

Η σημερινή εκδήλωση γίνεται στα πλαίσια των νέων αλλαγών στον τομέα της περίθαλψης με το θεσμό του «προσωπικού γιατρού». Την εκδήλωση τη συνδιοργανώνουμε με εργαζόμενους και εργαζόμενες από το κέντρο υγείας Ζαγκλιβερίου και τα περιφερικά του ιατρεία. Θα κάνουμε ένα πέρασμα από το τί περιλαμβάνεται στο νόμο και τις αλλαγές που φέρνει, ωστόσο δε θέλουμε να μείνουμε αποκλειστικά εκεί.

Το πεδίο της περίθαλψης απασχολεί σταθερά τη συνέλευσή μας, όχι μόνο επειδή μας αφορά ως χρήστες υπηρεσιών ή επειδή αποτελεί εργασιακό χώρο και πεδίο διεκδικήσεων και αγώνων συντρόφων και συντροφισσών μας, αλλά και επειδή οι πολιτικές που εφαρμόζονται εκεί είναι κομμάτι των εξελίξεων που συμβαίνουν σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο. Να πούμε εδώ, πως το εν λόγω νομοσχέδιο δε μας απασχολεί συλλογικά για πρώτη φορά τώρα, το είχαμε βρει μπροστά μας όταν είχε προσπαθηθεί να περάσει κάποια χρόνια πριν από την κυβέρνηση Συριζανέλ, με μία παραλλαγμένη ονομασία -«οικογενειακός γιατρός» λεγόταν τότε- και ελάχιστες διαφοροποιήσεις από αυτό που έχει έρθει πλέον και είναι το πιο πρόσφατο επεισόδιο στο σίριαλ της αναδιάρθρωσης στο σύστημα υγείας. Αναφερόμαστε στην αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας, χωρίς να παραγνωρίζουμε και την ταυτόχρονη αναδιάρθρωση που συντελείται στις καπιταλιστικές σχέσεις. Το σύστημα υγείας, όσο δημόσιο ή ιδιωτικοποιημένο είναι, έχει κρατική σφραγίδα και υπακούει στους κανόνες ευημερίας του Κεφαλαίου. Δεν έχει στο επίκεντρο της ανάγκες μας. Για εμάς, αυτή η συζήτηση είναι απαραίτητη ώστε να καταγράψουμε και να σχηματίσουμε την αντίδρασή μας και σε αυτό το νόμο που συντελεί στη δημιουργία του “νέου” Ε.Σ.Υ., χωρίς να επικεντρωνόμαστε σε αιτήματα για μεγαλύτερο δημόσιο τομέα, ή παραπάνω υγεία, προτού δούμε τί υγεία θέλουμε και σε ποιά πλαίσια και τους αποκλεισμούς που παράγονται σε όλα τα κομμάτια της καθημερινότητάς μας.

Συζητώντας τις αλλαγές που εμφανίζονται στο προσκήνιο, θα πρέπει να εξετάσουμε και το πεδίο στο οποίο έρχονται και που ήδη έχει διαμορφωθεί το προηγούμενο διάστημα. Τις συνδέσεις δηλαδή με τους προηγούμενους κύκλους αναδιάρθρωσης και αποδιάρθρωσης στο Ε.Σ.Υ. Χωρίς να πάμε πολύ πίσω, και θεωρώντας πως είναι λίγο πολύ γνωστά τα περισσότερα, απλά θα αναφέρουμε επιγραμματικά την περαιτέρω υποβάθμιση της όποιας πρωτοβάθμιας στις πόλεις, τις κινήσεις για 5ευρο εισιτήριο στα εξωτερικά ιατρεία, τα απογευματινά ιατρεία και χειρουργεία στα Νοσοκομεία, τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, τις μεταβολές των εργασιακών σχέσεων με προσλήψεις συμβασιούχων, εργολαβικών και συμβάσεις με ιδιώτες, τους αποκλεισμούς ανασφάλιστων και των χωρίς-χαρτιά, τα κλειστά ιατρεία επί covid μαζί με ακυρώσεις χειρουργείων, τηλε-διαγνώσεις, νοσοκομεία-κέντρα διασποράς, αναστολές εργασίας υγειονομικών.

Ερμηνεύοντας τους σκοπούς και το ύφος των αλλαγών, βρίσκουμε σημασία να σταθούμε λίγο παραπάνω στην περίοδο covid και όσα αντιμετωπίζουμε τα σχεδόν 3 τελευταία χρόνια. Την περίοδο δηλαδή που το αφήγημα της προστασίας της δημόσιας υγείας τέθηκε στο επίκεντρο για να διαχειριστεί μία κατάσταση με σαφείς κοινωνικές βάσεις και προεκτάσεις. Αυτό που φάνηκε περισσότερο από ποτέ, αγγίζοντας αυτήν τη φορά σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού, είναι η χρήση της υγείας ως ελεγκτικό εργαλείο και κατασταλτικό μηχανισμό.

Πίσω στο νέο νόμο, ένας βασικός άξονας του είναι ο οικονομικός εξορθολογισμός του κρατικού συστήματος υγείας, που θα προκύψει από τη μείωση των ροών εντός του και συνεπώς και των δαπανών του συστήματος. Αυτό που εισάγεται και είναι το πρώτο με το οποίο θα βρεθούμε αντιμέτωποι όταν χρειαστούμε τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ., είναι πως θα πρέπει να προηγηθεί ραντεβού με τον προσωπικό γιατρό ώστε να εγκριθεί σε 2^ο χρόνο η παραπομπή μας για εξετάσεις, συνταγογραφήσεις και πρόσβαση στις 2^οβάθμιες και 3^οβάθμιες δομές. Μπαίνει έτσι ένα προαπαιτούμενο βήμα έγκρισης, αντίθετα με ό,τι ίσχυε ως τώρα. Παρατηρώντας τί συμβαίνει σε άλλες χώρες με παρόμοιο σύστημα περίθαλψης, αλλά και ψυλλιασμένοι για το πώς θα επιτευχθεί αυτή η μείωση δαπανών, ενδεχομένως να υπάρξουν και οδηγίες ανά γιατρό ή δομή σχετικά με τα όρια παραπομπών που μπορούν να χορηγήσουν. Με το μέτρο μάλιστα να ορίζει έναν αριθμό εγγεγραμμένων ανά γιατρό έως και 2.000 ατόμων, κριτήριο καθαρά ποσοτικό, που δε λαμβάνει υπόψιν κανένα επιμέρους χαρακτηριστικό ευαλωτότητας ανά πληθυσμιακές ομάδες και περιοχές, οι συνέπειες είναι προφανείς. Αδυναμία κλεισίματος ραντεβού, ραντεβού-εξπρές, κακή εξυπηρέτηση, ίσως και διαλογή ασθενών για χορήγηση παραπεμπτικών. Το τί σημαίνουν αυτά για τις εργαζόμενες στην περίθαλψη, θα τα προσπεράσουμε τώρα, ώστε να αναφερθούν σε αυτά ο Μ. και η Μ. που έχουν και άμεση άποψη. Πάντως, το μόνο σίγουρο είναι πως ο γιατρός θα έχει αυξημένα καθήκοντα διαχειριστή της υγείας μας και θα λειτουργεί κάπως σαν πορτιέρης της εισόδου στο Ε.Σ.Υ.

Ένα δεύτερο βασικό σημείο, είναι η υποχρεωτικότητα του μέτρου και το ψηφιακό φακέλωμά μας. Καταρχάς, όσοι κι όσες από εμάς δεν εγγραφούν σε «προσωπικό γιατρό» θα αντιμετωπίσουμε πρόστιμα. Καπέλο σε συνταγογραφήσεις, αγωγές, εξετάσεις, ίσως και αποκλεισμό πρόσβασης σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Για όσους εγγραφούμε, το πρώτο ραντεβού με τον προσωπικό μας γιατρό θα αναλωθεί στη δημιουργία του ψηφιακού φακέλου ασθένειάς μας. Ο φάκελος θα δημιουργείται και θα ενημερώνεται υποχρεωτικά από το γιατρό και θα περιλαμβάνει ιστορικό διαγνώσεων, θεραπειών, νοσηλειών, κατάστασης υγείας, βιομετρικά χαρακτηριστικά, συμμόρφωση στις αγωγές και ίσως και άλλα στοιχεία κοινωνικού ενδιαφέροντος. Το επιπλέον ζήτημα που προκύπτει εδώ, πέρα από τα άλλα προφανή, είναι το ποιος άλλος πέρα από τον ασθενή θα έχει πρόσβαση σε αυτόν και αν θα απαιτείται η συναίνεση γι' αυτήν ή θα παρακάμπτεται.

Σίγουρα τα γενικά στατιστικά που θα αντλούνται, θα παρέχουν νέες δυνατότητες. Ανάμεσα σε άλλα, θα επιτρέπουν στο κράτος να βλέπει σε πραγματικό χρόνο την υγεία των πολιτών του και τις ασθένειες ανά πληθυσμιακή ομάδα. Για παράδειγμα, θα γνωρίζει άμεσα ποιες ηλικιακές ομάδες επηρεάζονται από την τάδε νόσο και ποιες όχι. Αυτές οι ομάδες είναι παραγωγικές; Μήπως κάποιες συμπεριφορές, συνήθειες ή καταστάσεις (πχ. σεξουαλικές συνήθειες που οδηγούν σε ΣΜΝ, παχυσαρκία που οδηγεί σε διαβήτη, κακή συμμόρφωση στην αγωγή οποιασδήποτε πάθησης κλπ) θα μπορούσαν να διώκονται αν θεωρηθεί πως απειλούν το κοινωνικό σύνολο; Μήπως κάποιες παθήσεις ή έξεις θα ποινικοποιούνται; Θα επιλέγεται το αφήγημα της ατομικής ευθύνης προς συμμόρφωση και αποκλεισμό από το Ε.Σ.Υ. ανά περιπτώσεις; Στην τελική, είναι ένα ακόμα βοήθημα στην υπηρεσία του κράτους να αποφασίζει την ελάχιστη και μέγιστη υγεία που αξίζει στον καθένα μας βάση της οικονομικής μας κατάστασης, της καταγωγής μας, της εργασιακής μας θέσης, της ηλικίας μας, της αφομοίωσης των κυρίαρχων υγεινιστικών & κοινωνικών κανόνων.

Μπορούμε να δούμε πως πήγε αυτό τα τελευταία 3 χρόνια, όπου ιατρικοποιήθηκε η καθημερινότητά μας. Με τα lockdown, την μπατσοκρατία στο δημόσιο χώρο, τα στρατιωτικά-υγειονομικά διαγγέλματα, τους εξαναγκασμούς που μας συνόδεψαν στον καιρό της πανδημίας. Με το προσπέρασμα του ιατρικού απορρήτου από το κράτος για να βγάλει τους ανεμβολίαστους εργαζόμενους σε αναστολή, ένα πρωτόγνωρο μέτρο εργασιακής δίωξης, με ελέγχους από αφεντικά και με σκαναρίσματα από μαγαζάτορες για την επιβεβαίωση λήψης αγωγών. Οι αποκλεισμοί που έλαβαν χώρα με υγειονομικά κριτήρια και οι διαχωρισμοί υγιών-ασθενών-επικίνδυνων, δε συνέβαιναν μόνο στο Ε.Σ.Υ., αλλά και σε όλο σχεδόν το φάσμα της κοινωνικής μας ζωής. Το ιατρικό απόρρητο έγινε διάφανο σε κάθε μαγαζάτορα. Τα λεγόμενα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα έγιναν κουρελόχαρτα. Διακυβεύονταν άλλωστε πολλά για κράτος και κεφάλαιο, ώστε να μπλοκαριστούν από τέτοιες ενοχλητικές αγκυλώσεις. Ποιο θα είναι το επόμενο διακύβευμα και ποιος ο επόμενος άορατος/ορατός εχθρός ώστε να πάει περίπατο το ιατρικό απόρρητο; Παλιότερα ο «εχθρός» είχε εντοπιστεί στα σώματα των 27 οροθετικών εκδιδόμενων γυναικών που διαπομπεύθηκαν με τα στοιχεία τους φάτσα-φόρα παντού και τους ιατρικούς φακέλους τους διάτρητους, καθώς τότε διακυβευόταν η υγεία και η συνοχή της πατριαρχικής κοινωνίας. Ανά καιρούς οι «υγειονομικές βόμβες» κυκλοφορούν στους καταυλισμούς Ρομά και τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, ώστε να συναινούμε στην γκετοποίηση και ξεζούμισμα τους. Αύριο γιατί να μην καταργηθεί το ιατρικό απόρρητο όσων είναι θετικοί σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα για να «μείνουμε ασφαλείς»; Γιατί να μη γίνουν βορρά σε κάθε υπηρεσία οι φάκελοι των ψυχιατρικών περιστατικών; Ή, στο απευκταίο ενδεχόμενο απαγόρευσης των εκτρώσεων, γιατί να μην κινηθούν οι διωκτικές αρχές ονομαστικά εναντίον των γυναικών που έχουν διαπράξει το «έγκλημα της άμβλωσης», όπως το ονομάζει και η εκκλησία; Γιατί να μην έχει πρόσβαση ο εργοδότης συνολικά στο ιατρικό ιστορικό των υπαλλήλων του, ώστε να γνωρίζει τι ασφαλιστικές εισφορές και άδειες ίσως κληθεί να καταβάλλει σύντομα και να κάνει τα κουμάντα του;

Αν θα μπορούσαμε να κρατήσουμε ένα συμπέρασμα για το τέλος, αυτό θα ήταν πως από την ιατρική της επιδιόρθωσης, έχει πέσει ένα μεγάλο βάρος στην ιατρική της επιτήρησης, των υποχρεωτικοτήτων και της καταστολής.