 και οι 8.500 αντίστοιχα”.* Άρθρο του προέδρου της ΠΟ-ΕΔΗΝ στην εφημερίδα *Έθνος*, στις 24 Ιουλίου 2010. [<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11424&subid=2&rutib=22300948>]

7. Τα αστικά κέντρα υγείας παραμένουν εδώ και 3 δεκαετίες μια κυλιόμενη (και ανεκπλήρωτη) υπόσχεση. Το μοναδικό πρωτοβάθμιο κέντρο υγείας στην Αθήνα είναι αυτή τη στιγμή αυτό του Βύρωνα, γι’ αυτό αποκαλείται και *πειραματικό*. Καθώς το υπουργείο εξαγγέλλει αυτή τη στιγμή τη δημιουργία ενός πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας (με την ένταξη σ’ αυτό των ιατρείων και των κλινικών του ΙΚΑ, των τακτικών πρωινών ιατρείων των νοσοκομείων και των ιδιωτικών ιατρείων των γιατρών που έχουν σύμβαση με τους ασφαλιστικούς φορείς) είναι δεδομένο ότι ο κορμός κάθε σχετικού σχεδιασμού απουσιάζει: τα αστικά κέντρα υγείας. Δεν θα είμαστε ο μάντης Τειρεσίας αν ισχυριστούμε ότι αυτός ο σχεδιασμός θα καταλήξει σε πρωτοφανές χάος και στην περαιτέρω επιβάρυνση δομών που αυτή τη στιγμή με οριακό τρόπο λειτουργούν.

8. Η απουσία αγωγής υγείας και δομών πρόληψης συσχετίζεται ισχυρά με το γεγονός ότι το σύστημα είναι ιατροκεντρικό, ότι υλοποιείται ως ισχυρή δομή εξουσίας με κέντρο τον γιατρό. Αυτά τα περιεχόμενα αναλύονται εκτενέστερα στην ενότητα *εμπορευματοποίηση σχέσης γιατρού-ασθενή*.

από τον λόγο στην πράξη: ένα σύστημα μετέωρο

Όμως στο σημείο αυτό εισέρχεται μια κρίσιμη παράμετρος: η έννοια των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας –ποιος τις ορίζει και τι τελικά σημαίνουν; Η απάντηση που έδωσε το ΕΣΥ ήταν απροσδόκητη: ο χαρακτήρας του ήταν τόσο περιορισμένος ώστε το ερώτημα δεν τέθηκε καν. Είναι χαρακτηριστικό ότι όχι μόνο η υλοποίηση του ΕΣΥ άφησε εκτός του συστήματος ολόκληρο το κομμάτι της ψυχικής υγείας, αλλά και το ότι έλειψε συνολικότερα το ευρύτερο υποστηρικτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα ήταν δυνατή η λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Και στο σημείο αυτό υπάρχουν πάρα πολλά για να ειπωθούν...

ψυχική υγεία, ο μεγάλος ασθενής

Η δεκαετία του '80 βρίσκει το ελληνικό κράτος κατηγορούμενο στα διεθνή fora για τον άθλιο και απάνθρωπο χαρακτήρα των δομών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρεία-κολαστήρια, τις καθηλώσεις και τους βασανισμούς ασθενών, την οργάνωση τόπων εξορίας (όπως το περίφημο κολαστήριο της Λέρου⁹). Μια κατάσταση που ήδη από τη δεκαετία του '70 εγείρει σημαντικούς κοινωνικούς αγώνες –υγειονομικών και μη–, αναπόσπαστο κομμάτι των κοινωνικών αντιστάσεων που γεννιούνται στη μεταπολίτευση.

Σε αντιπαράθεση με τη ζοφερή πραγματικότητα, ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ υπόσχεται τα πάντα και τα οργανώνει με εκπληκτική λεπτομέρεια. Ενδεικτικά και μόνο:

Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).¹⁰

Σχεδόν 30 χρόνια μετά μπορούμε να αποτιμήσουμε με ακρίβεια το χάσμα των κρατικών διακηρύξεων από την πράξη: τα ελάχιστα δημόσια κέντρα ψυχικής υγείας απειλούνται άμεσα με κλείσιμο, πρόληψη, αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη φυσικά δεν υπάρχουν, ενώ οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί παρέμειναν για πάντα στη σφαίρα ενός ανύπαρκτου λεξιλογίου. Ακόμη χειρότερα, τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία βρίσκονται υπό κατάρρευση, ενώ η αποασυλοποίηση –το σημαντικότερο κομ-

9. Ιδρύθηκε το 1958 ως «Αποικία ψυχοπαθών Λέρου» στους εγκατελελειμμένους από τους ιταλούς στρατώνες και το 1973 έχει φτάσει να «φιλοξενεί» 3.779 ασθενείς που καλύπτονταν από 4 γιατρούς (από τους οποίους μόνο ο ένας ήταν ψυχίατρος). Ανάμεσα στα άλλα, έμεινε διάσημη για το περίφημο 16ο περίπτερο «των γυνών». Οι απόπειρες κατάργησης του συγκεκριμένου κολαστηρίου ξεκίνησαν μόλις το 1989. Πάνω από 20 χρόνια μετά, παραμένουν ακόμη 450 έγκλειστοι σε άθλιες συνθήκες και με κάλυψη μόλις 4 ψυχιάτρων και 3 ψυχολόγων, ενώ αντίστοιχα στο ΠΙΚΠΑ Λέρου παραμένουν 60 παιδιά με έναν νοσηλεύτη. Για την ιστορία του κολαστηρίου, υπάρχει ένα συγκλονιστικό κείμενο στην μπροσούρα *Εξω Φρενών* που κυκλοφόρησε τον Οκτώβρη του '10 από την Ομάδα αυτομόρφωσης για την αντιψυχιατρική.

10. Άρθρο 21, παράγραφος 3 του νόμου 1397/83.

μάτι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης– παραδόθηκε στις δράκες κυκλωμάτων ΜΚΟ (μη κυβερνητικές οργανώσεις) που λυμαίνονται τεράστια ποσά δημόσιας χρηματοδότησης παράγοντας ελάχιστο έργο. Και το χειρότερο, οι βασανισμοί και οι καθηλώσεις ασθενών, δεν σταμάτησαν ποτέ μέχρι και σήμερα:

[...] οι κακοποιήσεις (βασανισμοί) δεν ήταν συγκυριακοί αλλά γίνονταν από τριετίας! Το σημαντικότερο όμως είναι αυτό που μας κατήγγειλε μέλος του προσωπικού, ότι δηλαδή στο «ίδρυμα» έχει επιβληθεί καθεστώς τρόμου από τους δράστες για να μη γίνουν αποκαλύψεις από όσους γνωρίζουν την ταυτότητά τους.¹¹

Ένας ολόκληρος πληθυσμός ανθρώπων παραμένει σε καθεστώς εξαίρεσης, αόρατος από την κοινωνία, υποκείμενος ακόμη και σήμερα σε βασανιστήρια, εκτίοντας στην πραγματικότητα ισόβιες ποινές στις φυλακές που ονομάστηκαν εξευγενισμένα δομές ψυχικής υγείας. Πολλοί απ' αυτούς θα επιλέξουν, αντί για μια σκιά ζωής στα ψυχιατρεία, τη ζωή στον δρόμο, άστεγοι και εγκαταλελειμμένοι, αλλά τουλάχιστον ελεύθεροι.

Στο πεδίο του κοινωνικού πολέμου, τα ψυχιατρεία μετατρέπονται σε βομβαρδισμένο χαράκωμα· σημείο συγκέντρωσης της θλίψης, του άλγους και της ψυχικής οδύνης που διαπερνά χιλιάδες ζωές στη συνθήκη της κρίσης. Σ' αυτό το πλαίσιο, ιατρική και εξουσία θα δημιουργήσουν ολόκληρες τοπολογίες μη-νοήματος, οργανώνοντας τεχνικές διαχείρισης που περιστρέφονται γύρω από έννοιες καταστολής. Έτσι η φυσική και χημική καταστολή και ο εγκλεισμός στα ψυχιατρεία-φυλακές αποτελούν ευθεία προέκταση της ίδιας αντίληψης που λύνει τα κοινωνικά προβλήματα με την αστυνομική κατοχή του κέντρου της πόλης.

Καθώς το σύνολο των δομών ψυχικής υγείας έχει συρρικνωθεί σε έναν μηχανισμό καταστολής, το δέσιμο και η καθήλωση, τα βασανιστήρια, ο φαρμακευτικός μονόδρομος που μετατρέπει τις ανθρώπινες υπάρξεις σε φυτά, αποτελούν τα εδραιωμένα ποιотικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Και επειδή πάντα υπάρχει μια ιδεολογία που θα επικυρώσει την πραγματικότητα της πράξης, αυτή τη στιγμή το ηλεκτροσόκ ως μέθοδος ψυχιατρικής θεραπείας επανέρχεται ενισχυμένο στην πανεπιστημιακή διδασκαλία.

11. «Ανάκληση της άδειας του οικοτροφείου «Αργώς» στην Κέρκυρα - Ατιμώρητοι οι βασανιστές;» άρθρο του Αντ. Σκορδύλη στην *Ελευθεροτυπία* στις 8 Ιούλη 2009 [<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=61465>]. Πρόκειται για μια μόνο από τις δομές ψυχικής υγείας που διαχειρίζεται η ΜΚΟ «Κλίμακα» στα πλαίσια του προγράμματος Ψυχαργώς. Οι καταγγελίες δεν αφορούσαν μόνο βασανιστήρια και καθηλώσεις ασθενών και εγκαθίδρυση κλίματος τρομοκρατίας στους εργαζομένους, αλλά επίσης καταλήστευση των επιδομάτων αναπηρίας που δίνονταν στους ασθενείς και εκατοντάδων χιλιάδων ευρώ της κρατικής χρηματοδότησης. Για το συγκεκριμένο περιστατικό, όπως και για την ακριβώς αντίστοιχη περίπτωση στο οικοτροφείο «Ηώ» της εταιρίας ΕΨΑΜΥ θα βρείτε επιπρόσθετο υλικό στο [athens.indymedia](http://athens.indymedia.org/front.php3?lang=el&article_id=1050893) [http://athens.indymedia.org/front.php3?lang=el&article_id=1050893]. Όμως παρόμοια περιστατικά δεν περιορίζονται βέβαια μόνο στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα. Ενδεικτική είναι η περίπτωση του ΚΕΠΕΠ Λεχαινών με θύματα αυτή τη φορά παιδιά, όπως αποκαλύφθηκε στο σχετικό άρθρο της *Ελευθεροτυπίας* με τίτλο «Λεχαινά: φροντίδα με βρισιές, χτυπήματα και υποχρεωτική συνεχή κατάκλιση - Παιδιά με ειδικά μαρτύρια στο ΚΕΠΕΠ» του Μ. Νοδάρου στις 22 Δεκέμβρη 2010 [<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=235392>].

Το κομμάτι της ψυχικής υγείας ήταν –και είναι διαχρονικά– το άλγος ολόκληρου του συστήματος υγείας, κατοπτρική εικόνα του τρόπου με τον οποίο το κράτος αντιμετωπίζει τους υπηκόους του. Η δημιουργία του ΕΣΥ στην πραγματικότητα δεν σήμαινε τίποτα για τα κολαστήρια που ήταν σπαρμένα σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της επικράτειας, ενώ οι πρώτες παρεμβάσεις για την –μερική έστω– κατάργηση αυτών των αποθηκών ψυχών ξεκίνησαν μόλις στις αρχές της δεκαετίας του '90. Και σήμερα το ημερολόγιο επιστρέφει με ταχύτητα προς τα πίσω, σε αυτό ακριβώς το μέλλον που η εξουσία με τόση πειθώ υπόσχεται. Συνολικότερα...

κοινωνική ιατρική (ένας μύθος που δεν έγινε πραγματικότητα)

Η οργάνωση των νοσοκομείων στα πλαίσια του ΕΣΥ προϋπέθετε τη συγκρότηση στο εσωτερικό τους σε πέντε κεντρικούς τομείς: παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό, ψυχιατρικό και κοινωνικής ιατρικής.¹² Και, αν όπως είδαμε προηγουμένως, η παροχή ψυχικής υγείας παρέμεινε για πάντα ένας χρόνιος ασθενής στα πλαίσια του συστήματος, η κοινωνική ιατρική ήταν ένα φάντασμα.¹³ Προφανώς η αναφορά στην κοινωνική ιατρική ήταν για ολόκληρο εκείνο το κοινωνικό κομμάτι του συστήματος υγείας το οποίο είναι ζωτικό για την ολοκλήρωσή του. Και το οποίο δεν δημιουργήθηκε ποτέ, καταδικάζοντας το ΕΣΥ να παραμένει μετέωρο και ανερμάτιστο.

Αντίθετα, το ΕΣΥ επικέντρωσε στην ευθεία αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, σπρώχνοντας στο περιθώριο τον ασθενή ως ολότητα και αδιαφορώντας για την έλλειψη ενός συνολικότερου υποστηρικτικού πλαισίου. Μια κατάσταση γενικευμένη σε κάθε έκφανση και λεπτομέρεια του συστήματος, υπαρκτή ακόμη και στα πιο στοιχειώδη –όπως π.χ. την παροχή φυσικοθεραπείας, κινησιοθεραπείας και λογοθεραπείας: μετά το χειρουργείο ή την εντατική, χιλιάδες άνθρωποι θα εγκαταλειφθούν, περιμένοντας καθηλωμένοι επί μήνες να έρθει η σειρά τους στα ελάχιστα κέντρα αποκατάστασης. Και ο σχετικός κατάλογος δεν έχει τελειωμό: ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, με αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια, ημιπληγικοί και παραπληγικοί, θύματα εργατικών ατυχημάτων, τροχαίων και τραυματίες κάθε είδους συνιστούν τεράστιες ομάδες ανθρώπων σε αδήριτη ανάγκη για τους οποίους το σύστημα δεν προβλέπει τίποτα.

Είναι αναμενόμενο ότι όταν απουσιάζουν θεμελιώδη κομμάτια του ιατροτεχνικού σχεδιασμού (όπως οι θεραπευτικές διαδικασίες αποκατάστασης), κάθε τι άλλο είναι μάλλον πολυτέλεια. Έτσι, πχ, ένας ασθενής που πάσχει από καρκίνο συνιστά για τον γιατρό και το σύστημα αποκλειστικά ένα πρόβλημα εκλογής θεραπευτικού σχήματος,

12. Άρθρο 11, παράγραφος 1 του νόμου 1397/83. Κάθε τμήμα υποχρεωτικά υπαγόταν σε κάποιον από τους 5 κεντρικούς τομείς. Μοναδική εξαίρεση τα οδοντιατρικά τμήματα, τα οποία υπάγονται στον χειρουργικό τομέα, όμως αν είναι περισσότερα από ένα σε κάθε νοσοκομείο, μπορούν να συστήσουν αυτοτελή οδοντιατρικό τομέα.

13. Όπως αναφέρεται και στην προηγούμενη υποσημείωση, η αναφορά στον τομέα της κοινωνικής ιατρικής γίνεται στο άρθρο 11 του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ. Όμως εξαντλείται εκεί, παραμένει μια λεκτική διακήρυξη που ούτε περιγράφεται, ούτε ορίζεται, ούτε εξειδικεύεται με οποιονδήποτε τρόπο στη συνέχεια του νομοσχεδίου (το οποίο κατά τα άλλα είναι εξαντλητικό στις ρυθμίσεις που εισάγει σε κάθε πεδίο).

τίποτα απ' όσα ακόμη έχει ζωτική ανάγκη ο άνθρωπος αυτός δεν υπάρχουν: ψυχολογική υποστήριξη για τον ίδιο και τους οικείους του, στήριξη στα προβλήματα εργασίας και επιβίωσης που προκύπτουν, κλπ.¹⁴

Συνολικά ο σχεδιασμός του ΕΣΥ μοιάζει να παραπέμπει σε αρχαϊκές κατηγορίες της δυτικής ιατρικής: στην αντιμετώπιση του σώματος ως μηχανής, της ασθένειας ως (ιατρο)τεχνικού προβλήματος. Τα ζητήματα ψυχικής υγείας, η θεώρηση του ανθρώπου ως ολότητας, ήταν εξαρχής για το ΕΣΥ πεδία αλλότρια και ξένα: δεν είναι τυχαίο ότι ολόκληρος ο τομέας της ψυχικής υγείας εξαιρέθηκε ουσιαστικά από την υλοποίηση του αρχικού σχεδιασμού. Και φυσικά είναι αναμενόμενο ότι όταν το κομμάτι της ψυχικής υγείας ψυχωραγεί, κάθε αναζήτηση για ένα συνολικότερο υποστηρικτικό πλαίσιο κοινωνικής ιατρικής θα είναι μάταιη.

Μια απογουμένη και ψυχρή ιατρική κλήθηκε να αντιμετωπίσει τον πόνο, την αγωνία, τον θάνατο (τα οριακά δηλαδή σημεία πάνω στα οποία κρίνεται σε μεγάλο βαθμό και ένα σύστημα υγείας). Το ΕΣΥ εμπεριείχε δομικά μια αντίληψη εργαλειοποίησης και κατασκευάστηκε ως μια βιομηχανία υγείας –η αποτυχία του ήταν έτσι πλήρης και παταγώδης. Γιατί τελικά δεν μπορεί να υπάρχει σύστημα υγείας παρά μόνο ως τμήμα θεσμισμένων δομών κοινωνικής πρόνοιας –χωρίς αυτές λανθάνει και ως *σύστημα* και ως προς την *υγεία*. Όχι μόνο ο αφετηριακός σχεδιασμός του ΕΣΥ ήταν εξαρχής τραγικά ελλιπής, αλλά συνολικά η δομή του μετέωρη, οργανώνοντας έναν μηχανισμό αντιμετώπισης της άμεσης ανάγκης και ξεχνώντας όλα όσα ακολουθούν...

εξουσία και κρατικές δολοφονίες

Ένα ακόμη σημαντικό δομικό μειονέκτημα του ΕΣΥ ήταν η συμπερίληψή του στο ασφυκτικά γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης του ελληνικού κράτους. Όχι μόνο ήταν υπερβολικά γραφειοκρατικοποιημένο το ίδιο,¹⁵ αλλά όλη η εξουσία συγκεντρώθηκε επιπλέον στην κορυφή της εξουσιαστικής πυραμίδας: δεν αναφερόμαστε στο υπουργείο, αλλά στον υπουργό ειδικά (τυπικό για τη γραφειοκρατία ολόκληρου του

14. **Μια σημαντική (για τον καθένα και την καθεμία) παρατήρηση:** Το μόνο κοινωνικό κομμάτι του νοσοκομείου που παραμένει σε λειτουργία είναι η *κοινωνική υπηρεσία*. Όμως η ύπαρξή της περιορίζεται στα τυπικά: είναι χαρακτηριστικό ότι δεν λειτουργεί στις εφημερίες. Όμως το σημαντικότερο είναι ότι συστηματικά και σκόπιμα αποκρύβεται μια ζωτική πληροφορία από ανθρώπους που την έχουν πραγματικά ανάγκη: ότι όλοι και όλες (τουλάχιστον όσοι και όσες έχουν ελληνική υπηκοότητα) δικαιούνται δωρεάν περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής (με την έκδοση βιβλιάρου απορίας αν δεν υπάρχει άλλη ασφαλιστική κάλυψη). Ποτέ όμως η πληροφορία αυτή δεν θα γίνει γνωστή στους ανθρώπους που εισάγονται σε ένα νοσοκομείο –όχι μόνο η κοινωνική υπηρεσία δεν ασχολείται, αλλά αποκρύπτεται επιπλέον (ή ίσως και να μην είναι γνωστό) από τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και από τη γραμματεία και τον διοικητικό τομέα του νοσοκομείου.

15. Αδυνατώντας να διεκπεραιώσει απλές εργασίες, π.χ. την έκδοση ενός απλού ιατρικού πιστοποιητικού, χωρίς να τις μετατρέψει σε μια αφόρητη οδύσσεια. Επιπλέον εκεί που η γραφειοκρατία του νοσοκομείου θα συναντηθεί με τη γραφειοκρατία των ασφαλιστικών ταμείων ή του υπουργείου, η κατάσταση γίνεται ανεκδιήγητη.

ελληνικού κράτους). Έτσι, καθώς οι υπουργοί (ο καθένας πιο άσχετος, πιο αμοραλιστής ή πιο διεφθαρμένος από τον προηγούμενο), διαδέχονταν ο ένας τον άλλο, παρέδιδαν ουσιαστικά την εξουσία στους συμβούλους τους και έμμεσα σε έναν εσμό συμπερόντων που σε βάθος χρόνου οδήγησε ολόκληρο το σύστημα στην άνευ όρων παράδοσή του στις εταιρίες (πολυεθνικές φαρμάκων και ιατροτεχνικού εξοπλισμού, ιδιωτικά θεραπευτήρια, εργαστήρια και ομίλους υγείας). **Η ιστορία του ΕΣΥ είναι σε μεγάλο βαθμό η ιστορία της άλωσής του από το κεφάλαιο.**

Επιπλέον, διαχρονικά το ίδιο άσχετος και αδιάφορος με την κεφαλή του αποδεικνύεται ολόκληρος ο γραφειοκρατικός μηχανισμός του υπουργείου. Μια πραγματική αυτοκρατορία της ανικανότητας, χωρίς να έχει ποτέ εικόνα της πραγματικής κατάστασης και παντελώς ανίκανη να υλοποιήσει με στοιχειώδη επάρκεια οποιοδήποτε σχεδιασμό για οποιοδήποτε θέμα. Ακόμη και σήμερα –τη στιγμή που όλη αυτή η γραφειοκρατία επιδιώκει να ξεχαρβαλώσει οριστικά ότι είχε απομείνει σε λειτουργία και να παράγει κοινωνική συναίνεση για την επιχειρούμενη κατεδάφιση– η παντελής ανικανότητά της την κάνει απλά διπλά επικίνδυνη. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει –ούτε πρόκειται να υπάρξει– κανένας σχεδιασμός, τα πάντα συνιστούν έξοδα που απλά πρέπει να περιοριστούν σε ένα μπακαλοτέφτερο που παρουσιάζεται ως λογιστική κατάσταση. Απολύτως τίποτα άλλο!

Όμως το σημαντικότερο στοιχείο μιας δομικής κριτικής απέναντι στο ΕΣΥ (άμεσα συνυφασμένο με όσα αναπτύχθηκαν προηγουμένως) είναι οι κρατικές δολοφονίες. **Ο βασικός τρόπος με τον οποίο δολοφονεί το κράτος είναι το σύστημα υγείας:** με την έλλειψη ΜΕΘ,¹⁶ την αναποτελεσματικότητα του ΕΚΑΒ (κρίσιμη στη διακομιδή βαρέως πασχόντων), τις βαθιές ανεπάρκειες σε υποδομές, εξοπλισμό, υλικά, προσωπικό.

Είναι προφανές ότι οι επερχόμενοι μετασχηματισμοί του συστήματος υγείας θα το καταστήσουν ακόμη πιο δολοφονικό. Και αυτό είναι –ανάμεσα στα άλλα– ένα ταξικό ζήτημα. Το ΕΣΥ ήταν εξ αρχής ένα σύστημα ταξικά δομημένο, μια μηχανή ζωής και θανάτου όπου ο πλούτος έπαιζε πάντα τον ρόλο του. Στο μέλλον αυτός ο ρόλος μπορεί να είναι και απόλυτος.

κοινωνικοί μετασχηματισμοί και αποδόμηση του συστήματος υγείας

Ήδη από τη δεκαετία του '80, οι παθογένειες της ελληνικής κοινωνίας θα εισβάλλουν φυσικά και στο νεοδημιουργημένο ΕΣΥ: ο συντεχνιακός συνδικαλισμός, ο ατομικός ανταγωνισμός, τα όνειρα πλουτισμού μιας κοινωνίας που εκείνη την ιστορική στιγμή

16. Έχουν αναφερθεί πολλές φορές περιστατικά όπου για τη νοσηλεία σε ΜΕΘ απαιτείται ολόκληρου κινητοποιήση ενός πλέγματος πελατειακών σχέσεων (υπουργοί, βουλευτές, κρατικοί αξιωματούχοι βρίσκουν εδώ σημαντικό πεδίο εδραίωσης και κοινωνικής νομιμοποίησης του ρουσφετιού), καθώς και η μετατροπή του πόνου σε θέαμα και εμπόρευμα με την καταφυγή απελπισμένων συγγενών στα ΜΜΕ.

νώθει ότι για πρώτη φορά προσεγγίζει την ευρωπαϊκή πραγματικότητα, θα βάλουν έντονα τη σφραγίδα τους και στον χώρο της υγείας.

Το παράδειγμα των πλασματικών εφημεριών είναι χαρακτηριστικό: στις απεργίες για αύξηση του μισθού, το κράτος αντιπροτείνει τη θέσπιση πλασματικού χρόνου εφημερίας που ενσωματώνεται με τη μορφή αποζημίωσης στον μισθό.¹⁷ Μια παρανοϊκή ρύθμιση, τυπική όμως σε όλο τον δημόσιο τομέα (στον οποίο αντί για αυξήσεις δίνονταν επιδόματα), που επέτρεπε οικονομικά την ελάφρυνση του κρατικού προϋπολογισμού από τις αντίστοιχες ασφαλιστικές εισφορές, τις προσαυξήσεις (δώρα Πάσχα, Χριστουγέννων, αδείας) και την καταμέτρηση του πραγματικού εργασιμου χρόνου ως συντάξιμου.

Το εκπληκτικό είναι ότι το κράτος χρησιμοποιεί εκτακτικά στη συνέχεια τις ρυθμίσεις που το ίδιο πρότεινε και επέβαλλε για να επιτεθεί στους εργαζόμενους, οικοδομώντας συστηματικά την εικόνα του τεμπέλη και προνομιούχου δημόσιου υπαλλήλου. Όπως και αντίστοιχα, λοιδορώντας τον συνδικαλισμό στον δημόσιο τομέα και κάθε κατάκτησή του ως προερχόμενη από τον εκβιασμό προνομιούχων τάξεων. Το αποτέλεσμα είναι ότι πέτυχε **όχι απλά να κατασκευάσει μια εικόνα, αλλά να μετατρέψει έμπρακτα τα κοινωνικά υποκείμενα σε αυτή την εικόνα**. Η δεκαετία του '80 είναι εκείνη η περίοδος που οι εργατικοί αγώνες που προηγήθηκαν θα μετατραπούν στην καρικατούρα τους, η περίοδος που η εργατική αλληλεγγύη θα ξεφτίσει στην ιδιώτευση και στη μανιώδη προάσπιση των κατακερματισμένων συμφερόντων –ατομικών ή συντεχνιακών. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο είναι αναμενόμενο ολόκληρο το σύστημα υγείας, το ΕΣΥ ως κοινωνικό περιεχόμενο, να κλυδωνιστεί και να απομακρυνθεί με ταχείς ρυθμούς από την πρωταρχική κοινωνική αποστολή του.

Ουσιαστικά ολόκληρο το σύστημα παραδίδεται γρήγορα στα συμφέροντα (γιατρών, εταιριών) που προϋπήρχαν της συγκρότησης του ΕΣΥ. Αυτό που με τραγικό τρόπο έλειψε ήταν ένα κίνημα αμφισβήτησης και ρήξης μέσα στο χώρο των νοσοκομείων, ισχυρά διασυνδεδεμένο με κινήσεις κοινωνικής αυτοδιεύθυνσης και συλλογικής αυτοοργάνωσης που θα ενσωμάτωναν τα ζητήματα υγείας στην ατζέντα των κοινωνικών αγώνων.

Κάτω από αυτό το πλαίσιο και στην πορεία του χρόνου, όσο το ΕΣΥ δεν στηριζόταν, το έδαφος που δινόταν στον ιδιωτικό τομέα ολοένα μεγάλωνε. Με όλους τους τρόπους.¹⁸

17. Να σημειωθεί ότι οι εφημερίες –πραγματικές ή πλασματικές– δεν θεωρούνται (και δεν αμείβονται) ως υπερωριακός χρόνος απασχόλησης, αλλά με πολύ χειρότερους όρους. Ουσιαστικά το ζήτημα των ατέλειωτων ωρών εργασίας των γιατρών δεν φαίνεται να απασχόλησε ποτέ τους ίδιους, η συνδικαλιστική επικέντρωση ήταν πάντα στο ύψος της αμοιβής. Συνεπάγεται όμως σημαντικές επιπτώσεις τόσο ως προς τη λειτουργία του συστήματος, όσο όμως και ως προς τις ποιότητές του –ανάμεσά τους και για την κοινωνική κατασκευή του γιατρού που πραγματοποιείται εσωτερικά. Περισσότερα για όλα αυτά, στην ενότητα *Η βιομηχανία της υγείας -στιγμιότυπα από το εσωτερικό της μηχανής*.

18. Για την οικονομική επικυριαρχία του ιδιωτικού τομέα, τη διαπλοκή και τα συμφέροντα των εταιριών, βλ. σχετικά την ενότητα *από την οικονομία της υγείας στην υγεία της οικονομίας*.

και τώρα;

Οι αλλαγές που επέρχονται –που ήδη πραγματοποιούνται– είναι σαρωτικές και περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια του κειμένου. Το ζωτικό στοιχείο σε αυτές είναι η ανάδυση μηχανισμών αποκλεισμού από το σύστημα υγείας, η θέση ολόκληρων πληθυσμών σε κατάσταση εξαιρέσεως από θεμελιακά πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα (όπως η υγεία και η ζωή).

Στο στόχαστρο βρίσκονται οι μετανάστες, οι άνεργοι και οι φτωχοί. Δηλαδή:

Ειδικά μέτρα προβλέπονται στα σχέδια εξοικονόμησης πόρων για τους άπορους και τους ανασφάλιστους, οι οποίοι θα εξυπηρετούνται μόνο από τέσσερα νοσοκομεία της Αττικής και δύο της Θεσσαλονίκης.¹⁹

Με δύο λόγια, το *Ρυθμιστικό*, όνειδος του παρελθόντος και ιστορική κατασκευή μιας εποχής που έμοιαζε να έχει περάσει ανεπιστρεπτί, επανέρχεται δριμύτερο. Και αυτή τη φορά, το νοσοκομείο-ΧΥΤΑ δεν θα αφορά τα επείγοντα περιστατικά όπως στο παρελθόν, αλλά εκατοντάδες χιλιάδες –ή μήπως εκατομμύρια;– ανθρώπους. Αν η κρίση σπρώχνει ολόκληρους πληθυσμούς στο περιθώριο, το κράτος έρχεται για να κατοχυρώσει και να κανονικοποιήσει ακριβώς την ύπαρξη του περιθωρίου.

Όμως δεν τελειώσαμε:

Αναμένονται ακόμη οδηγίες προς τα νοσοκομεία και τους γιατρούς προκειμένου να συνταγογραφούνται στους άπορους και τους ανασφάλιστους μόνο γενόσημα φάρμακα.²⁰

Υπάρχουν λοιπόν άλλα φάρμακα για όσους κατορθώνουν να έχουν κάποια ασφαλιστική κάλυψη και άλλα φάρμακα για τους φτωχούς –στους πολίτες β' κατηγορίας αντιστοιχούν και φάρμακα β' κατηγορίας.²¹ Γιατί; Δεν θα ήταν καλύτερα να τους εκτε-

19. «Περικοπές 1,4 δισ. από νοσοκομεία και φάρμακα υποσχέθηκε ο Λοβέρδος», άρθρο της Σοφίας Νέτα στην *Ελευθεροτυπία*, Τετάρτη 17 Νοεμβρίου 2010. [<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=224686>]

20. ό.π.

21. *Γενόσημα*, γενερικά, ουσιασμός όμοια ή αντίγραφα *φαρμάκων* ονομάζονται βασικά φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία έχει λήξει η αποκλειστική άδεια εκμετάλλευσης από τις φαρμακοβιομηχανίες που τα ανακάλυψαν και μπορούν πλέον να αντιγράφονται και να παρασκευάζονται ελεύθερα, χωρίς πατέντες και δικαιώματα χρήσης. Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για φάρμακα ισοδύναμης αποτελεσματικότητας και πολύ πιο φτηνά από τα αντίστοιχα των φαρμακευτικών πολυεθνικών. Όμως ανάμεσά τους εμπεριέχονται και πλειάδα προϊόντων με ανύπαρκτους ποιοτικούς ελέγχους, αμφίβολης αποτελεσματικότητας και σε εξευτελιστικές τιμές. Πολλές φορές οι γιατροί, βλέποντας έμπρακτα τη διαφορά ανάμεσα στο προϊόν της πολυεθνικής και το γενόσημο, επιλέγουν το πρώτο για την ασφάλειά του. Όχι άδικα: την περίοδο 1980-2005 αποσύρθηκαν από τον ΕΟΦ 739 παρτίδες φαρμάκων της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας (αντιστοιχούν σε πολλές χιλιάδες συσκευασίες) στις οποίες εντοπίστηκαν σοβαρά προβλήματα λόγω μικρότερης ποσότητας δραστικής ουσίας από την προβλεπόμενη, ακατάλληλες συνθήκες παραγωγής, έλλειψη πρωτοκόλλων ελέγχων παραγωγής, έλλειψη μικροβιολογικού ελέγχου ή έλλειψη άδειας παραγωγής [βλ. σχετικά και το κατατοπιστικό άρθρο «*Φάρμακα Generika ή ουσιασμός όμοια: διασφαλίζεται η ποιότητά τους στην Ελλάδα;*» του Ι. Στ. Παπα-

λέσουν, να ξεμπερδεύουμε;

Τέλος πάντων, είναι πάρα πολλά. Ας προσπαθήσουμε να τα βάλουμε σε μια σειρά...

δόπουλου στην *Ελευθεροτυπία* της Παρασκευής 14 Ιανουαρίου 2010 (<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=241168>). Προφανώς πρόκειται για σταγόνα στον ωκεανό, καθώς ο ΕΟΦ δεν είναι και ότι ο πιο αξιόπιστος οργανισμός του κόσμου...

Συνολικά θα πρέπει να δούμε τη συγκεκριμένη πολιτική του υπουργείου κάτω από ένα διαφορετικό πρίσμα: ως πολιτική ενεργούς στήριξης της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας (πρόκειται για σημαντικό κλάδο με 9.000 εργαζόμενους και κύκλο εργασιών μεγαλύτερο από 3 δις €). Είναι χαρακτηριστικό ότι με νόμο τα γενερικά φάρμακα έχουν διαφορά τιμής μόλις 20% σε σχέση με τα πρωτότυπα, παρόλο που το κόστος παραγωγής τους μπορεί να είναι συγκριτικά αμελητέο (ενδεικτικά, το γερμανικό σύστημα υγείας προμηθεύεται γενερικά φάρμακα με διαφορά τιμής που φτάνει έως και σχεδόν 90%). Επιπλέον ο κρατικός έλεγχος είναι τυπικός και αστείος: όσοι γιατροί έχουν έχουν έρθει σε επαφή με τις διαδικασίες ελέγχου και αδειοδότησης των γενερικών φαρμάκων στα ελληνικά νοσοκομεία, εκφράζονται με τα χειρότερα λόγια γι' αυτόν. Υπάρχει δηλαδή ένα ολόκληρο σύστημα (δια)νομής εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ σε ελληνικές φαρμακευτικές βιομηχανίες (αλλά φυσικά και στις πολυεθνικές που παράγουν γενερικά) που τελικά κρύβεται πίσω από τις διακηρύξεις του υπουργείου υγείας για εξοικονόμηση πόρων. Από τα σαπάκια του συστήματος στη σαπίλα του...

Στην πραγματικότητα, ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας θα έπρεπε να μπορεί να διασφαλίζει ποιότητα και ασφάλεια σε συνάρτηση με τους δημόσιους πόρους που καταναλώνονται. Θα έπρεπε δηλαδή να διαθέτει δικά του συστήματα καταγραφής, ελέγχου και πιστοποίησης των γενόσημων φαρμάκων ή, ακόμη καλύτερα, να τα παρασκευάζει το ίδιο μέσα από δικές του δομές παραγωγής.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το κράτος αντιλαμβάνεται θαυμάσια τα προβλήματα ασφαλείας, αδιαφορεί για οποιονδήποτε έλεγχο και ενδιαφέρεται μόνο για την εξοικονόμηση πόρων σε όφελος των φαρμακοβιομηχανιών. Και βέβαια σε βάρος της υγείας και της ζωής.

από την κρίση στην κατάρρευση

Φακελάκια, χρηματισμός από φαρμακευτικές εταιρείες, ατέλειωτες ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, ραντεβού μετά από μήνες για τακτικές εξετάσεις, εργαστήρια που δεν λειτουργούν και εξετάσεις που δεν μπορούν να γίνουν, γραφειοκρατία και αδιαφορία· όλα αυτά θα επαναληφθούν ξανά και ξανά ως βιώματα, αφηγήσεις και μια αίσθηση ανημποριάς και απελπισίας για τον καθένα και την καθεμιά από εμάς. Το δημόσιο νοσοκομείο μοιάζει όλο και περισσότερο με σκηνικό μιας ταινίας τρόμου. Και, εντάξει, πρέπει κάποια στιγμή να αρχίσουμε να μιλάμε για εκείνο τον δολοφόνο με το πριόνι...

(από προκήρυξη που μοιράστηκε τον Ιούλη του '10 στα νοσοκομεία με αφορμή την ψήφιση του καινούριου νομοσχεδίου για την υγεία)

Το ΕΣΥ -ότι απέμεινε απ' αυτό- μετατρέπεται με ταχείς ρυθμούς σε ένα σύστημα υπό κατάρρευση. Αν και ο χρηματισμός των γιατρών συνιστά την πιο αναγνωρίσιμη συνθήκη του για τους ασθενείς, αυτή αποτελεί μόνο την πιο ανώδυνη όψη ενός συστήματος σχεδόν καθολικά διεφθαρμένου. Στην κορυφή του συστήματος έχει εγκατασταθεί ένας κεντρικός μηχανισμός με τον οποίο το κράτος οργανώνει θεσμικά τη μεταφορά δισεκατομμυρίων ευρώ στις πολυεθνικές εταιρίες φαρμάκων και ιατροτεχνικού εξοπλισμού. [Και αντίθετα με τις άσφαιρες εξαγγελίες της κυβέρνησης, δεν πρόκειται με κανέναν τρόπο να πληγεί. Αυτό είναι εμφανές, το πάρτι συνεχίζεται!].²²

Κάποια άλλα κομμάτια της εικόνας είναι και αυτά γνωστά: η έλλειψη ακόμη και των πιο βασικών υλικών (π.χ. βαμβάκι, γάζες, γάντια) από τις κλινικές και αναλώσιμων (π.χ. αντιδραστήρια) από τα εργαστήρια, ο ασυντήρητος και χαλασμένος εργαστηριακός εξοπλισμός ή η έλλειψη τεχνικών για να τον χειριστεί, οι δεκάδες χιλιάδες κενές οργανικές θέσεις (νοσηλευτών, γιατρών, τραυματιοφορέων, τεχνικών) και οι πολυήμερες αναμονές ακόμη και για τις πιο απλές εξετάσεις είναι στοιχεία της πραγματικότητας

22. Και ενώ το κράτος παραδινόταν άνευ όρων στις πολυεθνικές, καταγράφουμε για τον ιστορικό του μέλλοντος τις απίστευτες δηλώσεις της τότε υπουργού: «Η κ. Ξενογιαννακοπούλου έκανε λόγο για τεχνητή έλλειψη υλικών στα νοσοκομεία, εξαιτίας του εκβιασμού που ασκούν οι προμηθευτές, οι οποίοι δεν δέχονται τον διακανονισμό των χρεών με την έκπτωση του 19%. «Είναι αδιανόητο να μην δέχονται τη ρύθμιση. Έβγαλαν πολλά χρήματα τα προηγούμενα χρόνια. Ξέρουμε για τις υπερτιμολογήσεις. Θα μπουκάνονες. Εμείς δίνουμε μάχη κάθε μέρα» τόνισε η υπουργός [...] «Το πάρτι στο χώρο της υγείας έχει τελειώσει» υπογράμμισε χαρακτηριστικά η κ. Ξενογιαννακοπούλου». Απόσπασμα από τη δημοσίευση με τίτλο Σε «κώμα» η δημόσια υγεία στην ιστοσελίδα tvxs στις 14 Ιουνίου 2010 [<http://tvxs.gr/node/60212/353733>].

τας που προσλαμβάνει άμεσα όποιος/α χρειαστεί να καταφύγει σε νοσοκομείο. Μια πραγματικότητα στην οποία πρέπει να αθροιστεί το γεγονός ότι ένας ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός εξετάσεων δεν καλύπτεται πλέον από τα ασφαλιστικά ταμεία. Και τίποτα απ' όλα αυτά δεν πρόκειται να αλλάξει, ίσα-ίσα το μόνο που υπόσχεται το μέλλον είναι η επιδείνωσή τους.

ενός εισιτηρίου μύρια έπονται...

Το πιο σημαντικό όμως στην περίοδο που διανύουμε, είναι η άρση του ανοιχτού χαρακτήρα και της καθολικής προσβασιμότητας του συστήματος υγείας και η σταδιακή επιβολή πληρωμής για κάθε ιατρική πράξη και εργαστηριακή εξέταση (με κόστη που σταδιακά θα αυξηθούν σημαντικά και δεν θα καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία).

Καθώς ολόκληρος ο κρατικός σχεδιασμός εξαντλείται στον περιορισμό του κόστους και στην αύξηση των εσόδων, η πρώτη δραστική αλλαγή είναι η θέσπιση εισιτηρίου παντού: στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων είναι πλέον θεσπισμένος κανόνας η είσοδος στον χώρο υγείας να σημαίνει καταρχήν έπαισμα από το ταμείο (όπως ήδη ίσχυε για τα τακτικά πρωινά ιατρεία).²³ Το βήμα που απομένει πλέον για να γίνει το εισιτήριο απαγορευτικό είναι μικρό: στο (κοντινό) μέλλον, το υπουργείο θα επικαλεστεί απλά μια κοστολογική ή αναλογιστική μελέτη.

Από μόνη της η επιβολή εισιτηρίου απέναντι στην έκτακτη ανάγκη σημαίνει την οργάνωση της ιατρικής κάλυψης του πληθυσμού ως οικονομική υπηρεσία. Στο υλικό πεδίο παράγονται σημαντικά συμβολικά περιεχόμενα: η δημόσια και δωρεάν υγεία για όλους –αίτημα και περιεχόμενο των κοινωνικών αγώνων της μεταπολίτευσης– έχει λάβει οριστικά τέλος.

Παρόλο που το εισιτήριο ακούγεται –προς το παρόν– μικρό (της τάξης των 5€), σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί και να αθροίσει αξιόλογα ποσά κάτω από την ανάγκη καθημερινών επισκέψεων (π.χ. για ενέσεις, αλλαγές τραυμάτων ή εγκαύματα). Όμως στους καιρούς της κρίσης ακόμη και το ποσό των 5€ είναι ίσως υπολογίσιμο για κάποια –ολόένα αυξανόμενα– κομμάτια του πληθυσμού: αναμενόμενο σε μια κοινωνία που την τελευταία δεκαετία εξοικειώνεται όλο και περισσότερο με την εικόνα των ηλικιωμένων της να αναζητούν τρόφιμα στα σκουπίδια.

Στην πραγματικότητα, τα κόστη ήδη έχουν γίνει μεγάλα για όσους και όσες δεν έχουν ασφάλιση: το εισιτήριο της εισόδου εξασφαλίζει μόνο μια πρώτη εξέταση από τον γιατρό. Στη συνέχεια κάθε εξέταση έχει το δικό της κοστολόγιο με τιμές που κυμαίνονται από 3 (ακτινογραφία) ως 80€ (αξονική εγκεφάλου) για τις πιο συνηθισμέ-

23. Μοναδική εξαίρεση (ανακοίνωση της τελευταίας στιγμής που καταδεικνύει την απίστευτη προχειρότητα και ανεπάρκεια της γραφειοκρατίας, αλλά και την ποιότητα του ανύπαρκτου σχεδιασμού) φαίνεται ότι θα αποτελέσει η προσέλευση των ασθενών για τη συνταγογράφηση φαρμάκων («χρόνια περιστατικών», όπως αποκαλούνται από το υπουργείο).

νες από αυτές. Κάπως έτσι ήδη τα ταμεία των νοσοκομείων έχουν μετατραπεί αυτή τη στιγμή σε πεδία μάχης από τις φωνές, τις παρακλήσεις και τους καυγάδες όσων δεν έχουν να πληρώσουν.

Και παρόλο που το εισιτήριο και θα αυξηθεί²⁴ και αποτελεί προοίμιο της ξεχωριστής τιμολόγησης για κάθε ιατρική πράξη και έλεγχο που ήδη έχει εισαχθεί στα νοσοκομεία, από μόνο του δεν οδηγεί στη συγκέντρωση κάποιου σημαντικού ποσού χρήματος και θα μπορούσε θαυμάσια να απουσιάζει. Εκτιμούμε ότι η εξουσία πιθανόν και να εστιάζει στην εκπομπή ενός ισχυρού μηνύματος προς την κοινωνία: το δωρεάν στην υγεία τέλειωσε. Επιπλέον μοιάζει στις κεντρικές υπηρεσίες του υπουργείου υγείας να επικρατεί μία αντίληψη που θεωρεί ότι σημαντικά τμήματα του πληθυσμού –ηλικιωμένοι και μετανάστες– επισκέπτονται τα νοσοκομεία χωρίς σοβαρό λόγο. Κάτι που εν μέρει ισχύει, αλλά στην πραγματικότητα υποκρύπτει σημαντικά ζητήματα: καταρχήν στο νοσοκομείο καταφεύγουν μεγάλα κομμάτια του πληθυσμού με προβλήματα που θα έπρεπε να αντιμετωπιστούν από τις –ανύπαρκτες– δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, στους καιρούς της κρίσης πληθαίνουν τα περιστατικά άστεγων που καταφεύγουν στα νοσοκομεία προκειμένου με τη νοσηλεία τους να αντιμετωπίσουν την έλλειψη στέγης και φαγητού²⁵. Έτσι, η επιβολή του ίσως προκύπτει και στο πλαίσιο μιας τέτοιας πολιτικής αναχαίτισης στην πρόσβαση. Αυτή τη στιγμή τα κανονιστικά μέτρα επιστρέφουν με δριμύτητα σε όλους τους χώρους υγείας και η ανοχή του παρελθόντος έχει τερματιστεί: η ανοχή δηλαδή του συστήματος απέναντι στους αποκλεισμένους που το ίδιο δημιουργεί.

εμπόρευμα και αγορά ως δομές υγείας

Το τελευταίο νομοσχέδιο του υπουργείου υγείας (Ιούλιος 2010) στην πραγματικότητα οργανώνει τη θεσμική εκτροπή του αποκλεισμού για μεγάλα κομμάτια του πληθυσμού (αρχικά για τους μετανάστες, αλλά επιπλέον και για τους ανασφάλιστους, τους άνεργους, τους φτωχούς). Κεντρικό στοιχείο του σχεδιασμού, η δημιουργία μιας καινούριας δομής στον χώρο του δημόσιου νοσοκομείου με την θέσπιση των απογευματινών ιατρείων. Και εδώ χρειάζονται κάποιες διευκρινίσεις...

Καταρχήν τα απογευματινά ιατρεία συνιστούν ένα αίτημα της λογικής: ότι ιστορικά συμπυκνώθηκε ως ανάγκη για ολοήμερο νοσοκομείο. Η λειτουργία δηλαδή των

24. Στην πρώτη έκδοση αυτής της μπροσούρας, τον Δεκέμβρη του 2010, γράφαμε αυτές τις αράδες για το εισιτήριο που είχε καθιερωθεί λίγες μόνο μέρες πριν και ήταν 3€. Λιγότερο από ένα μήνα μετά, ήρθε και η αύξηση. Πρόκειται βέβαια για την ενεργοποίηση από τη μεριά του υπουργείου μιας διαδικασίας σταδιακής υλοποίησης των καινούριων πολιτικών για την υγεία (με δύο λόγια, ελέγχου και καταστολής των κοινωνικών αντιδράσεων). Πάντως με αυτούς τους ρυθμούς, σύντομα τα έσοδα από το εισιτήριο θα λύσουν το οικονομικό πρόβλημα της χώρας...

25. Ειδικά τον χειμώνα, ένας μετακινούμενος πληθυσμός αστέγων βρίσκεται κάθε βράδυ στα νοσοκομεία εκείνα που έχουν εφημερία, αναζητώντας ένα ράντσο ή καθίσματα στους διαδρόμους για να βγάλουν τη νύχτα.

μονάδων υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας με ότι αυτό συνεπάγεται: την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού με τακτικά ιατρεία, εξετάσεις, εργαστήρια, χειρουργεία που δεν θα κλείνουν στις 2.30 το μεσημέρι, τη συρρίκνωση ή και κατάργηση της λίστας αναμονής (και επιπλέον της διαφθοράς και των πελατειακών σχέσεων που συνεπάγεται). Βέβαια, ο σχεδιασμός του κράτους είναι εντελώς διαφορετικός, ξένος με τη συλλογιστική του ολοήμερου νοσοκομείου ως κοινωνικό αγαθό, επικεντρωμένος στην παραγωγή εσόδων και κέρδους.

Τα απογευματινά ιατρεία είναι, με έναν περιορισμένο τρόπο, κομμάτι της πραγματικότητας εδώ και χρόνια. Αυτό που δόθηκε, ήταν το δικαίωμα στους επιμελητές και τους διευθυντές των κλινικών να λειτουργήσουν το ιδιωτικό τους ιατρείο μέσα στο νοσοκομείο, προσποριζόμενοι τμήμα των εσόδων. Ήταν εξαρχής μια άθλια συνθήκη, καθώς προϋπόθετε την ιδιωτική πληρωμή των ασθενών (με αντάλλαγμα την επιλογή γιατρού) χωρίς καμία κάλυψη από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα. Επιπλέον βασιζόταν στη νομιμοποίηση μιας συνθήκης διαφθοράς: ένα επιπρόσθετο φακελάκι στον νοσοκομειακό γιατρό εξασφάλιζε προτεραιότητα στα τυχόν αναγκαία χειρουργεία, θεραπείες ή εξετάσεις. Παρόλα αυτά, η εξάπλωση των απογευματινών ιατρείων σε αυτή τους τη μορφή ήταν περιορισμένη, υπήρχαν σε μερικά μόνο νοσοκομεία και για ορισμένες μόνο ειδικότητες. Το (παράνομο²⁶) ιδιωτικό ιατρείο των νοσοκομειακών γιατρών παρέμεινε ακαταμάχητο και η απόπειρα του κράτους να νομιμοποιήσει την αθλιότητά του είχε περιορισμένη επιτυχία.

Πλέον, με το καινούριο νομοσχέδιο επιχειρείται η εισαγωγή του απογευματινού ιατρείου με έναν γενικευμένο τρόπο. Το σχέδιο προβλέπει την καθολική λειτουργία τους σε όλο το φάσμα του νοσοκομείου: όχι μόνο τα τακτικά ιατρεία, αλλά επιπλέον τα εργαστήρια και τα χειρουργεία. Μια πρώτη παρατήρηση: αναγκαστικά απαιτείται η εργασία και των νοσηλευτών, όπως και των τεχνικών, ειδικότητες από τις οποίες λείπουν χιλιάδες θέσεις εργασίας αυτή τη στιγμή απλά και μόνο για τη στοιχειώδη λειτουργία και επιβίωση του συστήματος στην τωρινή του μορφή.

Το σημείο-κλειδί όμως βρίσκεται στο επίπεδο του σχεδιασμού: το υπουργείο προβλέπει εξαρχής στην παραγωγή μιας μηχανής εσόδων και κέρδους για τα δημόσια

26. Όπως είναι αναμενόμενο, οι νοσοκομειακοί γιατροί του ΕΣΥ δεν επιτρέπεται να λειτουργούν ιδιωτικό ιατρείο. Μοναδική εξαίρεση μέχρι πρόσφατα οι πανεπιστημιακοί γιατροί, καθώς κάθε φορά που το κράτος επιχειρούσε να τους απαγορεύσει τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου, χρησιμοποιούσαν τις προσβάσεις τους στην κεντρική εξουσία και απειλούσαν με την έξοδο τους από το ΕΣΥ (όχι μόνο των ίδιων, αλλά και των πανεπιστημιακών κλινικών!). Και παρόλο που το πρόσφατο (Ιούλης 2010) πολυνομοσχέδιο του υπουργείου υγείας για την «αναβάθμιση του εθνικού συστήματος υγείας» τους αφαίρεσε τη δυνατότητα ιδιωτικού ιατρείου, τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές (αρχές 2011) βρίσκεται σε εξέλιξη ένα εκτεταμένο αλισβερίσι ανάμεσα στους πανεπιστημιακούς γιατρούς και την κυβέρνηση προκειμένου να την ξαναποκτήσουν. [Κοιτάζοντας την κρυστάλλινη σφαίρα: από τη μεριά μας, είμαστε σίγουροι ότι θα τα καταφέρουν!] Βλ. ενδεικτικά και το άρθρο «Καλά, ΕΣΥ θα διατηρήσεις το ιδιωτικό ιατρείο σου - Το υπουργείο Υγείας επιτρέπει στους γιατρούς-καθηγητές πανεπιστημίου να ιδιωτεύουν, κατά παρέκκλιση νόμου που ψηφίστηκε πριν από τέσσερις μήνες» της Δ. Ευθυμιάδου στην *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία* της Κυριακής 9 Ιανουαρίου 2011. [<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=239194>]

νοσοκομεία. Τα απογευματινά ιατρεία, χειρουργεία, εργαστήρια αυτονομούνται λειτουργικά και οικονομικά από τα πρωινά τακτικά ιατρεία και τις εφημερίες, αποκτούν δικό τους τιμοκατάλογο υπηρεσιών και επιβάλλουν τη σημαντική²⁷ συμμετοχή των ασθενών. Οι διαχωριστικές ζώνες ανάμεσα στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο συρρικνώνονται δραστικά ή εξαφανίζονται ολοσχερώς.

Ουσιαστικά το δημόσιο νοσοκομείο οργανώνεται σε τρεις διαφορετικές διακριτές ζώνες: τα πρωινά τακτικά ιατρεία, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (εφημερία) και τα απογευματινά ιατρεία που θα λειτουργούν καθαρά με όρους ιδιωτικού τομέα. Όμως είναι αναμενόμενο τα πανάκριβα απογευματινά ιατρεία να συμπαρασύρουν ολόκληρη τη λειτουργία του νοσοκομείου: καθώς υπόσχονται κέρδη τόσο στο κράτος όσο και στους γιατρούς, η πίεση στους ασθενείς να απευθυνθούν σε αυτά θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη. Με όλους τους τρόπους: με την παρότρυνση των γιατρών, με τις εξαντλητικές λίστες αναμονής στα τακτικά ιατρεία της πρωινής ζώνης, τα εργαστήρια και τα χειρουργεία.

Μια σημαντική πολιτική παρατήρηση: η επιτυχία των απογευματινών ιατρείων θεμελιώνεται στη δυσλειτουργία και την απαξίωση του δημόσιου νοσοκομείου, ενώ κινητήρια δύναμη πίσω απ' αυτά είναι η νομιμοποίηση της διαφθοράς των γιατρών.

η εμπορευματοποίηση της σχέσης γιατρού-ασθενή

από το νοσοκομείο ως ιδιωτικό ιατρείο...

Βέβαια, η μετατροπή του δημόσιου νοσοκομείου σε άθροισμα ιδιωτικών ιατρείων, σήμερα απλά νομιμοποιείται και θεσμίζεται. Τα μαγαζάκια υπάρχουν και δουλεύουν εντατικά εδώ και δεκαετίες, μια εικόνα γνωστή στον καθένα και την καθεμία που αναγκάστηκε να έρθει σε επαφή μαζί τους. Όμως σ' αυτήν την εικόνα υπάρχουν σκιές, ζητήματα που είναι ελάχιστα γνωστά και παραμένουν στην αφάνεια, όπως και ένα ολόκληρο πεδίο κριτικής που λείπει.

Ας κάνουμε μια υπόθεση εργασίας: φανταστείτε έναν ιδιώτη γιατρό που συνεργάζεται με ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Αυτός, για κάθε ιατρική πράξη ή εξέταση είναι σε μεγάλο βαθμό υποχρεωμένος να χρησιμοποιήσει τις κάθετες νοσοκομειακές δομές:

27. Εξαρχής οι μηχανές προπαγάνδας και παραγωγής ψέματος μπόκαν σε εφαρμογή: αρχικά, κατά την ψήφιση του νομοσχεδίου, το υπουργείο διακήρυξε την πλήρη κάλυψη των εξόδων από τους ασφαλιστικούς φορείς. Δύο μήνες αργότερα, άφηνε να διαρρέει στα ΜΜΕ η πληροφορία για μια περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών στα έξοδα. Τα τελευταία δημοσιεύματα φαίνεται να προετοιμάζουν το έδαφος για μια συμμετοχή της τάξης του 30% –αν και τελικά το ποσοστό αυτό ίσως αποδειχθεί μετριοπαθές. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το υπουργείο υπόσχεται «σημαντική έκπτωση» για μεγάλο αριθμό εξετάσεων (αν δηλαδή, λογικά, το πρόβλημα υγείας είναι σημαντικό). Το οικονομικό μέτρο σύγκρισης είναι οι τιμοκατάλογοι των ιδιωτικών νοσοκομείων και εργαστηρίων, με στόχο οι ιατρικές πράξεις και οι εξετάσεις να είναι περίπου 20% φτηνότερες από τον ιδιωτικό τομέα. Παρόλα αυτά το νομοσχέδιο επιτρέπει στο υπουργείο να καθορίσει τη συμμετοχή των ασθενών ακόμη και σύνολο της δαπάνης.

χειρουργεία, κλίνες, εργαστήρια, αναλώσιμα, όπως επίσης και τη βοήθεια του προσωπικού (τη γραμματειακή υποστήριξη, τους νοσηλευτές, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων). Στο τελικό ποσό που θα του καταβάλλετε εμπεριέχεται ένα σημαντικό κόστος που αυτός πρέπει με τη σειρά του να αποδώσει στο ιδιωτικό νοσοκομείο.

Στο δημόσιο νοσοκομείο, όλα τα παραπάνω είναι δωρεάν για τον γιατρό του ΕΣΥ. Όχι μόνο έχει την ευχέρεια να εισάγει και να εξυπηρετεί τους πελάτες του, αλλά, καθώς δεν χρειάζεται να τους μετακυλήσει το κόστος, μπορεί να ζητάει μια τεράστια αμοιβή (φακελάκι), η οποία (αφού δεν εμπεριέχει άλλα κόστη), θα είναι για τον ασθενή σημαντικά μικρότερη από τα συνολικά έξοδα που θα συνεπαγόταν η επιλογή ενός ιδιωτικού νοσοκομείου.

Στο τέλος αυτής της διαδικασίας, μιας μηχανής παραγωγής κερδών για τις εταιρίες και τους ιδιώτες και, αντίστοιχα, ελλειμμάτων για το δημόσιο σύστημα υγείας, βγαίνει ο υπουργός υγείας στη Βουλή και κατηγορεί για τα ελλείμματα των νοσοκομείων τους μετανάστες. Τέλειο δεν είναι;

...στις ιστορίες μιας θεσμισμένης παράνοιας

Καθώς το σύστημα εμφανίζει τεράστιες ελλείψεις στις υποδομές του, ακριβώς αυτές οι ελλείψεις εισάγουν ένα ταξικό κριτήριο στη διαχείριση της ζωής και του θανάτου. Το φακελάκι δεν υπάρχει μόνο για την επιλογή γιατρού από τον ασθενή και την εξαγορά της προσοχής του στην εκτέλεση κάθε ιατρικής πράξης πάνω στα αιχμάλωτα σώματα. Χρησιμεύει σε σημαντικό βαθμό και για την εξαγορά προτεραιότητας στις λίστες αναμονής των χειρουργείων, καθώς και κλίνης (αλλά και κάθε είδους ιατρικών εξετάσεων). Είναι χαρακτηριστικό ότι η αναμονή στις λίστες ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας ή θεραπείας με ραδιοϊσότοπα για τους ασθενείς με καρκίνο φτάνει έως και τους 8 μήνες.²⁸

Στη διαχείριση της λίστας, το φακελάκι θα δώσει εκείνο το μαγικό κριτήριο που θα χωρίσει τη ζωή από τον θάνατο: τακτικά περιστατικά με τον κατάλληλο οβολό θα ονομαστούν επείγοντα, αποκτώντας αμέσως προτεραιότητα. Και αντίστροφα, για όλους και όλες εκείνους και εκείνες που δεν έχουν να πληρώσουν, η αγωνία, η αναμονή στον πόνο ή ακόμη και στον κίνδυνο θανάτου θα παραταθεί.

Στη διαχείριση των κλινών, η κρίσιμη στιγμή είναι αυτή της έναρξης της εφημερίας. Η εικόνα είναι πολύ γλαφυρή και αξίζει να την περιγράψουμε: πριν από την έναρξη της εφημερίας περιμένει έξω από το τμήμα επειγόντων περιστατικών ένας συρφετός για τον οποίο όλα είναι ήδη κανονισμένα. Ξεχωρίζουν αμέσως: σε αντίθεση με τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά (ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο έκτακτα χωρίς λεφτά ή βιβλιário υγείας ή με ασθενοφόρο), αυτοί είναι ήδη έτοιμοι.

28. Καμιά φορά το θέμα το ανακαλύπτουν και οι εφημερίδες. Βλ. σχετικά το άρθρο «Καρκινοπαθείς 7 μήνες στην αναμονή για κρεβάτι» του Γ. Κιούση στην *Ελευθεροτυπία*, την Τετάρτη 12 Ιανουαρίου 2011. Αναφέρεται στην έλλειψη κλινών για θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο στους ασθενείς που έκαναν αφαίρεση θυρεοειδούς. Και καθώς η πολύμηνη αναμονή κρίνει αποφασιστικά την εξέλιξη πιθανών μεταστάσεων, πολλοί αναγκάζονται να καταφύγουν σε ιδιωτικές κλινικές με κόστος που εκκινούν από 4.000€ για τρεις μέρες νοσηλείας.

Έχουν μαζί τους τη βαλίτσα με τα ρούχα, λεφτά, βιβλιάριο, ιατρικό φάκελο, πρόθυμους συγγενείς και μια έτοιμη ατάκα: *έρχομαι από τον κ. τάδε* (τον επιμελητή ή τον διευθυντή με τον οποίο έχουν συνεννοηθεί). Αν δε κατά λάθος τύχει να έρθει την ίδια στιγμή ένα πραγματικά επείγον περιστατικό και πάρει προτεραιότητα, κάποιοι απ' αυτούς θα βάλουν και τις φωνές!

Επιμελητές και διευθυντές κλινικών, δηλαδή, θα χρησιμοποιήσουν επανειλημμένα την εφημερία ως αφορμή για να εισάγουν τους προσωπικούς τους πελάτες στις κλινικές που εργάζονται, οι οποίοι και καταλαμβάνουν τελικά σημαντικό ποσοστό από τον ούτως ή άλλως μικρό αριθμό κλινών που διατίθενται για τα επείγοντα περιστατικά. Όπως και στην περίπτωση της λίστας αναμονής, έχουμε και εδώ τακτικά περιστατικά που χαρακτηρίζονται τεχνητά ως επείγοντα· αναμενόμενα οι κλίνες στο τέλος δεν επαρκούν και όσοι/ες έχουν πραγματικά ανάγκη στοιβάζονται σε ράντσο στον διάδρομο. Σε κάποιες περιπτώσεις αναγκάζονται να φύγουν για το σπίτι τους ή μια ιδιωτική κλινική, όχι όμως πριν ο γιατρός τούς βάλει να υπογράψουν ότι *αποχωρούν με δική τους ευθύνη, παρά την αντίθετη σύσταση των ιατρών*.

Όμως εδώ χρειάζεται μια διευκρίνιση: στο ράντσο δεν μπορεί να γίνει περίθαλψη: ασθενείς που χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης (συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων, θερμομέτρηση, κλπ) αλλά και χρήση οξυγόνου, αναρροφήσεων, απλά δεν μπορούν να τα έχουν. Το ράντσο δεν είναι κρεβάτι, χρησιμεύσει αποκλειστικά και μόνο για τη μεταφορά ασθενών και συνιστά το πιο αναγνωρίσιμο στοιχείο μιας έκτακτης κατάστασης: σ' αυτό θα στοιβαχτούν οι τραυματίες μιας φυσικής καταστροφής (όπως πρόσφατα στην Αϊτή) ή ενός πολέμου. Είναι δηλαδή σύμβολο μιας κατάστασης εκτάκτου ανάγκης (στην οποία φαίνεται τελικά να βρίσκονται διαρκώς τα νοσοκομεία), των χώρων υγείας ως πεδίου διεξαγωγής ενός πολέμου με πολλαπλά περιεχόμενα: κοινωνικά, ταξικά, όλα όσα συμπεκνώνουν κάθε πολιτισμό, τη ζωή και τον θάνατο.

Και ο θάνατος δεν αναφέρεται τυχαία. Θυμόμαστε μία συνέλευσή μας, λίγους μήνες πριν, που ξεκίνησε με πολύ μελανό τρόπο: με την αφήγηση για έναν νέο άνθρωπο, τραυματισμένο σε τροχαίο που αφέθηκε επί ώρες σε ένα ράντσο στους διαδρόμους του ΚΑΤ, καθώς οι χειρουργοί είχαν καταλάβει όλα τα χειρουργεία της εφημερίας με τα τακτικά περιστατικά των πελατών τους που είχαν βαφτίσει επείγοντα. Η ιστορία τελειώνει με τον θάνατο του ανθρώπου πάνω στο ράντσο. Και μας σοκαρισμένους, με το αίσθημα της αδυναμίας απέναντι στο σπινάλ της αναλγησίας και του θανάτου.

το εργοστάσιο στην ολοήμερη λειτουργία...

Τα απογευματινά ιατρεία στην τωρινή τους εκδοχή και το νοσοκομείο στην ολοήμερη λειτουργία πρωταρχικά θεσπίστηκαν ως μηχανισμοί συγκέντρωσης χρημάτων. Με μία κίνηση το κράτος εστίασε σε έναν τριπλό στόχο:

- Στην εξοικονόμηση χρημάτων με την εντατική χρήση των διαθέσιμων πόρων (εργαστήρια, χειρουργεία) σε πολύ μεγαλύτερη χρονική βάση. Το ζητούμενο ήταν

να περιοριστούν δραστικά οι ιατρικές πράξεις και εξετάσεις που αναγκάζονται να πληρώσουν οι ασφαλιστικοί φορείς στον ιδιωτικό τομέα, καθώς το περιορισμένο ωράριο λειτουργίας των νοσοκομείων δεν επιτρέπει την κάλυψη των αναγκών.

Πρώτη παρατήρηση: Ένα μεγάλο μέρος του εργαστηριακού εξοπλισμού δεν λειτουργεί γιατί είναι απαρχαιωμένο, ασυντήρητο, λείπουν ανταλλακτικά και αναλώσιμα, όπως και το προσωπικό που απαιτείται (τεχνικοί εργαστηρίων). Ενώ το αυτονόητο απουσιάζει, οι μεγάλες διακηρύξεις περισσεύουν.

- Στην λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου ως οικονομικά ανταγωνιστικού στον ιδιωτικό τομέα. Το σκεπτικό είναι να συμβληθούν με τα δημόσια νοσοκομεία ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, που θα βρίσκουν σε αυτά φτηνότερες υπηρεσίες από τα αντίστοιχα ιδιωτικά θεραπευτήρια και εργαστήρια.

Δεύτερη παρατήρηση: Η μετατροπή των κοινωνικών δομών σε ανταγωνιστικό κομμάτι της ιδιωτικής οικονομίας είναι πρωτόγνωρη. Με την ίδια λογική, θα έπρεπε τα ασφαλιστικά ταμεία (όπως το ΙΚΑ) να πουλάνε ιδιωτικά ασφαλιστήρια ζωής!

Τρίτη παρατήρηση: Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι υπάρχουσες δομές και το προσωπικό δεν επαρκούν με κανέναν τρόπο για τη στοιχειώδη λειτουργία και επιβίωση του συστήματος στην τωρινή του μορφή.

- Στην πληρωμένη παροχή υγείας, τη μερική άρση της ασφαλιστικής κάλυψης, την ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας, τη μεταφορά εξόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία στους ασφαλισμένους και κόσθη δισεκατομμυρίων ευρώ από τον δημόσιο τομέα στην κοινωνία.

Τέταρτη παρατήρηση: Καθώς το σύστημα υγείας καταρρέει, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι ήδη από τις υψηλότερες στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ.²⁹

Επιπρόσθετο στοιχείο του οικονομοτεχνικού σχεδιασμού είναι ότι οι ένα μέρος των εφημεριών των νοσοκομειακών γιατρών θα πληρώνονται από τις εισροές των απογευματινών ιατρείων. Είναι εμφανές ότι οι εργαζόμενοι στην υγεία (όχι μόνο οι γιατροί) παροτρύνονται να λειτουργήσουν τα απογευματινά ιατρεία για να συγκεντρώσουν χρήματα –τόσο για τον εαυτό τους όσο και για το σύστημα. Η αμοιβή συνδέεται πλέον άμεσα με την παραγωγικότητα και η παροχή υγείας αποκτά κεφαλικά χαρακτηριστικά καθώς το ταμείο κόβει εισιτήρια.

Προηγουμένως, ο γιατρός κοίταζε την πάρτη του. Τώρα, καθώς θα πρέπει να παράγει έσοδα και για το σύστημα, θα πιέζεται να υποβάλλει τον ασθενή σε άχρηστες ιατρικές πράξεις και εξετάσεις, όπως ακριβώς συμβαίνει στον ιδιωτικό τομέα. Ακρι-

29. «Είναι ενδεικτικό ότι η συνολική δαπάνη υγείας στη χώρα μας αντιστοιχεί στο 9,6% του ΑΕΠ, όταν ο μέσος όρος 19 ευρωπαϊκών χωρών-μελών του ΟΟΣΑ είναι 8,8%. Η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται στο 5,8% του ΑΕΠ και η ιδιωτική στο 3,8% και στις ευρωπαϊκές χώρες είναι αντίστοιχα 6,6% και 2%.» από το άρθρο της Δ. Ευθυμιάδου στην Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία με τίτλο «Χάθηκαν 50 δισ. μέσα σε 10 χρόνια» στις 20 Ιουνίου 2010. [<http://www.enet.gr/?i=issue.el.home&date=20/06/2010&id=174942>]

βώς δηλαδή η αντίστροφη μεταβολή απ' αυτήν που θα επέλθει στα τακτικά πρωινά ιατρεία και στα επείγοντα, στα οποία η συστημική προσταγή θα κραυγάζει για περιορισμό του κόστους. Και επιπλέον, έμμεσα και άμεσα, οι ασθενείς θα σπρώχνονται από τα τακτικά και τα επείγοντα στα απογευματινά ιατρεία. Με όλες τις δικαιολογίες του κόσμου...

...και η επέκτασή του

Η εντατικοποίηση της εργασίας, η πρόσδεσή της με την κεφαλική απόδοση και παραγωγικότητα, η επιβολή μιας οικονομετρίας της υγείας και η επίκληση της «ανταποδοτικότητας» του συστήματος, όλα είναι λέξεις και νοήματα που προέρχονται από τη γλώσσα της οικονομίας. Όμως για να ολοκληρωθεί το νοσοκομείο ως εργοστάσιο, για να μετατραπεί εξολοκλήρου σε μία οικονομική μονάδα παραγωγής, η οικονομική προσταγή θα πρέπει να επεκταθεί σε κάθε κλίμακα της υγειονομικής δομής.

Δεν είναι έτσι τυχαίο ότι οι ανακοινώσεις για το κλείσιμο «περιττών» νοσοκομείων είναι στην ημερήσια διάταξη –μετρήθηκαν και βρέθηκαν λειψά:

Η αντίστροφη μέτρηση για τη συγχώνευση και ενοποίηση κάποιων νοσοκομειακών μονάδων για την εξοικονόμηση πόρων στο σύστημα υγείας έχει ήδη ξεκινήσει. Μπορεί ο Ανδρέας Λοβέρδος να διαβεβαιώνει ότι καμιά αλλαγή δεν θα γίνει μέχρι τον Απρίλιο, οπότε θα έχει ολοκληρωθεί ο υγειονομικός χάρτης της χώρας, ωστόσο το πλάνο των περικοπών έχει ήδη καταρτιστεί.

Τις τελευταίες ημέρες πραγματοποιούνται στο υπουργείο υγείας αλλεπάλληλες συσκέψεις με υψηλόβαθμα στελέχη του χώρου της υγείας. Πρόκειται κυρίως για ειδικούς επιστήμονες που εισηγούνται στην ηγεσία του υπουργείου ποιες μονάδες πρέπει είτε να κλείσουν τελείως είτε να συγχωνευτούν με άλλες κοντινές για λόγους οικονομίας.³⁰

Και φυσικά ο «εξορθολογισμός» οφείλει να παράγει ένα ολόκληρο σύστημα δικαιολογιών και αιτιολογήσεων προκειμένου να γίνει έστω και στοιχειωδώς κοινωνικά αποδεκτός. Ο λόγος για τον υγειονομικό χάρτη...

κατασκευάζοντας υγειονομικούς χάρτες...

Ένας υγειονομικός χάρτης καταγράφει νοσηρότητα, θνητότητα, επίπτωση,³¹ κατηγορίες περιστατικών και νοσημάτων και αιτιολόγησή τους με λεπτομέρεια και για κάθε περιοχή ξεχωριστά. Συνιστά ανεκτίμητο εργαλείο για τον προσδιορισμό των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας και τη μεθόδευση της κάλυψής τους. Π.χ. ένας υγειονομικός χάρτης για την Ελλάδα πιθανόν να έδειχνε τέτοια σωρεία περιστατικών καρ-

30. «ΕΣΥ: αλλάζει άρδην ο υγειονομικός χάρτης - Έτοιμες οι πρώτες συγχωνεύσεις», άρθρο της Δήμητρας Ευθυμιάδου στην *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία*, την Κυριακή 28 Νοεμβρίου 2010. [<http://www.enet.gr/?i=issue.el.home&date=28/11/2010&id=228300>]

31. Η λέξη από τη γλώσσα της ιατρικής: το ποσοστό εμφάνισης ενός νοσήματος σε έναν πληθυσμό.

κίνου στις αγροτικές περιοχές (ας είναι καλά τα φυτοφάρμακα!)³² που να έκανε φανερή την ανάγκη ενίσχυσης και πολλαπλασιασμού των ογκολογικών κλινικών ή τη δημιουργία αυτοτελών αντικαρκινικών νοσοκομείων στην επαρχία. [Στην πραγματικότητα, ένας υγειονομικός χάρτης θα αποκάλυπτε με τον πιο διαφανή τρόπο τον βαθμό στον οποίο υστερούν οι υποδομές από τις ανάγκες.]

Όμως όταν το υπουργείο ανακοινώνει υγειονομικό χάρτη εννοεί ότι θέλει να δει ποιες μονάδες θα κλείσει –όχι πόσες χρειάζεται να ανοίξει. Και βέβαια δεν εννοεί υγειονομικό χάρτη. Γιατί φυσικά αυτός δεν φτιάχνεται σε 4 μήνες, καθώς ουσιαστικά αποτελεί την επιτομή των εργαλείων υγειονομικού σχεδιασμού και προϋποθέτει ένα επίπεδο οργανωτικότητας που ποτέ δεν υπήρξε στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Αυτή τη στιγμή οι εντεταλμένοι τεχνοκράτες του υπουργείου προσπαθούν να εντοπίσουν κάθε διαθέσιμη στατιστική πληροφορία προκειμένου να εφεύρουν έναν υγειονομικό χάρτη. Όμως καθώς δεν υπάρχουν –ποτέ δεν υπήρξαν– αξιόπιστα συστήματα καταγραφής και ελέγχου (επιδημιολογικά στοιχεία), η κατασκευή ενός υγειονομικού χάρτη είναι απλά αδύνατη. Και οι σχετικές ανακοινώσεις του υπουργείου, μάλλον ανήκουν σε μια άλλη κατηγορία επιστήμης: αυτής που οργανώνει και διαχειρίζεται τεχνολογίες ελέγχου του πληθυσμού, επιχειρώντας να κατασκευάσει με επιστημονικοφανείς επικλήσεις κοινωνική συναίνεση.

Γιατί φυσικά την άνοιξη άχρηστοι καρεκλοκένταυροι θα επικαλούνται άσχετους επιστήμονες για να αιτιολογήσουν το κλείσιμο μονάδων υγείας. Μια διαδικασία που ήδη έχει ξεκινήσει με τη «συγχώνευση» νοσοκομείων –μια επίκληση που προσπαθεί να καμουφλάρει τη σταδιακή κατάργηση ολόκληρων κλινικών στα νοσοκομεία που πραγματοποιείται αυτή τη στιγμή.

Blitzkrieg: από τον κατακερματισμό των αντιστάσεων στην κατασκευή κοινωνικής συναίνεσης

Αν οι πολιτικές της εξουσίας στον τομέα της υγείας γυρνάνε 3 δεκαετίες πίσω, οι αντίστοιχες στον τομέα της επικοινωνίας εμπνέονται σαφώς από τις τακτικές του β' παγκοσμίου πολέμου. Η κοινωνία –ως ζωντανή οντότητα, ιστορική διαδρομή των κοινωνικών αντιστάσεων, εγγεγραμμένη μνήμη αλληλεγγύης– υπόκειται σε *κεραυνοβόλο πόλεμο*.³³ Η επιβολή μιας κατάστασης κοινωνικού σοκ στους καιρούς της κρίσης αποτελεί τυπική τακτική του ΔΝΤ στις χώρες απ' όπου πέρασε. Η εξουσία επιδιώκει την κατασκευή αιχμάλωτων πληθυσμών που θα αφεθούν άβουλοι στην προέλα-

32. Στο σημείο αυτό είναι ορατή και η συστημική αναπηρία της καθεστωτικής αντίληψης για την υγεία: η καθολική μόλυνση του περιβάλλοντος με χημικούς και τοξικούς παράγοντες είναι απόλυτα επιτρεπτή (ακόμη περισσότερο, επιδιωκόμενη στα πλαίσια της παραγωγής καπιταλιστικής υπεραξίας) και το σύστημα προσανατολίζεται εκ των υστέρων στην κάλυψη των υγειονομικών επιπτώσεων πάνω στα σώματα και τους πληθυσμούς.

33. *Blitzkrieg*: στρατιωτική τακτική των ναζι βασισμένη στις αιφνιδιαστικές επιθέσεις, στην ταχύτατη προώθηση δυνάμεων και στην ακαριαία διεύρυνση του μετώπου του πολέμου.

ση της καπιταλιστικής αναδιάρθρωσης. Σε μεγάλο βαθμό πρόκειται για έναν πόλεμο νοημάτων.

Και είναι αδυσώπητος. Ένας πόλεμος που περιλαμβάνει τα πάντα: την επίκληση ψευδών δεδομένων,³⁴ συκοφάντηση,³⁵ ανεκπλήρωτες υποσχέσεις, προσεγγμένο βηματισμό (καθώς τα σχέδια είναι συνολικά αλλά οι αλλαγές σταδιακές ώστε να αποφευχθεί η κοινωνική έκρηξη), αλλά και την περιγραφή των κοινωνικών αγώνων ως αναχρονισμό και των επερχόμενων αλλαγών ως πρόοδο.

Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε βήμα είναι σημαντικό ακριβώς γιατί είναι αμετάκλητο: η κοινωνία είναι δυνατόν να εθιστεί στις απώλειες –όσες συσσωρεύτηκαν στο παρελθόν και όσες επέρχονται στο μέλλον– και να παραμείνει αδρανής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν δύο σημαντικοί τομείς που έχουν παραδοθεί, δεκαετίες τώρα, σχεδόν αποκλειστικά στο ιδιωτικό σύστημα υγείας: η οδοντιατρική και η μαιευτική. Και τα παραδείγματα έχουν τη χρησιμότητά τους, ακριβώς γιατί καταδεικνύουν με τον πιο έμπρακτο τρόπο τη συνολική εικόνα.

Και ξεκινώντας από την οδοντιατρική: πότε και πού νοήθηκε δημόσιο σύστημα υγείας που να αφήνει ουσιαστικά χωρίς κάλυψη ένα ζήτημα υγείας που αφορά καθολικά τον πληθυσμό σε κάθε ηλικιακή ομάδα; Όμως αυτό ακριβώς συμβαίνει με την οδοντιατρική περιθαλψη: ελάχιστες δημόσιες υποδομές και ανύπαρκτη ασφαλιστική κάλυψη από τα ταμεία³⁶ με αποτέλεσμα τα πάντα να χάνονται στη μαύρη τρύπα που περιγράφεται ως *ιδιωτική δαπάνη υγείας*. Δεν είναι τυχαίο, ούτε σημείο των καιρών, ότι χιλιάδες βορειοελλαδίτες συρρέουν στη Βουλγαρία προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το κόστος των οδοντιατρικών εργασιών.³⁷

Εκεί βέβαια που τα πράγματα γίνονται τραγικά, είναι στην κυοφορία και τη γέννα.

34. Σε όλα τα επίπεδα· η επίκληση υγειονομικού χάρτη που αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα συνιστά ένα μόνο παράδειγμα. Στο κεφάλαιο από την οικονομία της υγείας στην υγεία της οικονομίας θα ξαναδούμε ακριβώς την ίδια λειτουργία της προπαγανδιστικής μηχανής σε αρκετά πεδία.

35. Οι μετανάστες συνιστούν την πιο χαρακτηριστική περίπτωση, καθώς το υπουργείο τους φορτώνει ένα σημαντικό μέρος των ελλειμμάτων των νοσοκομείων. Σε επόμενο κεφάλαιο, θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά στο γεγονός αυτό.

36. Το παράδειγμα του ΙΚΑ είναι χαρακτηριστικό: εκατομμύρια εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους μπορούν να πραγματοποιήσουν οδοντιατρικές εργασίες μόνο στα ιατρεία του ΙΚΑ (στην περίπτωση που επιλέξουν ιδιωτικό οδοντιατρείο, το ταμείο δεν τους καταβάλλει τίποτα). Όμως η επιλογή του ΙΚΑ για οδοντιατρική περιθαλψη συνεπάγεται πολύμηνες αναμονές αλλά και πολύ χαμηλή ποιότητα εργασιών, καθώς κάθε γιατρός είναι υποχρεωμένος να δει 20 και παραπάνω ασθενείς μέσα σε 6 ώρες (πόσους απ' αυτούς τους παραπέμπει στο ιδιωτικό του ιατρείο;). Δεν πρόκειται για την αδυναμία του συστήματος, αλλά για την κουτοπονηριά του: φυσικά το ταμείο γνωρίζει την έκταση των υποδομών που απαιτούνται για την οδοντιατρική περιθαλψη εκατομμυρίων ασφαλισμένων. Όμως επιλέγει (όχι μόνο για την οδοντιατρική, αλλά και σε πολλούς ακόμη τομείς περιθαλψης) την έξοδο των ασφαλισμένων από το σύστημα κάλυψης [κάτι που με τη σειρά του θα συνεισφέρει στην ευκολότερη παράδοση του εργαζόμενου στην εισφοροδιαφυγή και τη γενικευμένη επισφάλεια που επιβάλλουν τα αφεντικά].

37. Υπάρχει πληθώρα σχετικών δημοσιευμάτων. Ενδεικτικά, βλ. το άρθρο «Θεσσαλονίκη: «Αποδημούν» για τα... δόντια τους - Εξαιτίας της κακής ασφαλιστικής κάλυψης» στην *Καθημερινή* στις 14 Σεπτεμβρίου 2010.

Πάνω στις ελλείψεις και την ανυποληψία του δημόσιου συστήματος γιγαντώθηκε εδώ και δεκαετίες μια ολόκληρη βιομηχανία ιδιωτικών μαιευτηρίων, με τεράστια κερδοφορία που επέτρεψε σταδιακά στη μετεξέλιξή τους σε μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους υγείας. Το σημείο κατάρρευσης του δημόσιου συστήματος υγείας σ' αυτόν τον τομέα είναι πολλαπλό. Καταλυτικό ρόλο παίζει η αδυναμία του να ανταποκριθεί στην εύλογη απαίτηση κάθε γυναίκας για προσωπικό γυναικολόγο. Όμως στον προηγούμενο παράγοντα θα προστεθεί επίσης η εκτεταμένη διαφθορά των γιατρών του δημόσιου τομέα,³⁸ όπως και η απουσία στοιχειωδών ξενοδοχειακών υποδομών (που τελικά παρέχουν τα ιδιωτικά μαιευτήρια, οργανώνοντας το ξενοδοχειακό κομμάτι του νοσοκομείου σε εκθαμβωτική εικόνα, καθώς είναι το κύριο προϊόν που έχουν να πουλήσουν).

Το ζήτημα στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν είναι μόνο η αφαίμαξη του οικογενειακού προϋπολογισμού και τα γιγαντιαία εταιρικά κέρδη. Προκύπτει επιπρόσθετα και ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς ο καπιταλιστικός αμοραλισμός συσσωρεύει άχρηστες ιατρικές εξετάσεις, πουλάει φύκια για μεταξωτές κορδέλες (όπως οι τράπεζες βλαστοκυττάρων),³⁹ αλλά και είναι πολύ επιθετικά επεμβατικός

38. Τελικά πληρώνεις αδρά είτε καταφύγεις στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, καθώς οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι που εργάζονται στο ΕΣΥ λειτουργούν σχεδόν στο σύνολό τους ως ιδιώτες, έχοντας ταυτόχρονα τόσο ιδιωτικό ιατρείο όσο και συνεργασία με μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια. Και φυσικά θα χρησιμοποιήσουν όλες τις υποδομές του δημόσιου νοσοκομείου για τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ θα στείλουν την έγκυο στο ιδιωτικό μαιευτήριο με το οποίο συνεργάζονται για τη γέννα.

39. Η φύλαξη βλαστοκυττάρων για μελλοντική χρήση από τον ίδιο δότη (για αυτόλογη μεταμόσχευση, όπως αποκαλείται) είναι πρακτικά άχρηστη. Πολύ συνοπτικά –γιατί το ζήτημα είναι τεράστιο– οποιαδήποτε ιδιοπαθής ασθένεια θα επανεμφανιζόταν αμέσως μετά τη μεταμόσχευση, καθώς τα γονίδια που την προκάλεσαν εμπεριέχονται στο μόσχευμα. Η μόνη ένδειξη για την οποία θα χρειαζόταν το αυτόλογο ομφάλιο αίμα του παιδιού είναι μία σπάνια ασθένεια, η ιδιοπαθής απλαστική αναιμία (με συχνότητα από 1 στις 30.000 έως 1 στις 130.000 περιπτώσεις ανάλογα με τον πληθυσμό).

Εκεί όμως που η λήψη βλαστοκυττάρων είναι πραγματικά πολύ χρήσιμη είναι στην αλλογενή μεταμόσχευση (με μόσχευμα από διαφορετικό δότη), όμως μόνο οι δημόσιες τράπεζες βλαστοκυττάρων την εξυπηρετούν. Στις ιδιωτικές τράπεζες, το παιδί έχει πρόσβαση μόνο στο δικό του –άχρηστο ουσιαστικά για το ίδιο– υλικό. Όπως αναφέρει ο *Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων*: «Αξίζει να σημειωθεί ότι καμία από τις μέχρι σήμερα φυλασσόμενες μονάδες ομφαλοπλακουντιακού αίματος για αυτόλογη χρήση δεν έχει στην πράξη χρησιμοποιηθεί».

Και αυτό ενώ στην Ελλάδα υπάρχουν 21 ιδιωτικές τράπεζες βλαστοκυττάρων (αριθμός που φέρνει τη χώρα στην πρώτη θέση στον κόσμο αναφορικά με τον πληθυσμό της), οι οποίες συγκεντρώνουν περισσότερα από 100.000 μονάδες. Στον αντίποδα, η *Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος* της Ακαδημίας Αθηνών διαθέτει 2.200 μονάδες που προέρχονται από δωρεές γονέων για καθολική δημόσια χρήση. Σύμφωνα με μελέτη που διενήργησε το ΑΠΘ για λογαριασμό της *Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας*, αν στη δημόσια δεξαμενή της χώρας συγκεντρωθούν 10.000 μονάδες, προσεκτικά επιλεγμένες ώστε να περιλαμβάνουν όλα τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας του ελληνικού πληθυσμού, τότε θα καλυφθούν οι ανάγκες μεταμόσχευσης σχεδόν όλων των ελλήνων της επικράτειας και της διασποράς.

Στην πράξη, τα μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια έχουν δημιουργήσει τις δικές τους ιδιωτικές τράπεζες, κερδίζοντας εκατομμύρια ευρώ από τη σκόπιμη και συνειδητή εξαπάτηση των γονέων. Είναι χαρά-

στην κατεύθυνση μεγιστοποίησης των κερδών. Κάπως έτσι, οι μισές γυναίκες στην Ελλάδα γεννάνε με καισαρική (ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ποσοστό δεν πρέπει να ξεπερνά το 15%).⁴⁰

Αν θέλουμε λοιπόν να φανταστούμε το μέλλον, αρκεί γραμμικά να προεκτείνουμε την πραγματικότητα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της μαιευτικής σε όλο το φάσμα του συστήματος υγείας. Το χειρότερο δεν είναι οι ελλείψεις και η κατάρρευση της δημόσιας κάλυψης, αλλά η αποδοχή τους ως αυτονόητες από την κοινωνία.

από τις δομές απεξάρτησης στην κοινωνική νάρκωση

Σε μια επομένη προσούρα [coming soon to a theater near you]

Κοινωνική κρίση και έξαρση της τοξικοεξάρτησης | Η επένδυση του κράτους στην αντιαπαγορευτική πολιτική | Η διασύνδεση της κρατικής εξουσίας με το εμπόριο ναρκωτικών | Κρατική καταστολή και κατοχή του κέντρου της πόλης από τον αστυνομικό στρατό | Η κατάρρευση των δομών απεξάρτησης | Η εισβολή του κεφαλαίου και των ΜΚΟ στις δομές απεξάρτησης | Τα εγκλήματα της ιδιωτικής ψυχιατρικής

κτηριστικό ότι στη γαλλία απαγορεύεται η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών τραπεζών και υπάρχει μόνο μια μεγάλη δημόσια τράπεζα υλικού.

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι οι ιδιωτικές τράπεζες βλαστοκυττάρων κατηγορούνται για διαδικασίες λανθασμένης λήψης και πλημμελούς φύλαξης του γενετικού υλικού. Το ζήτημα είναι βέβαια δευτερεύον, καθώς, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, σε κανέναν δεν θα χρειαστεί να διαπιστώσει την ποιότητα του φυλασσόμενου γενετικού υλικού.

Για περισσότερες πληροφορίες, πολύ κατατοπιστικό είναι το άρθρο της Γ. Ανάγνου «Βλαστοκύτταρα - Πολύτιμα! Για ποια παιδιά; Το δικό μου ή το δικό σου;» στο Έψιλον της Κυριακάτικης Ελευθεροτυπίας την Κυριακή 27 Ιούνη 2010 [<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=177087>], όπως και το ντοκιμαντέρ «Το πολύτιμο κύτταρο» του Εξάντα πάνω στο οποίο βασίστηκε [<http://exandas.ert.gr/el/kentriko-eksantas/featured-documentaries/to-polytimo-kyttaro>]. Βλ. επίσης την έκθεση «Χρησιμότητα αποθήκευσης μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος για μεταμόσχευση» του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων [http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=6&e_article_id=59] και τις θέσεις της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας [<http://www.eae.gr/new/trapezes-o-m.asp>].

40. Στα συγκεντρωτικά δεδομένα από ένα μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας, από τις γυναίκες που έκαναν καισαρική (53% του συνόλου), το 65% είχε ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Τα γεγονότα μιλάνε από μόνα τους. Βλ. σχετικά την έκθεση «Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θλασμού» (σελ. 12 και 30) του Ινστιτούτου υγείας του παιδιού. [<http://www.ich.gr>].

από την οικονομία της υγείας στην υγεία της οικονομίας

πρότυπα καταστροφής

Από τις αρχές της δεκαετίας του '90, η πραγματικότητα του συστήματος υγείας και ασφάλισης στις ΗΠΑ κατέστη πρότυπο για εξαγωγή. Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης, οι πολυεθνικές φαρμάκου, ιατροτεχνικού εξοπλισμού, αλλά και οι μεγάλοι ασφαλιστικοί όμιλοι ανακάλυψαν ένα καινούριο ελντοράντο στην απορρύθμιση των κρατικών συστημάτων πρόνοιας. Με πολύ επιθετικό τρόπο τα συστήματα ασφαλιστικής κάλυψης ολόκληρων χωρών διασυνδέθηκαν με τις χρηματαγορές και μετατράπηκαν σε ανταποδοτικά (ένας ευφημισμός για τον περίφημο τέταρτο πυλώνα της ασφαλιστικής κάλυψης που σημαίνει την ιδιωτικοποίησή τους). Αντίστοιχα, η καραμέλα του νεοφιλελεύθερου λεξιλογίου για την ανταποδοτικότητα του συστήματος υγείας, σήμαινε την αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας ως μηχανές παραγωγής κεφαλαίου. Αυτό που εξαπολύθηκε ήταν σαφώς ένας παγκόσμιος πόλεμος (και με αριθμούς θυμάτων αντάξιους ενός παγκόσμιου πολέμου).

Καθώς σήμερα, στον αστερισμό της κρίσης, δομικά στοιχεία –και ιδιαίτερα ο πυρήνας της αντίληψης– του αμερικάνικου συστήματος επιχειρείται να εισαχθούν στο ελληνικό σύστημα υγείας και πρόνοιας, οφείλουμε να αποτιμήσουμε την έκταση της επικείμενης καταστροφής. Σε αυτή τη βάση, οι στατιστικές του συστήματος υγείας των ΗΠΑ είναι μάλλον ο ασφαλέστερος δείκτης για την εξαγωγή των κατάλληλων συμπερασμάτων. Και προσωρινά δεν πειράζει να δανειστούμε μια λέξη από το λεξιλόγιο του αντιπάλου: την αποτελεσματικότητα.

Έτσι, σε μια στατιστική του τρόμου, το 2009 υπήρχαν στις ΗΠΑ 50,7 εκατομμύρια ανασφάλιστοι –16,7% του πληθυσμού.⁴¹ Κάτι που συνεπαγόταν 44.800 θανάτους το χρόνο εξαιτίας της έλλειψης ασφάλισης.⁴² Επιπλέον 83 εκατομμύρια –27,8% του πληθυσμού– είχαν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και περίθαλψης χάρη στα κρατικά προγράμματα αρωγής. Φυσικά, τα συγκεκριμένα νούμερα διαφοροποιούνται έντονα ανάλογα με τη φυλετική καταγωγή (οι μαύροι και οι ισπανόφωνοι είναι σε πολύ δυσχερέστερη θέση από τους λευκούς).

Η ιδιαιτερότητα του αμερικάνικου συστήματος είναι η ασφάλιση δεν είναι καθολική, υποχρεωτική ή δημόσια, αλλά συνομολογείται ως τμήμα της αμοιβής ανάμεσα

41. Στοιχεία για το 2009 από το US Census Bureau.

42. Μελέτη από το Χάρβαρντ για το 2009, η οποία δημοσιεύτηκε στο *American Journal of Public Health*.

στον εργαζόμενο και στον εργοδότη. Το αποτέλεσμα είναι όχι μόνο μια γενικευμένη επισφάλεια για τον εργαζόμενο και γιγαντιαία κέρδη για τις εταιρίες, αλλά επιπλέον η έγερση μηχανισμών δευτερογενούς αποκλεισμού (πέρα απ' αυτόν που πραγματοποιείται από το εισόδημα). Είναι χαρακτηριστικό ότι από την πολιτική άρνησης εκπλήρωσης των ασφαλιστικών συμβολαίων και αμφισβήτησης των όρων τους (ιδιαίτερα διαδεδομένη από την πλευρά των εταιριών και γνωστή ως *denial management*), υπολογίζεται ότι οι εταιρίες εξοικονομούν πάνω από 20 δις \$ ετησίως. Όμως όχι μόνο το 30% των απαιτήσεων των ασφαλισμένων αρχικά απορρίπτονται, αλλά επιπλέον οι εταιρίες εξασφαλίζουν κέρδος ασφαρίζοντας μόνο υγιείς και απορρίπτοντας οποιονδήποτε άλλο με τη δικαιολογία της "προϋπάρχουσας κατάστασης". Το χειρότερο απέναντι σε αυτή την κατάσταση είναι ότι ο εργαζόμενος δεν έχει την δυνατότητα επιλογής ενός δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος αντί για τη δυναστεία του ιδιωτικού.

Παρόλα αυτά, μια τεράστιας έκτασης κακοδιαχείριση, που περιλαμβάνει υπερβολικά διαχειριστικά έξοδα, λόμπινγκ και δημόσιες σχέσεις, κόσμη μάρκετινγκ, αλλά και την παροχή μυθικών μισθών και bonus στην νομενκλατούρα των εταιριών, καταχράται το 25% των συνολικών δαπανών υγείας στις ΗΠΑ! Ως αποτέλεσμα, ο ασφαλιστικός κλάδος είναι τα τελευταία χρόνια ζημιογόνος, αποδεικνύοντας έμπρακτα ότι οποιαδήποτε επίκληση της κακοδιαχείρισης του δημόσιου τομέα ωχριά μπροστά στα κατορθώματα του ιδιωτικού κεφαλαίου. Ακόμα και (ή μάλλον ιδιαίτερα) στη Μέκκα του καπιταλισμού.

Αντίστοιχα, σε ένα καθεστώς που ελέγχεται μονοπωλιακά από τις ασφαλιστικές εταιρίες, ο τομέας της υγείας, είναι καθολικά εγκλιβωτισμένος στους γιγαντιαίους ομίλους των ασφαλιστικών και ιδιωτικός. Το αποτέλεσμα είναι ότι συνολικά το σύστημα των ΗΠΑ εκδηλώνει μια απίστευτη νοσηρότητα: ενώ είναι δεύτερο στον κόσμο σε ποσοστό δαπάνης ως προς το ΑΕΠ,⁴³ είναι 37ο στην παγκόσμια κατάταξη ως προς τις παροχές υγείας και τα αποτελέσματά του.⁴⁴ Με δύο λόγια, είναι, ακόμη και οικονομικά, το λιγότερο αποδοτικό σύστημα υγείας στον κόσμο. Για σύγκριση (και με τα φληναφήματα του ελληνικού υπουργείου υγείας), το ελληνικό σύστημα υγείας είναι 17ο ως προς τις δαπάνες του ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά 14ο ως την αποτελεσματικότητά του.

Κλείνοντας, βρισκόμαστε έτσι αντιμέτωποι με τα παραμύθια της εξουσίας. Όπως δείχνει η ιστορία των ΗΠΑ, η εισαγωγή ενός ισχυρού ιδιωτικού πυλώνα στο δημόσιο σύστημα υγείας, η επανακατεύθυνση των δομών στην παραγωγή κέρδους, η μεγέθυνση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, ο εναγκαλισμός με τις ασφαλιστικές εταιρίες, ο αποκλεισμός ολόκληρων κομματιών του πληθυσμού από την πρόσβαση σε δομές πρόνοιας συνιστούν έναν σίγουρο δρόμο προς την καταστροφή. Μοναδικό μέσο στον ανεπτυγμένο κόσμο, το αμερικάνικο σύστημα υγείας, εξαρτημένο από 1.200 ιδι-

43. Στοιχεία για την περίοδο 2000-2005 από τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας*. http://www.photius.com/rankings/total_health_expenditure_as_percent_of_gdp_2000_to_2005.html]. Να σημειωθεί ότι τυπικά πρώτες στη σχετική κατάταξη ως προς τις δαπάνες υγείας είναι οι νήσοι Μάρσαλ.

44. Από την τελευταία σχετική έκθεση κατάταξης του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* το 2000 [<http://www.photius.com/rankings/healthranks.html>].

ωτικές εταιρίες ασφάλισης, αντιμετωπίζει τον τομέα της υγείας ως κομμάτι της οικονομικής μηχανής. Ζει –και σκοτώνει– εξαιτίας αυτής της επιλογής, σημαντικά στοιχεία της οποίας η εξουσία θέλει να εγκαθιδρύσει και εδώ.

Σε μια επομένη προσούρα [coming soon to a theater near you]

Τα οικονομικά μεγέθη του συστήματος υγείας | Η κυριαρχία των πολυεθνικών φαρμάκων και ιατροτεχνικού εξοπλισμού | Οι υπόγειες διαδρομές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας | Η παραγωγή συναίνεσης μέσα από την αναπαραγωγή της τάξης | Η αναγκαιότητα της καπιταλιστικής οικονομίας για διαρκή επέκταση (η περίπτωση του ελληνικού κράτους)

εμπειρίες απ' αλλού

Μια τελευταία επισήμανση: σε κάθε χώρα που προσέφυγε στο ΔΝΤ, ακολούθησε η κατάρρευση του συστήματος υγείας.

η βιομηχανία της υγείας

στιγμιότυπα από το εσωτερικό της μηχανής

Ολόκληρο το σύστημα υγείας οργανώνεται ως μια οικονομική μεγαμηχανή μεταφοράς δισεκατομμυρίων ευρώ στις πολυεθνικές φαρμάκου και ιατροτεχνικού εξοπλισμού, καθώς και στους ιδιωτικούς ομίλους υγείας. Όμως για να μπορέσει να υπάρξει αυτή η μηχανή, για να λειτουργήσει και να επιβάλλει τους όρους της στη δομή του συστήματος, προϋποθέτει απαρέγκλιτα την αντίστοιχη εσωτερική οργάνωση –πανίσχυρες και άκαμπτες δομές εξουσίας που θα επιχειρήσουν να καθυποτάξουν τα άτομα και να τα μετατρέψουν σε καλολαδωμένα γρανάζια. Υπάρχει έτσι μια πολύ συγκεκριμένη κοινωνική φιγούρα του υγειονομικού (γιατρών και νοσηλευτών) που με συνέπεια θα κατασκευαστεί σε βάθος χρόνων, μια κοινωνική μηχανική που αδυσώπητα οργανώνει την αλλοτρίωση και επιβάλλει την υποταγή πάνω στα ζωντανά υποκείμενα. Με δύο λόγια, ο διαφθαρμένος γιατρός κατασκευάστηκε συνειδητά από το σύστημα και συνιστά την απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει αυτό να υπάρξει και να λειτουργήσει.

Σε μια επομένη μπροσούρα [coming soon to a theater near you]

Πρώτη καταστατική συνθήκη: η σχολή | Καταστατική συνθήκη ένα και εν δεύτερο: πτυχίο; | Δεύτερη καταστατική συνθήκη: η αναμονή | Τρίτη καταστατική συνθήκη: η ειδικότητα | Επισφαλείς εργαζόμενοι στη βιομηχανία της υγείας | Γιατροί, νοσηλευτές, τεχνικοί και διοικητικοί με μπλοκάκι ή προσωρινή σύμβαση ορισμένου χρόνου | Αυτά τα απίστευτα ωράρια εργασίας | Κοινωνικές κατασκευές της κατανάλωσης (ή πώς αν δεν προλαβαίνεις να ζήσεις, χρειάζεσαι χρήματα για να καταναλώσεις εμπειρίες) | Οι σχέσεις εξάρτησης/υποταγής των ειδικευόμενων από τους επιμελητές και τους διευθυντές

Πολιτικά σημαινόμενα

κοινωνικός και ταξικός αποκλεισμός, θέσμιση κατάστασης εξαίρεσης

Το κράτος επιτίθεται στην κοινωνία οργανώνοντας παντού καταστάσεις αποκλεισμών και εξαίρεσης. Το στρατόπεδο συγκέντρωσης επέστρεψε στο ευρωπαϊκό έδαφος μισό αιώνα μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο ως συνθήκη αιχμαλωσίας ενός κομματιού του πληθυσμού –και ταυτόχρονα υλικό και συμβολικό πεδίο μιας κοινωνίας σε γενικευμένο πόλεμο. Από τη στιγμή που γίνεται αποδεκτή, είναι αναμενόμενο η συνθήκη εξαίρεσης να γενικευτεί στο σύνολο των θεσμών, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία, η πρόνοια θα ακολουθούσαν γρήγορα οργανώνοντας νέους αποκλεισμούς και διευρύνοντας τους παλιότερους. Έτσι σήμερα οι μετανάστες είναι ο καινούριος εσωτερικός εχθρός στη θέση των εβραίων, ανεπιθύμητοι από παντού και στόχος μιας γκεμπελικής (όσο και ανυπόστατης) ρητορικής που τους φορτώνει ακόμα και τα ελλείμματα της υγείας. Υπάρχει τελικά ένα νήμα που συνδέει το στρατόπεδο συγκέντρωσης με το νοσοκομείο.

Η δημοκρατία αποκαλύπτει το αληθινό της πρόσωπο σε μια κατάσταση φαινομενικής θεσμικής εκτροπής. Και οι ορδές των αποκλεισμένων μεγαλώνουν καθημερινά, ο αποκλεισμός χτυπάει πόρτες που μέχρι τώρα φάνταζαν απροσπλάστες. Όχι μόνο οι μετανάστες, αλλά και οι νέοι και οι άνεργοι μπαίνουν στο στόχαστρο μιας πραγματικότητας που δεν έχει τίποτα να τους υποσχεθεί. Άχρηστοι πλέον για το σύστημα, εξορίζονται με κάθε τρόπο από τον πυρήνα πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων που κάποτε έμοιαζαν θεμελιώδη και αδιαμφισβήτητα.

Ο αποκλεισμός από τους μηχανισμούς υγείας, περίθαλψης και ασφάλισης είναι ένα μόνο μέρος του πολέμου που έχει εξαπολυθεί ενάντια στην κοινωνία. Ένα κομμάτι του πολέμου όμως ιδιαίτερα σημαντικό, με άμεση αντανάκλαση στον αστικό χώρο. Το νοσοκομείο ως αποκομμένη αστική ζώνη, προορισμένη για τα εύπορα μόνο κομμάτια του πληθυσμού, γίνεται σημειακό πεδίο του γενικευμένου ταξικού πολέμου.

Σε μια επομένη μπροσούρα [coming soon to a theater near you]

Επιπρόσθετα αναφορά στους μηχανισμούς παραγωγής φόβου (όπως τους είδαμε να ξετυλίγονται με αφορμή την περίφημη “γρίπη των χοίρων”). Παραγωγή εξατομικευσης, τεχνολογίες ελέγχου του πληθυσμού.

ιδιωτικοποίηση, εμπορευματοποίηση

Οι πολυεθνικές βιομηχανίες φαρμάκων και ιατροτεχνικού εξοπλισμού συσσωρεύουν δισεκατομμύρια ευρώ μέσα από τη λειτουργία των εμπορών της υγείας και νομιμοποιείται χρηματίζοντας ένα σημαντικό μέρος του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Ο διεφθαρμένος γιατρός δεν είναι τίποτα άλλο από την αντανάκλαση του μικροκλίματος του διεφθαρμένου υπουργού.

Όμως, καθώς η κρίση αποτελεί και την άριστη πρόφαση για τη συσσώρευση ακόμα μεγαλύτερων κερδών, το υπουργείο –σιωπηρά, αλλά απόφασιστικά και με σχέδιο– μεθοδεύει σταδιακά την πλήρη ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας: ότι ήταν δωρεάν πλέον έχει αντίτιμο και στο μέλλον θα είναι απρόσιτο από όσους δεν έχουν να πληρώσουν. Η επαπειλούμενη επέκταση των πληρωμένων απογευματινών ιατρείων, η επιβολή εισιτηρίου παντού –τόσο στα επείγοντα όσο στα τακτικά ιατρεία, αλλά ακόμα και στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας–, η θέσπιση ξεχωριστών (και πανάκριβων) τιμολογίων για κάθε ιατρική πράξη ή εργαστηριακό έλεγχο, είναι απλά κομμάτια του παζλ που σιγά-σιγά χτίζεται. Μαζί φυσικά με τον ήδη υπαρκτό περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης από τα ταμεία, τον εξανδραποδισμό των φτωχών, των ανέργων και των μετανάστων.

Η ιδιωτικοποίηση και η εμπορευματοποίηση είναι πολύ φτωχές ως λέξεις. Οφείλουν να αντικατασταθούν με τα άμεσα πολιτικά σημαίνόμενά τους:

αποκλεισμός, εξαγωγή

Το κράτος επιτίθεται στην κοινωνία οργανώνοντας παντού καταστάσεις αποκλεισμών και εξαίρεσης. Το στρατόπεδο συγκέντρωσης επέστρεψε στο ευρωπαϊκό έδαφος μισό αιώνα μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο ως συνθήκη αιχμαλωσίας ενός κομματιού του πληθυσμού –και ταυτόχρονα υλικό και συμβολικό πεδίο πεδίο μιας κοινωνίας σε γενικευμένο πόλεμο. Από τη στιγμή που γίνεται αποκλεισμός, είναι αναμενόμενο η συνθήκη εξαίρεσης να γενικευτεί στο σύνολο των θεσμών, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία, η πρόνοια θα ακολουθούσαν γρήγορα οργανώνοντας νέους αποκλεισμούς και διευρύνοντας τους παλιότερους. Έτσι σήμερα οι μετανάστες είναι ο καινούριος εσωτερικός εχθρός στη θέση των εβραίων, ανεπιθύμητοι από παντού και στόχος μιας γκεμπελικής (όσο και ανυπόστατης) ρητορικής που τους φορτώνει ακόμα και τα ελλείμματα της υγείας. Υπάρχει τελικά ένα νήμα που συνδέει το στρατόπεδο συγκέντρωσης με το νοσοκομείο.

Η δημοκρατία αποκαλύπτει το αληθινό της πρόσωπο σε μια κατάσταση φαινομενικής θεσμικής εκτροπής. Και οι ορδές των αποκλεισμένων μεγαλώνουν καθημερινά, ο αποκλεισμός χτυπάει πόρτες που μέχρι τώρα φάνταζαν απροσπέλαστες. Όχι μόνο οι μετανάστες, αλλά και οι νέοι και οι άνεργοι μπαίνουν στο στόχαστρο μιας πραγματικότητας που δεν έχει τίποτα να τους υποσχεθεί. Άχρηστοι πλέον για το σύστημα, εξορίζονται με κάθε τρόπο από τον πυρήνα πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων που κάποτε έμοιαζαν θεμελιώδη και αδιαμφισβήτητα.

Ο αποκλεισμός από τους μηχανισμούς υγείας, περιθάλψης και ασφάλισης είναι ένα μόνο μέρος του πολέμου που έχει εξαπολυθεί ενάντια στην κοινωνία. Ένα κομμάτι του πολέμου όμως ιδιαίτερα σημαντικό, με άμεση αντανάκλαση στον αστικό χώρο. Το νοσοκομείο ως αποκομμένη αστική ζώνη, προορισμένη για τα εύπορα μόνο κομμάτια του πληθυσμού, γίνεται σημειακό πεδίο του γενικευμένου ταξικού πολέμου.

εκδήλωση-συζήτηση για ενοικίαση ανοιχτή λαϊκή συν

επειδή οι ανοιχτές συνελεύσεις γειτονιάς είναι αναπόσπαστο κομμάτι μιας κίνησης

N. Φιλαδέλφεια

Παρασκευή 10 Δεκέμβρη, 7.00μμ

στον χώρο της κατάληψης Στρώγκα
(Δεκελείας 116)

Κυρία

(Τιμοδότηση)

ατικοποίηση

λασία του συστήματος υγείας,
ομεία σε ένα απέραντο παζάρι
προσωπικού.



αίρεση

τρωσης

εται



νημέρωση & προοπτική δράσεων

νέλευση

ς που μπορεί να αλλάξει τον κόσμο

Πετράλωνα

ική 12 Δεκεμβρη, 12.00πμ

στον χώρο της κατάληψης ΠΙΚΠΑ
υ & Ευαγγέλου Αντωνιάδου 29 στα Πέτρινα)

Σεσίφις

Ο ποδητισμός τους

δεν ποδημιέται

Είναι πλέον κοινός τόπος ότι η κρίση αποτελεί μια μεγάλη ευκαιρία για τους κυρίαρχους για περαιτέρω λεηλασία των "από κάτω". Από το στόχαστρό τους δε θα μπορούσε να λείπει το σύστημα υγείας.

Πλήρης ιδιωτικοποίηση, επιβοήθης εισιτηρίων σε όλες τις "υπηρεσίες" και θέσπιση ξεχωριστών τιμοολογίων για κάθε ιατρική πράξη... είναι κάποια από τα κομμάτια

του παζλ της "εξυγίανσης". Μια "εξυγίανση" που θα ρίξει ακόμα περισσότερα βάρη στις πλάτες των "από κάτω". Ο αποκλεισμός από στοιχειώδεις παροχές περίθαλψης χτυπάει την πόρτα σε μεγάλα κοινωνικά στρώματα. Ντόπιοι και μετανάστες, άνεργοι και ανασφάλιστοι θα καρδιοχτυπούν καθημερινά ελπιίζοντας να μη χρειαστούν ιατρική φροντίδα. Την ίδια στιγμή που τα πάντα «ιατρικοποιούνται», (από το απλό κρυολόγημα, ως την παχυσαρκία, τις συμπεριφορές κ.α.) που τα πάντα γίνονται πεδίο ελέγχου επιστημόνων, ερευνών και φαρμακευτικών βιομηχανιών, οι φτωχοί πετιούνται στην άκρη, γίνονται χωρίς προσχήματα αναλήψιμοι, ωθούνται στο περιθώριο του κοινωνικού αποκλεισμού, για να στοχοποιηθούν εκ νέου ως φορείς ασθενειών : οι φτωχοί ως γνωστόν "αρρωσταίνουν πολύ"...

με παυσίπονα

με αφορμή την "αναδιόρθωση" στο χώρο της υγείας

ΣΑΒΒΑΤΟ

5/2

17:00 MM

ΕΚΔΗΛΩΣΗ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

στο χώρο του **Θερσίτη**

με τη "συνέλευση για την υγεία" (από την κατάληψη ΠΙΚΠΑ-Πετράλωνα)

Ενάντια στην εξατομικευμένη λύση "ο καθένας μόνος του", ενάντια στη διεκδίκηση καλύτερων συνθηκών σφαγής, να στήσουμε δεσμούς αλληλεγγύης, ισότητας, ελευθερίας. Από τις καταλήψεις των ταμείων των νοσοκομείων για την ελεύθερη πρόσβαση έως τις συλλογικές προσπάθειες για δημιουργία κοινωνικών ιατειρών, ανοίγεται ένα πεδίο αγώνα για την καθολική ανατροπή όχι μόνο των νέων μέτρων αλλά ολόκληρου του ποδητισμού «της υγείας και της ασθένειας».



χώρος ραδιοργάνωσης και ανατροπής, Νέστορος και Ευαγγελιστρίας, Ίλιον
| www.thersitis.gr |

