

Δίκτυο Παρέμβασης στην Υγεία

Τιμή ενίσχυσης: 50 λεπτά

ΤΕΥΧΟΣ 1

Απρίλιος 2007



Η υγεία είναι δικαίωμα Ας το διεκδικήσουμε

Γιατί «Δίκτυο Παρέμβασης στην Υγεία»;

Γιατί ο κατακερματισμός των εργαζομένων στην υγεία εμποδίζει την κοινή δράση, την ώρα που τα αιτήματα για καλύτερες συνθήκες εργασίας και για την υπεράσπιση της δημόσιας υγείας είναι πάνω κάτω κοινά για όλους τους υγειονομικούς. Γιατί υπάρχει ένα σημαντικό κομμάτι των υγειονομικών που κρατάει αξιοπρεπή στάση στο χώρο εργασίας του και που αξίζει να κινητοποιηθεί.

Γιατί η διεκδίκηση του δικαιώματος στην υγεία προϋποθέτει τη συσπείρωση και την κινητοποίηση όσων θίγονται από την πολιτική του νεοφιλελευθερισμού, δηλαδή των υγειονομικών, των ασθενών και όλου του εργαζόμενου κόσμου. Γιατί χρειάζεται η κοινή δράση των «μέσα» με τους «έξω» της υγείας, μια προϋπόθεση που δεν καλύπτεται από τη δεδομένη κατάσταση του συνδικαλισμού μέσα στους υγειονομικούς χώρους.

Η αμφισβήτηση και η κριτική της κατάστασης της περίθαλψης παραμένει ζητούμενο, την ώρα που θα μπορούσε να γίνει σημείο συσπείρωσης ευρύτερου δυναμικού ενάντια στην ιδιωτικοποίηση της υγείας. Αμφισβήτηση που να γίνεται με όρους παρέμβασης ενάντια στις πολιτικές που ασκούνται, αποκαλύπτοντας τους μηχανισμούς ιδιωτικοποίησης και διάλυσης του συστήματος περίθαλψης και όχι να γίνεται για ψηφοθηρικούς λόγους ή ανάγοντας όλα τα φταιξίματα στον καπιταλισμό, περιμένοντας τις άλλες κοινωνικές καταστάσεις που θα λύσουν το πρόβλημα...

Είναι αναγκαία η δραστηριοποίηση ενός πανελλαδικού δικτύου που να θέτει μέσα στην κοινωνία το ζήτημα «της υγείας για το λαό». Γιατί χρειάζεται η απεύθυνση σε πολύ κόσμο. Γιατί μπορούν να ανοιχτούν πολλά ζητήματα, να παρθούν πρωτοβουλίες στα νοσοκομεία, στις γειτονιές, στους χώρους δουλειάς και αλλού με στόχο να δυναμώσουν οι αντιστάσεις μέσα κι έξω από τους υγειονομικούς χώρους (επιτροπές κατοίκων, κινήσεις πολιτών κ.τ.λ.) ενάντια στο νεοφιλελεύθερο χαρακτήρα που παίρνει η υγεία σήμερα.

Γιατί, ακόμα και σήμερα, θα μπορούσαμε να έχουμε μικρές νίκες, πηγαίνοντας στο συγκεκριμένο και κινητοποιώντας δυνάμεις σε ένα ζήτημα κομβικό για το νεοφιλελευθερισμό, σημαντικό για την καθημερινότητά μας. Διεκδικώντας το δικαίωμά μας στη δωρεάν περίθαλψη.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Γιάννης Νικηφοράκης: 6974329343 / Yiannis1017@yahoo.gr
Τάσος Γιακουμής: 6944629872 / tasgiak@yahoo.gr

Και όμως η υγεία δεν είναι εμπόρευμα. Είναι δικαίωμα. Είναι μια αλήθεια που την αμφισβητεί έντονα το νεοφιλελεύθερο κοινωνικό μοντέλο που έχει επιβληθεί. Η ικανοποίηση των λαϊκών αναγκών για περίθαλψη θεωρείται σήμερα αναχρονισμός. Το κράτος, παγκόσμια και στη χώρα μας, δεν αναγνωρίζει καμία υποχρέωση να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών. Έτσι η δωρεάν υγεία είναι ένα δικαίωμα που στις μέρες μας αναιρείται για ολοένα μεγαλύτερα κομμάτια πληθυσμού, αφού:

– Εντείνεται η ιδιωτικοποίηση-εμπορευματοποίηση της υγείας και της πρόνοιας και γιατί σταθερά υποχρηματοδοτείται το δημόσιο σύστημα περίθαλψης.

– Η υγεία έχει γίνει μια πανάκριβη υπόθεση για το σύνολο των εργαζομένων.

– Οι αποκλεισμένοι της υγείας διαρκώς αυξάνουν. Γιατί μπαίνουν οικονομικοί φραγμοί και καταργείται η κοινωνική ασφάλιση.

– Το δημόσιο σύστημα περίθαλψης, το ήδη υποβαθμισμένο ΕΣΥ, δεν αντέχει στις πολιτικές ρυθμίσεις που επιβάλλει το υπουργείο και η κυβέρνηση.

– Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οι απάνθρωπες συνθήκες εργασίας, η ανεργία και η ανασφάλεια γενούν τη σωματική και την ψυχική αρρώστια, την ώρα που η κοινωνική και η κρατική παρέμβαση και πρόνοια εγκαταλείπονται.

– Το κριτήριο της κερδοφορίας διαμορφώνει μια υγεία μακριά από τις ανάγκες του κόσμου.

Συνολικά, το δικαίωμα στη δημόσια και δωρεάν υγεία αμφισβητείται και στην πράξη έχει αναιρεθεί από τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που εφαρμόζουν όλα αυτά τα χρόνια από κοινού οι κυβερνήσεις της Νέας Δημοκρατίας και του ΠΑΣΟΚ.

Το δικαίωμα στην Υγεία πρέπει να γίνει κοινωνικό αίτημα

Το μοντέλο της νεοφιλελεύθερης υγείας επιβάλλει να αναπτύσσονται οι υπηρεσίες της με κριτήρια το κόστος και την ανταποδοτικότητα. Ανταποδοτικότητα, που για τους επενδυτές μεταφράζεται σε κέρδη, ενώ το κόστος μεταφέρεται στις τσέπες των πολιτών... Όσο για το κράτος, αποτραβιέται σε ρόλο διαχειριστή. Στόχος τους δεν είναι, προς το παρόν τουλάχιστον, η πλήρης εξαφάνιση κρατικού συστήματος περίθαλψης. Τους ενδιαφέρει, όμως, να καταργήσουν το δημόσιο χαρακτήρα του. Το υποβαθμισμένο και ανεπαρκές σύστημα περίθαλψης είναι πηγή κερδοφορίας για το ιδιωτικό κεφάλαιο. Ειδικά στη Ελλάδα, που έχουμε από τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες υγείας και από τις υψηλότερες ιδιωτικές, αυτό το σχήμα αποδεικνύεται ιδιαίτερα προσοδοφόρο για τους ιδιώτες. Εί-

ναι μια πολιτική που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στη διαρκή υποβάθμιση των υπηρεσιών, εις βάρος της τσέπης μας, εις βάρος και της ποιότητας της περίθαλψης που έχει ο πολίτης.

Οι εργασιακές συνθήκες στα νοσοκομεία αλλάζουν χρόνο με το χρόνο εις βάρος όχι μόνο των εργαζομένων υγειονομικών αλλά και εις βάρος των ασθενών και των πολιτών που τα επισκέπτονται καθημερινά. Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων είναι θύματα της εγκατάλειψης της δημόσιας υγείας, αφού αναγκάζονται να δουλεύουν σε συνθήκες έλλειψης προσωπικού και σε εξαντλητικά ωράρια, στην πλειοψηφία τους χαμηλοαμειβόμενοι. Τα πράγματα προβλέπονται ακόμα χειρότερα τόσο για τους εργαζόμενους των νοσοκομείων όσο και για τους ασθενείς, καθώς προσλήψεις μόνιμου προσωπικού δεν γίνονται. Όσο κι αν το Υπουργείο υπόσχεται προσλήψεις, για κάθε 100 άτομα που προσλαμβάνονται στο ΕΣΥ την τριετία αποχωρούν 136 λόγω συνταξιοδότησης. Και οι εργασιακές σχέσεις των υγειονομικών αναμένεται να ελαστικοποιηθούν κι άλλο... Η ιδιωτικοποίηση του ΕΣΥ προϋποθέτει ευέλικτους εργασιακά υγειονομικούς. Στην πραγματικότητα, εξθλιωμένοι υγειονομικοί σημαίνει χειρότερη υγεία για τον πολίτη. Γι' αυτό και οι υγειονομικοί εργαζόμενοι οφείλουν να έχουν ενεργό ρόλο στην αποκάλυψη αυτής της πραγματικότητας, στη διεκδίκηση αξιοπρεπών συνθηκών εργασίας, στη διεκδίκηση καλύτερης παροχής υγείας σε όλο τον κόσμο, χωρίς αποκλεισμούς.

Οι αντιστάσεις μέσα κι έξω από τα νοσοκομεία μπορεί να δυναμώσουν

Ο στόχος της ανάδειξης και προβολής μέσα στην κοινωνία του ζητήματος της περίθαλψης από τη μεριά των λαϊκών αναγκών είναι ρεαλιστικός και αναγκαίος. Η διεκδίκηση του δικαιώματος στη δημόσια και δωρεάν υγεία χρειάζεται μια ευρύτερη συσπείρωση. Οι υγειονομικοί μπορούν από κοινού με τους αποκαλούμενους χρήστες των υπηρεσιών υγείας να διεκδικήσουν την περίθαλψη που έχει ανάγκη ο κόσμος και οι εργαζόμενοι, κόντρα στις «λύσεις» που επιβάλει ο νεοφιλελευθερισμός. Υπάρχουν σήμερα αιτήματα που, αν παλευτούν, μπορεί να κινητοποιήσουν και συνενώσουν ένα ευρύτερο δυναμικό, όπως «γιατί ένα νοσοκομείο να παραπέμψει σε ιδιώτες» ή «γιατί ένα μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων να χρειάζεται να πληρώνει για προληπτικές και άλλες ιατρικές εξετάσεις». Το πιο σημαντικό είναι η ισχυροποίηση μιας κοινής φωνής από όλους όσοι δεν αποδέχονται την κατάσταση, που να καταδεικνύει το πρόβλημα, να ξεσκεπάσει πολιτικές και να διεκδικεί.

Ακριβή υγεία δε ση

Κείμενα: Γιάννης Νικηφοράκης, ειδικευόμενος γενικός γιατρός – Γιάννης Καράμ

Πόσο δημόσια είναι η «Δημόσια Υγεία»;

Η υγεία πια στη χώρα μας είναι ένα πολύ ακριβό προϊόν, γεγονός που κάνει τις υπηρεσίες υγείας και την προσβασιμότητα σε αυτές να είναι σε άμεση σχέση με το εισόδημα των πολιτών. Με τη συνεχή αύξηση των δαπανών για φάρμακα, για νοσηλεία στα νοσοκομεία, για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς, για μαιευτική και οδοντοϊατρική περίθαλψη και με την παραοικονομία να είναι υπαρκτή, περίπου 4 στους 10 ασθενείς που νοσηλεύονται να πληρώνουν το φακελάκι (περίπου 200 εκ. ευρώ ετησίως), η υπόθεση της περίθαλψης φανερώνει πια πολλές κοινωνικές ανισότητες. Η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για περίθαλψη έχει αυξηθεί 50% τα τελευταία χρόνια, σε μια περίοδο που τα οικονομικά των μισθωτών διαρκώς στενεύουν. Η ίδια η ΕΕ παρατηρεί πως οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα «φανερώνουν ανισότητες στη χρήση και στην πρόσβαση των υπηρεσιών» καθώς και ότι τα νοικοκυριά που μένουν σε ενοίκιο ή που επιβαρύνονται με στεγαστικά δάνεια δεν έχουν την οικονομική άνεση να δαπανούν χρήματα για την υγεία τους.

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΣΔΥ, όσο πιο υψηλό είναι το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο καλή είναι η υγεία. Η πρόληψη και η φροντίδα των δοντιών είναι προνόμιο των εχόντων, ενώ οι φτωχοί καταφεύγουν στην εύκολη λύση του φαρμακείου αγοράζοντας φάρμακα από μόνοι τους, αδυνατώντας να πληρώσουν τον εξειδικευμένο και καλού επιπέδου παροχής φροντίδας γιατρό και καταφεύγουν στα νοσοκομεία όταν η κατάσταση της

υγείας τους είναι πια επιβαρυνμένη. Ελλιπή χρήση των υπηρεσιών κάνουν οι μετανάστες, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρία και οι χρόνια πάσχοντες. Μαζί με αυτούς, και τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα το πρόβλημα της ανεπαρκούς κοινωνικής ασφάλισης. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα δηλώνουν σε μεγαλύτερα ποσοστά κακή υγεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι φτωχότεροι και οι άποροι έχουν αυξημένη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία, μακρύτερη διάρκεια νοσηλείας και βαρύτερες νόσους έως και 5 φορές από το μέσο όρο, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των άπορων ασθενών πεθαίνει στα νοσοκομεία λόγω της βαρύτητας της νόσου ή της έλλειψης φροντίδας από το κοινωνικό περιβάλλον.

- Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι στο 48,7% των συνολικών δαπανών και αυξάνουν κατά 8,1% κάθε χρόνο.

- Κατά μέσο όρο, 127 ευρώ το μήνα πληρώνει κάθε νοικοκυριό για φάρμακα ιδιώτες γιατρούς και νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία.

- Το 35,7% για νοσοκομειακές υπηρεσίες αλλά και το 59,2% των ιατρικών επισκέψεων δεν καλύπτονται από τα ταμεία.

- Η φαρμακευτική δαπάνη έχει αυξηθεί κατά 133% την τελευταία πενταετία.

- Τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών αυξάνουν κατά 12-14% ανά έτος.

- Το 25% των ασθενών πληρώνουν εξολοκλήρου από την τσέπη τους τη νοσηλεία τους στα δημόσια νοσοκομεία (στοιχεία ΕΣΔΥ).

- Ο φτωχός πληθυσμός μπορεί να πληρώνει μόνο το ένα τρίτο των χρημάτων που δαπανά για την υγεία του ο μη φτωχός και 6% του πληθυσμού δε χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης χρημάτων.

Ακάλυπτοι οι ασφαλισμένοι

Παραδείγματα εξετάσεων που δεν καλύπτονται από τα Ταμεία και το κόστος τους (σε ευρώ)

Διάφορα σπινθηρογραφήματα

300 - 1.000 €

Μαγνητική φασματοσκοπία εγκεφάλου

500 €

Αξονική στεφανιογραφία

450 €

Λειτουργική μαγνητική τομογραφία

400 €

Εξομίσωση ακτινοθεραπείας

260 €

Μπλοκ προστασίας ακτινοθεραπείας

150 €

ΣΔΙΤ: ένα αποτυχημένο μοντέλο που παρουσιάζεται ως λύση

Νέα ώθηση δίνει η κυβέρνηση στο χορό που έχουν στήσει οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας με τα δοκιμασμένα στο εξωτερικό προγράμματα των συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, γνωστά ως ΣΔΙΤ. Προωθούν την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας με το επιχείρημα ότι έτσι θα πετύχουμε μείωση του κόστους και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Ο υπ. οικονομίας Αλογοσκούφης δηλώνει ότι «χωρίς τις ΣΔΙΤ, η κατασκευή μεγάλων έργων (μέσα σ' αυτές και η ανέγερση νοσοκομείων) δεν θα είχε προχωρήσει, γιατί δεν υπάρχουν ούτε οι οικονομικοί πόροι ούτε η τεχνολογία γι' αυτό». Για την ώρα, πέντε νέα νοσοκομεία και τέσσερα κέντρα αποκατάστασης αναμένεται να ανεγερθούν με αυτή τη μέθοδο, συνολικού κόστους 1,5 δισ. ευρώ, ενώ και ένα σημαντικό μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως τη σχεδιάζει το Υπουργείο, θα χρηματοδοτηθεί με τον ίδιο τρόπο.

Ουσιαστικά, πρόκειται για την παράδοση μεγάλων τμημάτων της δημόσιας περιουσίας του ΕΣΥ στον ιδιωτικό τομέα. Υποτίθεται ότι ο ιδιωτικός τομέας απαλλάσσει την κρατική μηχανή από εκείνες τις διαδικασίες που μπορεί να φέρει σε πέρας καλύτερα, φτηνότερα και γρηγορότερα σε σχέση με το δημόσιο. Οι ιδιώτες αναλαμβάνουν τη χρηματοδότηση και την ανέγερση των υποδομών και ως αντάλλαγμα το κράτος παραχωρεί το δικαίωμα της οικονομικής τους εκμετάλλευσης για 30 έως και 50 χρόνια. Με άλλα

λόγια, πρόκειται για επενδύσεις με σίγουρο κέρδος από τις τσέπες των ασθενών και των συγγενών τους!

Είναι, έτσι κι αλλιώς, επικίνδυνο να αντιμετωπίζεται η υγεία και η περίθαλψη με κριτήρια το κόστος και την ανταποδοτικότητα, είναι, έτσι κι αλλιώς, αναληθές το επιχείρημα της κυβέρνησης ότι δεν υπάρχουν οι οικονομικοί πόροι για δημόσιες επενδύσεις, όταν τα κέρδη των επιχειρήσεων έχουν αυξηθεί κατά 35% την τελευταία πενταετία, όταν η φοροδιαφυγή αυξάνει και όταν η παραοικονομία μόνο της υγείας υπολογίζεται στα 1,8 δισ. ετησίως. Ωστόσο, ακόμα και το βασικό επιχείρημα του περιορισμού του κόστους (του κράτους) είναι ψέμα, καθώς οι επενδύσεις μέσω των ΣΔΙΤ ούτε ανταποδοτικές ούτε προσοδοφόρες αποδεικνύονται, παρά την αντίθετη ρητορική, όπως έχει δείξει η μέχρι τώρα εφαρμογή τους σε άλλες χώρες.

Η δεκαεπενταετής εμπειρία από την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στη Βρετανία αποδεικνύει την πλήρη αναποτελεσματικότητα, από την πλευρά του κοινωνικού οφέλους, αυτών των πολιτικών. Στοιχίζουν αρκετά περισσότερο από τα παραδοσιακά προγράμματα δημοσίων επενδύσεων, δεσμεύουν τις επόμενες γενιές φορολογουμένων για 30-50 χρόνια, υποβαθμίζουν την ποιότητα των νέων υποδομών και οδηγούν στην περικοπή αναγκαίων υπηρεσιών υγείας και προσωπικού. Στη Βρετανία, ακόμα και οι θερμοί υποστηρικτές τους παραδέχονται ότι το κόστος για το

κράτος κατέληξε υπερπολλαπλάσιο – με τελικό απολογισμό 53 δισ. λίρες αντί για 8 δισ. που αρχικά υπολογίζονταν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παραδέχεται ότι, παρόλο που με αυτόν τον τρόπο τα έργα παραδίδονται στην ώρα τους, αυτό γίνεται σε βάρος της ποιότητας και της λειτουργικότητάς τους. Εύστοχα, ακόμα και οι Συντηρητικοί στην Αγγλία, παρατηρούν ότι «οι περικοπές απειλούν να κλείσουν νοσοκομεία σε όλη τη χώρα, την ίδια στιγμή που 80 οργανισμοί του αγγλικού ΕΣΥ έχουν δεσμευτεί σε μακροπρόθεσμα συμβόλαια για κατασκευές που δεν ξέρουμε αν το ΕΣΥ τις χρειάζεται».

Η παράδοση του ευαίσθητου τομέα της υγείας στο ιδιωτικό κεφάλαιο γίνεται με το πρόσχημα της άθλιας κατάστασης που υπάρχει στη δημόσια υγεία. Κανένας όμως δεν εγγυάται ότι η νέα κατάσταση θα είναι καλύτερη. Ειδικά οι κερδοσκοπικοί όροι των ΣΔΙΤ πολλαπλασιάζουν αντί να συγκρατούν το κόστος. Κόστος που τελικά μετακυλίεται στις πλάτες του κόσμου. Κυβέρνηση και Υπουργείο μάς επιβάλλουν μια μορφή εμπορευματοποίησης που αποδεικνύεται θετική μόνο για την αύξηση της κερδοφορίας των ιδιωτικών επιχειρήσεων με δημόσιο χρήμα. Αντίθετα, για τους πολίτες θα σημαίνει περισσότερες δαπάνες και έκπτωση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, που θα μετριούνται χρόνο με το χρόνο με αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας.

Εξετάσεις που αποζημιώνονται με ελάχιστα χρήματα	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ
	Γενική αίματος	15 € - 25 €	2.88 €
	Χοληστερίνη	15 € - 30 €	4.75 €
	Τρίπλεξ καρωτίδων	110 € - 195 €	52.82 €
	Αξονική τομογραφία	100 € - 150 €	71.11 €
	Μαγνητική τομογραφία	340 € - 450 €	116.16 €
	Μαστογραφία	70 € - 100 €	8 €
	Τεστ κοπώσεως	60 € - 120 €	28.11 €
	Εγκεφαλογράφημα	90 € - 150 €	8.6 €

μαίνει καλύτερη...

Πελας, ειδικευόμενος γενικός γιατρός – Δημήτρης Σκλαβενίτης, νευροχειρουργός

Η άλωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Όσο το κράτος διώχνει από πάνω του τη υποχρέωση της υγειονομικής μας κάλυψης και το μεταφέρει σαν κόστος στις τσέπες μας, η ιδιωτική πρωτοβουλία γίνεται πιο ασύδοτη να κερδοσκοπεί. «Για την υγεία μου, ας πληρώσω κάτι παραπάνω», συνηθίζουμε να λέμε. Όμως η προώθηση της ιδιωτικοποίησης της υγείας έχει συνολικά υποβαθμίσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού. Ήδη τις μισές δαπάνες για υγεία τις πληρώνουμε άμεσα από τις τσέπες μας, χωρίς να βελτιώνονται ούτε οι δείκτες ούτε η καθημερινότητα που ζει ο μέσος ασθενής. Το πρόβλημα δεν είναι ούτε η κακοδιαχείριση ούτε η εξοικονόμηση πόρων, γενικά και αόριστα, που προσπαθούν να μας πείσουν. Το πρόβλημα είναι η γιγάντωση της ιδιωτικής υγείας που προωθείται ταυτόχρονα με την υποβάθμιση του δημόσιου συστήματος περίθαλψης. Πρόκειται για ξεκάθαρη πολιτική επιλογή, της εγκατάλειψης, δηλαδή, του ΕΣΥ, της υποβάθμισης των ασφαλιστικών ταμείων... Μια πολιτική που μετακυλίζει τα βάρη στους ασφαλισμένους, που σπρώχνει την υγεία στον ιδιωτικό τομέα. Με μόνο το 6% των δημοσίων δαπανών να δίνεται για την υγεία, βρισκόμαστε στην τελευταία θέση της ΕΕ των 25. Την ίδια ώρα που ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα είναι περί τα 12%. Στην πραγματικότητα, η υποχρηματοδότηση-υποβάθμιση του ΕΣΥ έχει ανοίξει το δρόμο για την παρασιτική ανάπτυξη της ιδιωτικής υγείας εις βάρος της δημόσιας.

Οι επενδύσεις του ιδιωτικού κεφαλαίου στην υγεία έχουν αυξηθεί πάνω από 1.400% την τελευταία δεκαεπενταετία, με αποτέλεσμα στην υψηλή τεχνολογία και στα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα να υπερέχει έναντι του δημόσιου. Εξειδικευμένες αλλά και βασικές προληπτικές εξετάσεις βρίσκονται στα χέρια των ιδιωτών. Ενδεικτικά, από τους 200 αζονικούς τομογράφους σε όλη τη χώρα, μόνο οι 48 ανήκουν στο δημόσιο τομέα, ενώ από τους 323 μαστογράφους, μόνο οι 52. Πλήθος διαγνωστικών εξετάσεων κατευθύνονται στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα λόγω της «αδυναμίας» των δημοσίων νοσοκομείων και της γραφειοκρατίας των ταμείων. Η διάγνωση έχει γίνει ένας από τους πιο προσοδοφόρους τομείς του ιδιωτικού κεφαλαίου.

Τεράστια ποσά κάθε χρόνο καταλήγουν από τις τσέπες μας στους ιδιώτες, λόγω της ανεπάρκειας της δημόσιας περίθαλψης. Ασφαλιστικά ταμεία και εργαζόμενοι πληρώνουν 2 δις ευρώ κάθε χρόνο στον ιδιωτικό τομέα που υπερκοστολογεί τις υπηρεσίες του έναντι του δημόσιου. Οι δαπάνες συνολικά των ασφαλιστικών οργανισμών για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν κατά 78.5%. Πολλές οι ιατρικές εξετάσεις που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία ή που αποζημιώνονται με ελάχιστα χρήματα αφού έχουν να κοστολογηθούν από το 1991. Μια γενική αίματος που κοστίζει 15 με 25 ευρώ στον ιδιωτικό τομέα τα ταμεία καλύπτουν μόνο 2.9 ευρώ, μια μαστογραφία που κοστίζει έως 100 ευρώ μόνο 8 ευρώ και ένα τεστ κόπωσης που κοστίζει έως 120 ευρώ μόνο 28 ευρώ.

Το ΕΣΥ ενώ απαξιώνεται αποδεικνύεται ένας πακτωλός κερδοφορίας για τους επιχειρηματίες της υγείας. Οξύμωρη η πραγματικότητα που μας παρουσιάζουν, από τη μια τα νοσοκομεία εμφανίζονται ελλειμματικά με κακή παροχή υπηρεσιών και με έντονη τη δυσαρέσκεια των πολιτών και από την άλλη επιχειρηματίες πρόθυμοι να επενδύσουν σε αυτά και να καταστήσουν κερδοφόρα απλώς με μια πιο ορθολογική διαχείριση... Οι επιχειρηματίες διατείνονται πως το δημόσιο δεν μπορεί να προσφέρει, πως δημιουργεί ελλείμματα και ζημιές, ενώ αυτοί πλεονάσματα και επενδύσεις... Πράγματι, αλλά με το κόστος να βαραίνει τις πλάτες μας. Έχοντας πια αναλάβει τη σίτιση, την καθαριότητα την συντήρηση αρκετών

νοσοκομείων δεν αρκούνται σε αυτά. Ζητούν πλέον επίσημα το μάνατζμεντ των κρατικών νοσοκομείων (πχ πρόταση EuroMedica να αναλάβει το μάνατζμεντ του Ωνασείου). Στο στόχαστρο είναι να διαχειριστούν ακόμα μεγαλύτερα κονδύλια, είναι ο έλεγχος των προμηθειών και της στελέχωσης, είναι-για το μέλλον- να ιδιωτικοποιήσουν τις εργασιακές σχέσεις. Οι συγχωνεύσεις, οι εξαγορές και οι συμμαχίες με τα ξένα κεφάλαια που ανακοινώνονται συνέχεια στην ιδιωτική υγεία αφορούν τη διεκδίκηση πιο επίκαιρων θέσεων για τη λεηλασία της δημόσιας. Εκτός από τα νοσοκομεία, ιατρικές υπηρεσίες «ειδικού τύπου» όπως ο τομέας της αποκατάστασης, η περίθαλψη των παιδιών και η αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων είναι κι αυτές προς επενδύσεις με υψηλά περιθώρια κέρδους, δεδομένης της ανεπάρκειας του δημόσιου τομέα και του χαμηλού επενδυτικού κόστους...

Για το άμεσο μέλλον στόχοι είναι η πραγματοποίηση έργων με τη μέθοδο της σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) και παράδοση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ιδιώτες. Με ωραιοποιήσεις και αριθμητικά παραδείγματα άλλων χωρών (κύρια από Μ Βρετανία) μας παρουσιάζουν τα πλεονεκτήματα της εισβολής του ιδιωτικού τομέα στο δημόσιο... Η εμπορευματοποίηση και η λεηλασία της δημόσιας υγείας προχωρά με γοργούς ρυθμούς. Επιβάλλεται μια ευρύτερη συσπείρωση μεταξύ των εργαζομένων υγειονομικών και της κοινωνίας, των πολιτών που υφίστανται τη λαίλαπα της ιδιωτικοποίησης για να απαντηθεί.



Πρωτοβάθμια υγεία, αναγκαιότητα ή μοχλός ιδιωτικοποίησης;

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη, ο ανολοκλήρωτος πυλώνας του ΕΣΥ, που κάθε υπουργός τα τελευταία χρόνια υποσχεται την ολοκλήρωσή του, παραμένει ανεφάρμοστη. Το σχέδιο νόμου που εξήγγειλε πέρυσι ο Κακλαμάνης ποτέ δεν προχώρησε, ενώ και το νέο σχέδιο νόμου του Αβραμόπουλου, ακόμα κι αν εφαρμοστεί, κάθε άλλο παρά υπηρετεί τις πραγματικές λαϊκές ανάγκες.

Το «Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης» που εισάγει ο Αβραμόπουλος έχει ως βασικό άξονα τον οικογενειακό γιατρό και βασικά επιχειρήματα την ελεύθερη επιλογή γιατρού από τους πολίτες και την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Στην πραγματικότητα, όμως, το νέο νομοσχέδιο προάγει την ιδιωτικοποίηση καθώς επιτρέπει σε ιδιώτες να αναπτύξουν κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Τα 300.000.000 ευρώ, που απαιτούνται για τη έναρξη της εφαρμογής του, δεν εγγράφονται στον προϋπολογισμό του 2007. Το κενό θα το καλύψει η ιδιωτική πρωτοβουλία, καθώς οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που προβλέπονται θα ανεγερθούν με το πρόγραμμα των ΣΔΙΤ και για τη στελέχωσή τους εξετάζεται το ενδεχόμενο πρόσληψης προσωπικού με ιδιωτικές συμβάσεις.

Οι οικογενειακοί γιατροί, σε σύμβαση με το Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, θα αμείβονται είτε ανά ασφαλισμένο είτε ανά επίσκεψη. Οι πολίτες, αφού θα πληρώνουν ένα «συμβολικό» ποσό στην αρχή της χρονιάς, θα έχουν τον οικογενειακό τους ιατρό, που μόνο αυτός θα μπορεί να τους παραπέμψει στα δη-

μόσια νοσοκομεία. Αν με δική τους πρωτοβουλία καταφύγουν σε αυτά, τότε θα πληρώνουν αντίτιμο ως πρόστιμο. Ανεπαντίως, «ελεύθερη» θα παραμένει η επιλογή της ιδιωτικής υγείας, με ή χωρίς την παραπομπή του οικογενειακού γιατρού. Το Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας, στην ουσία, θα λειτουργεί με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, ως ανεξάρτητος και ενδιάμεσος φορέας, ορθώνοντας φραγμούς προς το διαρκώς υποβαθμιζόμενο ΕΣΥ, αντιμετωπίζοντας όσους μπορεί και παραπέμποντας τους υπόλοιπους (έμμεσα ή άμεσα) στην ιδιωτική υγεία.

Έχουμε ανάγκη την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΠΦΥ) υγείας, όχι όμως αυτή που προωθεί το Υπουργείο. Παρά την εξέλιξη στην ιατρική, η ποιότητα των υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτές γίνονται όλο και χειρότερες για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού λόγω της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών, του κόστους διαβίωσης και της υποβάθμισης της κοινωνικής ασφάλισης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη σήμερα είναι ιδιωτική υπόθεση – οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε ποσοστό 65% αφορούν την πρωτοβάθμια. Την έχουν αναλάβει οι ιδιώτες γιατροί και τα μεγάλα διαγνωστικά και ιατρικά κέντρα, πράγμα που μεταφράζεται σε μεγάλο οικονομικό βάρος των νοικοκυριών για διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις. Προληπτικές εξετάσεις στα νοσοκομεία και στο ΙΚΑ πρακτικά δεν γίνονται, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να «σπρώχνονται» προς τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, που θησαυρίζουν, ενώ τα ταμεία αδυνατούν να καλύψουν ακόμα και εξετάσεις ρουτίνας των ασφαλισμένων τους.

Ωστόσο, ΠΦΥ,θα έπρεπε να σημαίνει ενημέρωση, πρόληψη, υγειονομική κάλυψη στους χώρους εργασίας, αντιμετώπιση της νοσηρότητας που οφείλεται στην οικονομική εξαθλίωση, περίθαλψη και αποκατάσταση στους μετανάστες, στους άπορους, στους χρονίως πάσχοντες και στους αναπήρους... Ένα καθολικό και βιώσιμο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Μια τέτοια ΠΦΥ, που αντιλαμβάνεται την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την εφαρμοζόμενη νεοφιλελεύθερη πολιτική, που διπλό στόχο έχει τη μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης προς τους πολίτες και την κερδοφορία για τους ιδιώτες. Γι' αυτό και ΠΦΥ προς όφελος του πολίτη δεν πρόκειται να φτιαχθούν. Αντίθετα, θέλουν να μας πείσουν πως η περίθαλψη είναι ατομική μας υπόθεση, και το κόστος να το αναλάβουμε εμείς... Αποκαλυπτική των προθέσεων είναι η διστακτικότητα, λίγους μήνες πριν, του Υπουργείου να χορηγήσει δωρεάν το εμβόλιο κατά του καρκίνου της μήτρας και οι προτάσεις Τσιτουρίδη να πληρώνουν οι ασφαλισμένοι το σύνολο των προληπτικών εξετάσεων.

Απομένει ζήτημα λαϊκής διεκδίκησης η ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πλήρως ενταγμένου σε ένα αναβαθμισμένο, καθολικό, δημόσιο και δωρεάν σύστημα υγείας. Δημόσιοι πόροι μπορεί να υπάρξουν, φτάνει να σταματήσει η εκροή χρημάτων από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, το πλιάτσικο εις βάρος των ταμείων, οι μίζες και η υπερκοστολόγηση προμηθειών και φαρμάκων, φτάνει να εφαρμοστεί ένας πιο κοινωνικός προϋπολογισμός.

Δημόσια υγεία: εργαστήριο δοκιμής κι εφαρμογής μεσαιωνικών εργασιακών σχέσεων

Τάσος Γιακουμής, επιμελητής ΕΣΥ, μέλος Δ.Σ. της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Αχαΐας .N.A.)

Φαντάζει σχήμα οξύμωρο, σ' ένα δημόσιο χώρο όπως είναι οι δομές που επιφορτίζονται για την υγεία των πολιτών, να απλώνει όλο και πιο πολύ η βεντάλια των νεοταξικών εργασιακών σχέσεων. Κι όμως, αν επισκεφτεί κάποιος ένα νοσοκομείο του ΕΣΥ, θα δει τα πιο θαυμαστά δείγματα της «Νέας Εποχής»: εργαζόμενους μόνιμους με πλήρη δικαιώματα, συμβασιούχους με ή χωρίς ασφάλιση, εξωφύλιτες και τετραφύλιτες, αποκλειστικές νοσοκόμες, εργαζόμενους ιδιωτικών εργολαβιών (ασφάλειας, καθαριότητας, σίτισης) με ανύπαρκτα συνδικαλιστικά δικαιώματα, ωράρια-λάστιχο για γιατρούς που υπερβαίνουν στο διπλάσιο και βάλε τον ανώτερο χρόνο εργασίας, άπειρα χρεωστούμενα ρεπό και άδειες στους νοσηλευτές που «πληρώνουν» την έλλειψη προσωπικού, χαμηλούς μισθούς. Το κυριότερο, μη αναγνώριση σε κανέναν απ' όλους αυτούς του «ανθυγιεινού» της εργασίας τους όσον αφορά επιδόματα, συντάξεις, ειδικές συνθήκες κ.λπ.

Η πανσπερμία εργασιακών σχέσεων οδηγεί σε μια πολυδιάσπαση της πάλης των εργαζομένων στα νοσοκομεία για κατοχύρωση δικαιωμάτων, σε όλο και πιο αδύναμους συλλογικούς αγώνες.

Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία ιδιωτικοποίησης των μονάδων υγείας, χρειάζεται μια πολιτική που να βαθαίνει αυτές τις σχέσεις: να κάνει πιο πειθήνιο και φοβισμένο το δυναμικό των εργαζομένων σε νοσοκομεία και μονάδες υγείας, να «ατομικοποιεί» τον εργαζόμενο στο χώρο του, να τον αποκόβει από κοινές διεκδικήσεις, να τον κάνει ν' αδιαφορεί για την πορεία του συστήματος στο οποίο δουλεύει.

Σύμμαχοι σ' αυτές τις πολιτικές των κυβερνήσεων της τελευταίας εικοσαετίας βρέθηκαν οι τριτοβάθμιες ομοσπονδίες των εργαζομένων στα νοσοκομεία: η ΠΟΕΔΗΝ (εργαζόμενοι) και η ΟΕΝΓΕ (γιατροί). Ανέχτηκαν αυτές τις εξελίξεις, δεν αντιτάχτηκαν ουσια-

στικά στην εφαρμογή των πολιτικών της ελαστικότητας της εργασίας. Πάσχισαν να διατηρήσουν τα προνόμια μιας οικτρής μειοψηφίας εργαζομένων, αδιαφορώντας για το «διπλανό» με τα μειωμένα δικαιώματα. Έκαναν «πολιτική» με σύνθημα τη Δημόσια και Δωρεάν Υγεία, αφήνοντας ΠΑΣΟΚ και ΝΔ να την υποσκάπτουν.

Ο μεσαιώνας στα νοσοκομεία μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα απ' ό,τι έως τώρα έχουμε δει. Ένα νέο «προλεταριάτο» (για να χρησιμοποιήσουμε την παλιά ορολογία) δημιουργείται σ' έναν χώρο υπηρεσιών. Το καθήκον να ενωθεί σε κοινά συνθήματα, σε κοινούς αγώνες, μέσα και έξω από τα νοσοκομεία, πέφτει στους ώμους της Αριστεράς στην υγεία. Να συνδέσει τους χώρους, τους εργαζόμενους, τις συνδικαλιστικές τους κινήσεις. Μόνο έτσι θα μπορέσει ν' αναδειχθεί στην κοινωνία ο ορατός κίνδυνος διάλυσης της έστω και κολοβής δημόσιας υγείας, και ν' αντιδράσει.

Υγεία & τοπική αυτοδιοίκηση

Βασίλης Κυριακάκης, γιατρός, επιμελητής ΕΣΥ, δημοτικός σύμβουλος της Παρέμβασης Πολιτών για τη Λαμία

Η σχέση Υγείας & Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Τ.Α.) είναι ουσιαστικά μια ιδιαίτερη πλευρά της σχέσης Υγείας & Κοινωνίας. Σκοπός του σημειώματος αυτού δεν μπορεί να είναι μια εξαντλητική θεωρητική προσέγγιση του θέματος, αλλά μια σύντομη παρουσίαση γενικών αρχών αλλά και πρακτικών κατευθύνσεων στις οποίες θα μπορούσε η Τ.Α. και, κατά συνέπεια, μια αυτοδιοικητική κίνηση να στηρίξει την παρέμβασή της στο πρόβλημα της υγείας μιας τοπικής κοινωνίας.

Οι γενικές αρχές έχουν τις ρίζες τους στα αιτήματα των λαϊκών επαναστατικών κινημάτων του 19ου και 20ού αιώνα και αποτυπώθηκαν περιεκτικά μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στο γνωστό ορισμό για την υγεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ, βλ. <http://www.who.int/about/en/index.html>), ενώ εμπλουτίστηκαν με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ, Άλμα-Άτα, ΕΣΣΔ 1978, βλ. <http://www.rhmovement.org/charter/almaata.html>), τη διακήρυξη της ΠΟΥ «Υγεία για όλους μέχρι το 2000», που στη συνέχεια αναπτύχθηκαν σε μια ριζοσπαστικότερη κατεύθυνση από το Κίνημα των Λαών για την Υγεία (People's Health Movement) στην περίφημη Χάρτα των Λαών για την Υγεία (Μπαγκλαντές 2000, Ισμηρινός 2005, βλ. <http://www.rhmovement.org/pdf/charter/rhm-pch-greek.pdf>). Είναι οι ίδιες αρχές που υιοθετήθηκαν από μια σειρά κοινωνικούς-πολιτικούς φορείς (συνδικαλιστικές οργανώσεις, κοινωνικά κινήματα, κόμματα), λαϊκοαπελευθερωτικά κινήματα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ενσωματώθηκαν σε πολιτικές και μοντέλα υγείας κάποιων κρατών. Σύμφωνα με τις αρχές αυτές, υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής, νοσητικής και κοινωνικής ευεξίας, κι όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Είναι ένα κοινωνικό αγαθό, θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Και η επίτευξη του ανώτερου δυνατού επιπέδου υγείας απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων, εκτός του τομέα υγείας, ενώ συγχρόνως προϋποθέτει τη συνειδητή, συγκεκριμένη τροποποίηση όχι μόνο της υγειονομικής φροντίδας αλλά και των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την υγεία και την ασθένεια. Αφορά την ενεργοποίηση ευρέως φάσματος κοινωνικών πολιτικών για την προστασία και προαγωγή της υγείας, δημιουργώντας ένα υγιές και ασφαλές φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον, που επιτρέπει στα άτομα, στις οικογένειες και στην κοινότητα να προάγουν και να προστατεύουν την υγεία τους. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και το καθήκον να συμμετέχουν ισότιμα, ατομικά ή/και συλλογικά, σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, στο σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι κυβερνήσεις έχουν υποχρέωση να εξασφαλίζουν την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του καθένα κι όχι ανάλογα με την οικονομική του δυνατότητα.

Από τα παραπάνω προκύπτουν ευθέως κάποια σημαντικά σημεία:

- Η υγεία δεν είναι απλά και μόνο ένα βιολογικό ζήτημα ενός οργανισμού, αλλά καθορίζεται και από φυσικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς παράγοντες που βρίσκονται σε διαλεκτι-

κή σχέση-αλληλεπίδραση με τους βιολογικούς. Έτσι, η αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας δεν είναι μόνο ένα μηχανιστικό πρόβλημα επιδιόρθωσης μιας βιολογικής βλάβης, αλλά προϋποθέτει την πρόληψη και την τροποποίηση και των υπόλοιπων καθοριστικών παραγόντων.

- Δεν είναι ένα εμπόρευμα, προϊόν προς κατανάλωση, που υπόκειται στους νόμους της αγοράς, αλλά θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα.
- Δεν είναι μόνο ένα ζήτημα λειτουργίας υγειονομικών υπηρεσιών και υγειονομικού μοντέλου, αλλά ένα μείζον κοινωνικο-πολιτικό πρόβλημα, που εμπλέκει κάθε πλευρά και τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Δεν αφορά μόνο τους επαγγελματίες υγείας, τους συνδικαλιστικούς τους φορείς, τους ασθενείς και τις ενώσεις τους, αλλά και κάθε άτομο, συλλογικότητα και κοινωνικο-πολιτικό φορέα.
- Το πρόβλημα της υγείας δεν μπορεί να θεωρείται ζήτημα μόνο της κεντρικής πολιτικής σκηνής και να μένει έξω από το φάσμα των θέσεων και δράσεων της Τ.Α. και των αυτοδιοικητικών κινήσεων.

Έτσι, η παρέμβαση μιας αυτοδιοικητικής κίνησης στο ζήτημα της υγείας της τοπικής κοινωνίας ξεκινά από τον αγώνα της για:

- Υπεράσπιση της ειρήνης, ελευθερίας, δημοκρατίας, ισότητας, αλληλεγγύης, καταπολέμηση ρατσισμού, βίας, ξενοφοβίας. Στήριξη των ευπαθών ομάδων (παιδιά, ηλικιωμένοι, άνεργοι, μεταναστες, άτομα με ειδικές ανάγκες, τοξικοεξαρτημένοι) με ειδικά προγράμματα.
- Στήριξη της εργασίας, καταπολέμηση ανεργίας, βελτίωση συνθηκών εργασίας, πρόληψη εργατικών ατυχημάτων, υπεράσπιση εργασιακών δικαιωμάτων. Στήριξη του αγροτικού πληθυσμού και της ζωής στην ύπαιθρο.
- Ασφαλές, ποιοτικό φυσικό περιβάλλον (αντιμετώπιση ρύπανσης, διαχείριση απορριμμάτων, διατροφή).
- Ασφαλές, ποιοτικό αστικό και περιαστικό περιβάλλον (μετακίνηση, ελεύθεροι χώροι, πράσινο, ασφαλείς παιδικές χαρές, πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων).
- Δημιουργική, ελεύθερη έκφραση σε πολιτισμό, αθλητισμό.
- Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας προσαρμοσμένα σε κάθε ηλικιακή ομάδα (παιδιά, έφηβοι, ενήλικοι, ηλικιωμένοι).

Επιπρόσθετα, όμως, η παρέμβαση μιας αυτοδιοικητικής κίνησης πρέπει να περιλαμβάνει και δράσεις για την τροποποίηση των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε οι πολίτες να απολαμβάνουν δωρεάν δημόσιες, υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα (πρόληψη, πρωτοβάθμια φροντίδα, νοσοκομειακή περίθαλψη, αποκατάσταση) και ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι όλων των κλάδων στην υγεία να απολαμβάνουν ανθρώπινες, σύγχρονες συνθήκες εργασίας με επαρκείς, κατάλληλες αποδοχές και διασφάλιση των εργασιακών τους δικαιωμάτων. Κεντρικά αιτήματα σε τέτοια κατεύθυνση είναι:

- Ενίσχυση νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) με μαζικές προ-

σλήψεις μόνιμου προσωπικού.

- Ανάπτυξη νέων τμημάτων, αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.
- Επιστροφή των ιδιωτικοποιημένων υπηρεσιών των νοσοκομείων (καθαριότητα, φύλαξη, σίτιση) στο δημόσιο, καμιά ιδιωτικοποίηση με οποιαδήποτε μορφή άλλων υπηρεσιών.
- Όχι στη δημιουργία ιδιωτικών υγειονομικών μονάδων.
- Ανάπτυξη σύγχρονων δημόσιων υπηρεσιών και δομών Πρόληψης, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αποκατάστασης, Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης. Όχι στην παράδοση αυτών των υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα. Ίδρυση Κ.Υ. αστικού τύπου στις πόλεις.
- Καμιά συμμετοχή της Τ.Α. σε συμπράξεις ιδιωτών-δημοσίου ή σε όποια άλλη μορφή ιδιωτικοποίησης προωθείται στο χώρο της υγείας.

Βασική, βέβαια, προϋπόθεση-αίτημα για την επίτευξη των παραπάνω είναι η γενναία αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, η μείωση των οποίων αποτελεί βασική, συνειδητή επιλογή της νεοφιλελεύθερης πολιτικής, που οδηγεί έτσι στην υπονόμηση-διάλυση του δημόσιου τομέα υγείας-πρόνοιας-ασφάλισης και στην προκλητική ενίσχυση του ιδιωτικού, με αποτέλεσμα την πρωτοφανή ανισότητα στην πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και τη δραματική επιδείνωση του επιπέδου υγείας του λαού.

Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων είναι απαραίτητη η άσκηση μιας πολιτικής συμμαχικών και στο επίπεδο της Τ.Α. για τη δημιουργία ενός πολυσυλλεκτικού και μαχητικού κινήματος αντίστασης στη νεοφιλελεύθερη πολιτική, για την υπεράσπιση του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας και τη διασφάλιση και ανάπτυξη του επιπέδου υγείας του λαού. Σε ένα τέτοιο κίνημα μπορεί και πρέπει να συναντηθούν αυτοδιοικητικές κινήσεις, συνδικαλιστικοί φορείς υγειονομικών, ενώσεις ασθενών, συνδικαλιστικοί φορείς άλλων εργαζομένων, άλλες κοινωνικές ή/και πολιτικές συλλογικότητες και κάθε άτομο που θίγεται από την κυρίαρχη πολιτική υγείας.

