

Την ευθύνη για την παρακάτω εισήγηση φέρουν οι εργαζόμενες/οι του Κέντρου Υγείας Ζαγκλιβερίου και των περιφερικών του ιατρείων ενάντια στους αποκλεισμούς. Η εισήγηση αποτελεί συνέχεια των επεξεργασιών που έχουν γίνει από κοινού με το σύντροφό μας το Μήτσο Βουτυράκο , αλλά και στα πλαίσια των ζυμώσεων της ομάδας εργαζόμενων στη βιομηχανία της υγείας (γνωστή και ως healthworkers)

ΕΙΣΗΓΗΣΗ μέρος Α

Το νομοσχέδιο για το θεσμό του προσωπικού γιατρού, που προσπαθεί να εφαρμόσει τη μεταρρύθμιση που εισήγαγε (ως οικογενειακό γιατρό) η προηγούμενη κυβέρνηση συριζα-ανελ, αποτελεί μέρος μιας γενικότερης αναδιάρθρωσης στον τομέα της υγείας που επιχειρείται εδώ και χρόνια. Η αναδιάρθρωση αυτή έχει ως οδηγό τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών και την όλο και αυξανόμενη συμμετοχή των εξυπηρετούμενων στο κόστος αυτών των υπηρεσιών, δηλαδή επιχειρείται και μέσω του τομέα της υγείας η μείωση του έμμεσου μισθού μας.

Αυτή η χρόνια προσπάθεια αναδιάρθρωσης έχει ήδη αποφέρει αποτελέσματα. Τα κυριότερα από αυτά είναι η ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων (με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, επικουρικούς γιατρούς, συμβάσεις σε ΜΚΟ που έρχονται να καλύψουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες, μπλοκάκηδες κλπ), η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) με γνωστότερο παράδειγμα στην περιοχή μας την ίδρυση και λειτουργία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου και η χρόνια υποστελέχωση των δομών περίθαλψης λόγω της μείωσης των προσλήψεων (δεν καλύπτονται τα κενά που έχουν προκύψει από παραιτήσεις και συνταξιοδοτήσεις με βάση και τις αναλογίες αποχωρήσεων-προσλήψεων που είχαν θεσπιστεί τα μνημονιακά χρόνια, αν και η πολιτική συρρίκνωσης είχε εφαρμοστεί και πολύ νωρίτερα). Πρόσφατα, κατά τα χρόνια της πανδημίας προκλήθηκε μια εκτεταμένη καταστροφή στο δημόσιο σύστημα υγείας, με τα νοσοκομεία να γίνονται μονοθεματικά, τα τακτικά ιατρεία παρακολούθησης χρόνιων παθήσεων να κλείνουν, να μη γίνεται σχεδόν κανένα χειρουργείο παρά μόνο κάποια επείγοντα και αντίστοιχα να υποβαθμίζονται οι δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας (κέντρα υγείας, ΤΟΜΥ, πολυδύναμα ιατρεία κλπ) σε αμιγώς εμβολιαστικά και συνταγογραφικά κέντρα. Αυτή η κατάσταση οδήγησε τον πληθυσμό με μαθηματική ακρίβεια στον ιδιωτικό τομέα, αλλά και με την περαιτέρω απαξίωση του δημόσιου συστήματος οι εξυπηρετούμενοι δεν νιώθουν πλέον καμία ανάγκη να αγωνιστούν για αυτό. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας ενισχύθηκε όμως και επίσημα ο ιδιωτικός τομέας εκχωρώντας λειτουργίες (νοσηλείες και χειρουργεία για παράδειγμα) σε ιδιωτικά κέντρα. Ολόκληρες περιοχές του ΕΣΥ εδώ και χρόνια εκχωρούνται στον ιδιωτικό τομέα -σπάζοντας τον ενιαίο χαρακτήρα των εργασιακών σχέσεων- όπως η καθαριότητα, η “ασφάλεια” (που για τους διοικούντες φαίνεται να είναι όλο και πιο απαραίτητη), η σίτιση και προγραμματίζεται μεθοδικά και η εκχώρηση διαγνωστικών κομματιών στον ιδιωτικό τομέα.

Η συμβολή του νομοσχεδίου για το λεγόμενο “νέο ΕΣΥ” στην αναδιάρθρωση αυτή συνίσταται σε δύο βασικούς άξονες. Ο πρώτος αφορά στην περαιτέρω οικονομική συμμετοχή του εξυπηρετούμενου στις λειτουργίες του νοσοκομείου με κορυφαία τη θεσμοθέτηση των απογευματινών χειρουργείων. Τα απογευματινά χειρουργεία έρχονται να προστεθούν στα εδώ και χρόνια λειτουργούντα απογευματινά -με αμοιβή-ιατρεία ως πύλη εισόδου στο ΕΣΥ και στα ιδιωτικά ιατρεία πανεπιστημιακών και στρατιωτικών γιατρών. Ο δεύτερος άξονας αφορά στην

κατάργηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών και περιλαμβάνεται σε ένα νομοσχέδιο που ετοιμάζεται να κατατεθεί. Μια τεράστια αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις που απελευθερώνει και νομιμοποιεί όποιους ήθελαν να τα αρπάξουν από τις τσέπες των «ασθενών» και έρχεται να αποτελειώσει και όποια συνείδηση εργαζόμενου -και τις συνεπαγόμενες συνδικαλιστικές διεκδικήσεις βέβαια-είχε παραμείνει σε κάποιους από τους γιατρούς. Η στελεχοποίηση των γιατρών ολοκληρώνεται κι επισημοποιείται διαμορφώνοντας το “νέο” ΕΣΥ με άρωμα παλιού ΙΚΑ. Έτσι οι γιατροί δεν θα προλαβαίνουν ποτέ το πρωί να δουν όσους και όσες το χρειάζονται (είτε πραγματικά, λόγω της υποστελέχωσης, είτε προσχηματικά για να αντλήσουν πελατεία), οπότε θα παραπέμπουν τους ασθενείς στο ιδιωτικό τους ιατρείο. Οι λίστες αναμονής των πρωινών δωρεάν χειρουργείων από την άλλη θα σπάνε όλα τα φράγματα υπομονής των εξυπηρετούμενων και θα τους οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια στα απογευματινά επί πληρωμή χειρουργεία.

Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο λοιπόν προωθείται και ο θεσμός του προσωπικού γιατρού και η αναδιάρθρωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η στελεχοποίηση των γιατρών που περιγράφηκε ήδη για τους γιατρούς των νοσοκομείων, έρχεται να θεσμοθετηθεί και για τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας που μετατρέπονται υποχρεωτικά σε προσωπικούς γιατρούς. Τα άτομα που εγγράφονται σε κάθε προσωπικό γιατρό είναι μέχρι 2000. Ωστόσο από 1500 άτομα και πάνω προβλέπεται αναλογικό bonus στον προσωπικό γιατρό. Έτσι ενισχύεται ο ανταγωνισμός μεταξύ συναδέλφων, εκεί που θα αναμενόταν η συνεργασία. Επίσης, καθώς τα φαρμακεία παίζουν μείζονα ρόλο στην εγγραφή των πολιτών στον προσωπικό γιατρό, αναβαθμίζεται η σχέση τους με το γιατρό και η πίεση που μπορούν να ασκήσουν.

Η υποχρεωτική μάλιστα εγγραφή των πολιτών (επί ποινής προστίμου) σε προσωπικό γιατρό έχει σαν στόχο σε πρώτη φάση την καταγραφή της αναλογίας γιατρού- ασθενή. Όταν δε η μόνη παράμετρος που καταγράφεται αρχικά είναι ο αριθμός των εξυπηρετούμενων που εγγράφονται σε έναν προσωπικό γιατρό, χωρίς να εξετάζεται για παράδειγμα η νοσηρότητα ή η ηλικία των εξυπηρετούμενων αυτών και οι ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού που καλύπτει ο εκάστοτε προσωπικός γιατρός, καταλαβαίνουμε πως αυτή η ποσοτική καταγραφή εν δυνάμει θα χρησιμοποιηθεί και ως κριτήριο για μετακινήσεις γιατρών σε περιοχές με περισσότερο πληθυσμό ή ακόμη και ως κριτήριο βιωσιμότητας ολόκληρων δομών. Έτσι, κέντρα υγείας της -κοντινής τουλάχιστον-επαρχίας που είναι -συγκριτικά πάντα- καλύτερα στελεχωμένα ή τέλος πάντων λειτουργούν σχετικά ικανοποιητικά, θα αποδιάρθρωθούν πλήρως προκειμένου να κουτσοβολευτούν ανάγκες στα μεγάλα αστικά κέντρα που υποφέρουν από χρόνιες ελλείψεις πρωτοβάθμιων δημόσιων δομών, είτε σε άλλες περιοχές που συγκυριακά ή και μόνιμα υποφέρουν από έλλειψη ιατρικού προσωπικού. Τέτοιες πρακτικές εφαρμόστηκαν ήδη από την συριζαϊκής έμπνευσης εποχή του οικογενειακού γιατρού, διαψεύδοντας ήδη τους αριστερούς λιβανωτούς στο θεσμό που σκόπευε να παρέχει δήθεν ποιοτικές και πλήρους φάσματος υπηρεσίες, από την πρόληψη, την παρακολούθηση και θεραπεία, την ανακουφιστική φροντίδα τελικού σταδίου, την κατ’ οίκον θεραπεία, τις κοινοτικές δράσεις κλπ. Το πόσο ένας γιατρός που μετακινείται τις μισές μέρες της εβδομάδας σε μια περιοχή και τις άλλες μισές σε μια άλλη και κατά καιρούς και σε μια τρίτη, μπορεί να είναι προσωπικός ή οικογενειακός ή όπως αλλιώς ονομαστεί γιατρός το ξέρουν ήδη οι περιοχές που δεν είχαν μόνιμο γιατρό ποτέ...

Ο δεύτερος και βασικότατος επίσης στόχος είναι το ηλεκτρονικό φακέλωμα των πολιτών. Όχι πως αυτό δεν είχε επιτευχθεί εν μέρει από την απαρχή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνταγών και παραπεμπτικών. Εξάλλου και η προτεραιοποίηση των ευπαθών ομάδων για τον

αντι-covid εμβολιασμό, μέσα από την άντληση διαγνώσεων από την πλατφόρμα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης πραγματοποιήθηκε. Πλέον όμως μιλάμε για καταγραφή όλο και περισσότερων παραμέτρων που αφορούν την υγεία του εξεταζόμενου, από το δείκτη μάζας σώματος, τις συνήθειες-έξεις, τις νοσηλείες, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων μέχρι την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, τη συμμόρφωση στην αγωγή κ.α.

Αυτά τα ψηφιοποιημένα πλέον δεδομένα θα αποτελέσουν τη βάση για τους επόμενους στόχους του θεσμού που θα είναι οι περιορισμοί στην πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη ή την εξειδικευμένη φροντίδα, το λεγόμενο gatekeeping (ο προσωπικός γιατρός ως θυρωρός του συστήματος) και οι περικοπές παροχών, με κυριότερες τις εργαστηριακές εξετάσεις. Το πως ακριβώς θα γίνονται οι περικοπές δεν είναι ακόμα σαφές. Προφανώς θα καθοριστούν με επόμενες νομοθετικές ρυθμίσεις. Μπορεί να υπάρξει κάποιο πλαφόν ανά ασθενή (ήδη υπάρχει κάποιο φίλτρο για επαναλαμβανόμενες εξετάσεις μέχρι τώρα) αλλά μπορεί να υπάρξει και πλαφόν εξετάσεων ανά γιατρό, δηλαδή ο γιατρός να μπορεί να συνταγογραφεί συγκεκριμένο αριθμό από κάθε εξέταση συνολικά στους εγγεγραμμένους. Δεν είναι σενάριο επιστημονικής φαντασίας να έχει κάθε γιατρός και έναν συγκεκριμένο οικονομικό προϋπολογισμό που να μπορεί να διαχειριστεί. Έτσι, με κοστολογημένες όλες τις εξετάσεις και παραπομπές, να έχει την υποχρέωση μη υπέρβασης αυτού του κλειστού προϋπολογισμού.

Η πλέον όμως δυστοπική αξιοποίηση αυτών των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, όπως οι έξεις, το σωματικό βάρος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η συμμόρφωση στην αγωγή θα μπορούσε να είναι η τιμωρία των “ασφαλισμένων” που δεν εκπληρώνουν τις προϋποθέσεις του υγειονομικά υπεύθυνου πολίτη. Έτσι, με βάση το δόγμα της ατομικής ευθύνης, χθες οι ανεμβολίαστοι στερούνταν πρόσβασης σε εργασία, διασκέδαση και υπέστησαν διαφόρων ειδών οικονομικές επιβαρύνσεις, αύριο οι παχύσαρκοι διαβητικοί θα πληρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό από τις φαρμακευτικές τους αγωγές, οι καπνιστές, αυτά τα κακά παιδιά, θα πληρώνουν τις νοσηλείες τους που θα σχετίζονται με νόσους από το κάπνισμα κ.ο.κ. Ο έλεγχος και η αξιολόγηση εκτός από τις σπουδές μας και την εργασία μας περνάει και στις πιο ευαίσθητες πτυχές της ζωής μας. Θα πρέπει να αποδεικνύουμε αέναα πως είμαστε υγειονομικά υπεύθυνες και να πληρώνουμε κάτι παραπάνω όταν αποτυγχάνουμε να συμμορφωθούμε προς το ένα και μοναδικό μοντέλο του υγιούς ατόμου. Στο bonus-malus σύστημα της ανταποδοτικής “κοινωνικής” ασφάλισης κάθε αδυναμία, κάθε ευαλωτότητα, κάθε σώμα φτιαγμένο από πηλό θα οδηγεί σε υποβάθμιση των παροχών που δικαιούνται οι ασθενείς και την αυξημένη οικονομική συμμετοχή από μέρους τους.

Ας δούμε όμως τί έχει επιτευχθεί μέχρι τώρα από το καλοκαίρι που ξεκίνησε η εφαρμογή του θεσμού, προπαγανδίζοντας σε πρώτη φάση την προσέλκυση γιατρών που θα συμμετέχουν στο δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την εγγραφή όλων των πολιτών σε προσωπικό γιατρό.

Το βασικότερο πρόβλημα στην εφαρμογή του νόμου είναι η εξεύρεση γιατρών που θα στελεχώσουν το σύστημα. Οι δημόσιοι γιατροί (ειδικότητας γενικής ιατρικής και παθολογίας) που υπηρετούν σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μετατράπηκαν υποχρεωτικά σε προσωπικούς γιατρούς. Αλλά ο αριθμός τους (περίπου 2200) δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του ενήλικου πληθυσμού (μέχρι τα 16 έτη οι έφηβοι εξετάζονται από παιδίατρο και από τα 17 έτη και μετά εξετάζονται από γενικό γιατρό ή παθολόγο). Τα κίνητρα που δόθηκαν στους ιδιώτες γενικούς γιατρούς ή παθολόγους για να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ στάθηκαν ανεπαρκή, τόσο στο οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο συνθηκών δουλειάς και

υποχρεώσεων (το ότι για παράδειγμα τα ιατρεία τους θα εποπτεύονταν από τα δημόσια κέντρα υγείας, ότι θα ήταν υποχρεωμένοι/ες να εξαντλούν όλο το ωράριό τους στα δωρεάν ραντεβού των εγγεγραμμένων και δεν θα μπορούσαν να δουν κι άλλους ασθενείς με πληρωμή, ότι θα ήταν υποχρεωμένες να εφημερεύουν στις πρωτοβάθμιες δομές στις οποίες υπάγονται ή ακόμη και στα νοσοκομεία, αν υφίστατο ανάγκη, ήταν σημεία αντίθεσης με τις κεντρικές πολιτικές επιλογές κλπ). Έτσι το ενδιαφέρον που εκδηλώθηκε από τους ιδιώτες των σχετικών ειδικοτήτων ήταν μικρό και το υπουργείο αναγκάστηκε τελικά να “βαφτίσει” προσωπικούς γιατρούς και γιατρούς άλλων παθολογικών ειδικοτήτων, όπως καρδιολόγους, ενδοκρινολόγους, γαστρεντερολόγους, ρευματολόγους κλπ. Τί σχέση βέβαια μπορεί ένας γιατρός ειδικότητας με τη συνολική ιατρο-βιολογική(ας μην αυταπατώμαστε)οπτική που έχει εκπαιδευτεί να έχει ένας γενικός γιατρός ή παθολόγος είναι απορίας άξιο. Πώς μια γαστρεντερολόγος για παράδειγμα θα αναγνώσει και θα ερμηνεύσει τις προληπτικές εξετάσεις οστεοπόρωσης που αποτελούν μέρος του προσυμπτωματικού ελέγχου, πραγματικά είναι ένας γρίφος που δεν ξέρουμε αν όλοι οι σοφοί του υπουργείου υγείας μαζί μπορούν να λύσουν. Πάντως και με αυτό το μέτρο, οι ανάγκες εξακολουθούν να μην καλύπτονται (μέχρι τώρα οι γιατροί που συμμετέχουν στο σύστημα είναι περίπου 3300 με προαπαιτούμενο νούμερο τους περίπου 4500) και το τελευταίο διάστημα φαίνεται πως το υπουργείο απεργάζεται σενάρια για το πως θα εμπλέξει τους ιδιώτες γιατρούς που δεν έσπευσαν να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ, με το θεσμό του προσωπικού γιατρού.

Μια άλλη ελληνική πρωτοτυπία φαίνεται να είναι και το γεγονός πως ο νομοθέτης αν και υποχρεώνει τον πολίτη σε εγγραφή σε έναν και μοναδικό προσωπικό γιατρό και μάλιστα με επαπειλούμενα πρόστιμα, ωστόσο τον αφήνει να επισκέπτεται άπαξ και εγγραφεί όποιον/α γιατρό επιθυμεί. Προφανώς αυτή η ελαστικότητα προβλέφτηκε κυρίως για να βολέψει το σύστημα που γνωρίζει καλά πως στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν υπάρχει ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών όσα βαφτίσια και να κάνει. Στην Αττική για παράδειγμα έχει εγγραφεί το 50% του πληθυσμού και προφανώς όχι όλες κι όλοι στην περιοχή που διαμένουν. Για αυτό και ο νόμος προβλέπει να γραφτεί κάποια που μένει στην Αθήνα σε γιατρό της Κορίνθου για παράδειγμα κι ας εξακολουθεί να επισκέπτεται τους ιδιώτες της Αθήνας όπως πριν, μιας και δεν υπάρχει δωρεάν γιατρός για δείγμα. Άλλος λόγος που προβλέφτηκε αυτή η ελαστικότητα, είναι για να αντιμετωπιστούν αδυναμίες που είχαν διαπιστωθεί στην προηγούμενη εφαρμογή, όπως οι μετακινούμενοι πληθυσμοί των εξυπηρετούμενων (πχ το φαινόμενο των συνταξιούχων που διαμένουν συχνά τον μισό χρόνο στο χωριό και το μισό χρόνο στην πόλη) και οι έκτακτες μακρόχρονες απουσίες του εργατικού δυναμικού των γιατρών (όπως μεγάλες αναρρωτικές, άδειες κύησης, λοχείας, ανατροφής, αναστολές εργασίας πλέον κλπ). Ωστόσο, αυτή η ελαστικότητα αποτελεί μια μεγάλη αντίφαση στο θεσμό του προσωπικού γιατρού που θεωρητικά είναι το πρόσωπο αναφοράς στη σχέση του ασθενή με το σύστημα υγείας και με τον οποίο υποτίθεται πρέπει να τον δίνει σχέση γνώσης κι εμπιστοσύνης. Έτσι, από την έναρξη της εφαρμογής του θεσμού αρχίζει και η αμφισβήτησή του από τους πολίτες. Γιατί να εγγραφεί κάποιος/α υποχρεωτικά σε έναν προσωπικό γιατρό, αφού διατηρεί τη δυνατότητα να πηγαίνει και σε άλλους; Γιατί τόσος διακαής πόθος να εφαρμοστεί το μέτρο, αν μπορεί να συντηρείται ένας ιδιότυπος ιατρικός “τουρισμός” με τον εξυπηρετούμενο να μπορεί να πάρει όσες γνώμες θέλει και διαφορετικά παραπεμπτικά και οδηγίες από τους ισάριθμους γιατρούς που θα επισκεφτεί, που κανείς δεν θα τον ξέρει τελικά τόσο καλά;

ΑΞΟΝΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ (Β' μέρος)

- Θα επιδιώξουμε κριτική στον θεσμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). **Όχι επειδή πιστεύουμε ότι αυτή τη φορά θα εγκαθιδρυθεί.** Ούτως ή άλλως οι κρατικοί γιατροί δεν επαρκούν, οι ιδιώτες του ρίξανε άκυρο, με ιδιώτες χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ δεν το τολμά (πιθανώς δεν προβλέπεται και στη μνημονιακή δέσμευση). Από την άλλη η συμπλήρωση του προσωπικού φάκελου υγείας όλου του πληθυσμού απαιτεί άπειρες ώρες, ενώ επίσης δεν έχει ούτε τις στοιχειώδεις δομές Β'βάθμιας και Γ'βάθμιας με βάση τις οποίες θα έστηνε έστω τους πρώτους μήνες το σύστημα των παραπομπών που θα έβαζε μπρος στη λειτουργία του συστήματος. Επίσης από τις -ολοφάνερα για τα μάτια του κόσμου- εγγραφές σε όποιον γιατρό επιλέγει ο καθένας, ακόμα και σε άλλη περιφέρεια καθώς και η μετατροπή με βαφτίσια Ογκολόγων, Γαστρεντερολόγων κοκ σε Προσωπικό γιατρό, δείχνουν ότι δεν τους νοιάζει η πραγματική επιτυχία του θεσμού, παρά να κάνουν τις καταγραφές που προαναφέραμε και **μία αρχή**, καθώς πρόκειται για **μνημονιακή δέσμευση**.
- Την κριτική θα την κάνουμε **για να καταλάβουμε τι είναι αυτό που κάνει το θεσμό να ενώνει δεξιούς (που μιλούσαν για Σοβιετικού τύπου σύστημα για το νόμο του ΣΥΡΙΖΑ) και αριστερούς;** Κυβερνήσεις που δηλώνουν υπέρ του ΕΣΥ με κυβερνήσεις κατά του ΕΣΥ; Και να αποτελεί και μνημονιακή δέσμευση;
- Οι ρίζες της ΠΦΥ βρίσκονται ιστορικά στην αποικιακή πολιτική των Βρετανών / διαχείριση της φτώχειας των ντόπιων στη Νότια Αφρική (περί το 1920), όμως η εδραίωση της σημερινής μορφής πηγάζει στη **διακήρυξη της Άλμα Άτα:** Διεθνής διάσκεψη για την ΠΦΥ 134 κρατών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF που έλαβε χώρα στην Άλμα Άτα, πρωτεύουσα της τότε Σοβιετικής Δημοκρατίας του Καζακστάν το **1978**.
- Εδραιώθηκε εν μέσω της **παγκόσμιας οικονομικής κρίσης** που προέκυψε στις αρχές της δεκαετίας του '70 από τον ταξικό/κοινωνικό ανταγωνισμό των προηγούμενων ετών, αντιμέτωποι με την οποία είμαστε μέχρι και σήμερα, καθώς και λόγω της **κρίσης της Ιατρικής ως εφαρμοσμένης επιστήμης:**
 - **Οικονομική Κρίση της δεκαετίας του '70:** οι κοινωνίες αντιμετώπιζαν με α) τις άμεσες συνέπειες της οικονομικής κρίσης φτώχεια, ανεργία, κοκ β) τις αναμενόμενες συνέπειες για τις κατώτερες οικονομικά τάξεις από την κατάρρευση του κράτους πρόνοιας και των πολιτικών αναδιανομής εισοδήματος, υψηλού έμμεσου μισθού, από τη διάρρηξη της συνθήκης κοινωνικής πρόνοιας για «εξασφαλισμένη επιβίωση για όλους από τη γέννηση ως τον θάνατο» (συνθήκη Beveridge).
 - **Κρίση της Ιατρικής ως εφαρμοσμένης επιστήμης:** Νοσοκομειοκεντρική, προσανατολισμένη στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, έχει πελώρια ανάπτυξη στην οποία όμως δεν έχουν πρόσβαση οι περισσότεροι. Ίλιτς: μεταξύ των άλλων και επικίνδυνη (ιατρογένεση).

- Ας δούμε τι λέει η ίδια η διακήρυξη:

- *Μετά τα ευχολόγια της παραγράφου «I»: «Η Διάσκεψη επισημαίνει για μια ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της ότι η Υγεία [η οποία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας] αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.»* (η διακήρυξη είναι γεμάτη με επικλήσεις κοινωνικής δικαιοσύνης, υγείας για όλους κοκ, ξεκάθαρα στα πλαίσια ευφημισμού και αφομοίωσης των αφορισμών της σοσιαλδημοκρατικής συναίνεσης, παρά ως πραγματική αναγκαιότητα. Οι πραγματικοί λόγοι περιγράφονται στην παράγραφο «II»: «Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας - ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά – είναι, αφενός μεν, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε, κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.» **αλλά και στην «III»:** «Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προώθηση και προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.» όπου αποκαλυπτικά μιλάνε για **μείωση του χάσματος και όχι ισότητα** και ουσιαστικά σχεδιάζουν την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης και της κατάρρευσης των μοντέλων κρατικής πρόνοιας. Επιδιώκουν τη διασφάλιση της απειλούμενης αναπαραγωγής και επιδιόρθωσης της εργατικής τάξης και κατ' επέκταση της **κοινωνικής ειρήνης**. Σχεδιάζουν σε παγκόσμια κλίμακα καθώς έχουν να κάνουν με μία όλο και περισσότερο διεθνοποιημένη οικονομία ενώ γνωρίζουν ότι οι ανισότητες πλέον εμφανίζονται γιγαντωμένες και στο εσωτερικό των ανεπτυγμένων χωρών του «οικονομικού Βορά».

Στα «VIII» και «IX» και πάλι περιγράφεται η ανάγκη για καθολικότητα των μέτρων σε μια διεθνοποιημένη οικονομία: «VIII: Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.

IX: Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινή έκθεση του W.H.O και της UNICEF για την Π.Φ.Υ. συνιστά μια σταθερή βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και τη λειτουργία της σε παγκόσμιο επίπεδο.»

Η απάντηση της κυριαρχίας στην πολυδιάστατη κρίση, όσο αφορά στα συστήματα περίθαλψης για έναν «**κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο**» είναι η ΠΦΥ! «V» και «VI»: V: «Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού

του στόχου ως μέρους μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

VI: «Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξάρτητα σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.»

- Ουσιαστικά: αλλαγή παραγωγικού μοντέλου στη βιομηχανία της Υγείας και είναι προφανής η ομοιότητα με την απάντηση εν γένει της βιομηχανίας στην κρίση, την περίοδο που συζητάμε (τέλη της δεκαετίας του '70) με αλλαγή μοντέλου οργάνωσης της εργασίας σε όλους τους τομείς. Το φορντικό μοντέλο αντικαθίσταται σε σημαντικούς τομείς της βιομηχανίας από πιο ευέλικτα μοντέλα οργάνωσης της εργασίας όπως ο τογιοτισμός, παραγωγή just in time κλπ: «VI»
- Κεντρική φιγούρα εργαζόμενου στις πιο ευέλικτες μορφές παραγωγής σε όλη τη βιομηχανία, ο multiskilled εργάτης, αντικαθιστά τον εργάτη του ιμάντα της αλυσίδας παραγωγής. Το αντίστοιχο στη Βιομηχανία της Περίθαλψης ο Γενικός/Οικογενειακός Γιατρός, τον οποίο θεωρεί σημαντικό να επιβάλει και ως εκ τούτου να περιγράψει τις «προδιαγραφές» του και η διακήρυξη της Άλμα Άτα (επακριβώς αναφέρεται σε όλα τα συνοδευτικά κείμενα): «VII §: 2, 3 και 7» « Η Π.Φ.Υ... 2. ...εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας ανάλογες υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: εκπαίδευση που αφορά τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους· διασφάλιση επαρκούς σίτισης και προαγωγή σωστής διατροφής· επαρκή παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και αποχέτευσης· μητρική και παιδική φροντίδα υγείας, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού· ανοσοποίηση έναντι των κυρίων μεταδοτικών λοιμώξεων· πρόληψη και έλεγχο τοπικών ενδημικών νόσων· κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων· προμήθεια βασικών φαρμάκων.
4. εμπλέκει, πέραν του τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και σε όλες τις μορφές τους· συγκεκριμένα: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.α· και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων.
7. στηρίζεται, τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών, όπως επίσης και πρακτικών θεραπευτών εφόσον χρειάζεται, κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα.
- Συμπέρασμα: νέα μορφή οργάνωσης της εργασίας προκειμένου το σύστημα να ανταπεξέλθει στην περίοδο κρίσης. Κεντρική φιγούρα ο multiskilled Γενικός Γιατρός που καλείται να αντιμετωπίσει τις ασθένειες των πολλών, στον τόπο κατοικίας/εργασίας τους, και να διαχειρίζεται την κίνηση στη συνέχεια εντός του συστήματος, ανάλογα πάντα με το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης της περιοχής αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου.

Κατανοητό βέβαια ότι η ανάπτυξη στον τομέα ιατροτεχνολογικής αιχμής δε σταματά και η πρόσβαση στα προϊόντα της παραμένει ελεύθερη μόνο για όσους διαθέτουν την οικονομική δυνατότητα, είτε ατομικά είτε σε επίπεδο κρατών.

- Ευφημισμών συνέχεια: Διασφάλιση υγείας και όχι θεραπεία, πρόληψη, συμμετοχή κοινότητας. Η **συμμετοχή της κοινότητας** αποδείχτηκε ήδη στην πράξη ότι επρόκειτο περί **ευφημισμού** και έχουν σταματήσει να τα λένε και οι ίδιοι, εκτός από τη αριστερά της οποίας αποτελούν ευσεβείς πόθοι. Αυτό που κρατάμε είναι η **ιατρικοποίηση της πρόληψης και της Υγείας ευρύτερα** που είναι διάχυτη σε άρθρα της διακήρυξης, και **αξίζει να συμπεριληφθεί στην κριτική**.
- Συμπέρασμα: πρέπει να ξεχωρίσουμε τους «ευφημισμούς» της αριστερή ρητορικής για «υγεία για όλους» κλπ μέσω της ΠΦΥ από τον ουσιαστικό ρόλο της ΠΦΥ: οργάνωση της εργασίας, διαχείριση της περίθαλψης για τα κατώτερα οικονομικά στρώματα σε περίοδο κρίσης (αξίζει να σημειωθεί ότι η ΠΦΥ δεν αποτέλεσε ποτέ αυτούσιο κοινωνικό ή εργατικό αίτημα πέρα από το αίτημα για δημόσια δωρεάν υγεία για όλους το οποίο όμως δε μετασχηματίστηκε σε αίτημα για ΠΦΥ).
- Σημεία συζήτησης: πιθανά αιτήματα στο σήμερα, κοινοί αγώνες εργαζομένων και εξυπηρετούμενων υπηρεσιών υγείας.