



Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΕΙ ΝΕΑ ΑΞΙΑ

Mouvement Communiste

Ο μετασχηματισμός του
νοσοκομείου προς ένα σύγχρονο
βιομηχανικό μοντέλο

ΦΑΜΠΡΙΚΑ★ΥΦΑΝΕΤ

Η μπροσούρα αυτή, τυπώθηκε τον Φεβρουάριο του 2021 σε 700 αντίτυπα. Διανέμεται χωρίς αντίτιμο σε στέκια, καταλήψεις, κοινωνικούς χώρους, και η κάλυψη των εξόδων γίνεται με ελεύθερη συνεισφορά. Ο πρωτότυπος τίτλος του κείμενου είναι “Health as an industry, generating a new value: The transformation of the hospital towards a modern industrial model”. Η μετάφραση έγινε από τα Αγγλικά από

τη συλλογικότητα Φάμπρικα Υφανέτ. Για την επιμέλεια συμβουλευτήκαμε και το γαλλικό πρωτότυπο. Ευχαριστούμε τον Πέτρο για την εξαιρετικά βοηθητική επεξεργασία της μετάφρασης και τη Σοφία για τις χρήσιμες συμβουλές. Ευχαριστούμε επίσης την Αναστασία για τη καίρια συνεισφορά της στην επιμέλεια του προλόγου. Τα κείμενα της έκδοσης μπορούν να αναπαραχθούν ελεύ-

θερα για τους σκοπούς του κοινωνικού ανταγωνισμού. Για παρατηρήσεις, κριτικές ή οποιαδήποτε ερώτηση, υπάρχει το contact@yfanet.net. Εναλλακτικά, κάθε Τρίτη στις 19:00, Ομήρου με Περδίκια.

Υλικό της Φάμπρικα Υφανέτ στη διεύθυνση: yfanet.espivblogs.net



Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΕΙ ΝΕΑ ΑΞΙΑ

Mouvement Communiste

**Ο μετασχηματισμός του νοσοκομείου προς
ένα σύγχρονο βιομηχανικό μοντέλο**

ΦΑΜΠΡΙΚΑ ★ ΥΦΑΝΕΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ «Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ»

Η επιλογή για τη μετάφραση του κειμένου «Η υγεία ως βιομηχανία που παράγει μία νέα αξία» των Mouvement Communiste, έγινε σε μια προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τη σημερινή συγκυρία, κόντρα στους κυρίαρχους λόγους που εμφανίζονται στη συζήτηση γύρω από το δημόσιο σύστημα υγείας. Εξαιτίας της πανδημίας της Covid-19 και της κρατικής της διαχείρισης άλλωστε, η πρόσβαση στην περίθαλψη έχει γίνει ξανά πεδίο αντιπαράθεσων, τόσο εντός του κινήματος, όσο και ευρύτερα κοινωνικά. Εν μέσω πανδημίας¹, με τον αριθμό των νεκρών της τάξης μας να αυξάνεται, την κοινωνικότητα μας να περιορίζεται βίαια, τη διαχείριση της υγείας μας να περνάει σε μεγάλο βαθμό στα χέρια της αστυνομίας, τη στιγμή που όλο και περισσότερα κομμάτια του πληθυσμού αποκλείονται από την περίθαλψη, επιλέξαμε να στρέψουμε το βλέμμα μας στον τρόπο, με τον οποίο η καπιταλιστική αναδιάρθρωση επηρεάζει τις ζωές μας. Το κείμενο που μεταφράσαμε εστιάζει στη μορφή που αυτή παίρνει στο πεδίο της περίθαλψης και, πιο συγκεκριμένα, στο νοσοκομείο.

Το κείμενο ξεκινάει με μια απαραίτητη για εμάς παραδοχή. Η υγεία στον καπιταλισμό ανέκαθεν αποτελούσε εμπόρευμα. Δεν υπήρξε ποτέ δημόσιο αγαθό, το οποίο απέβλεπε στην ευημερία των πολιτών μιας κοινωνίας. Τόσο η οργάνωση της ιατρικής και των υπηρεσιών περίθαλψης, όσο και η πρόσβαση σε αυτήν, λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένο ιστορικό συγκείμε-

νο αντανakλώντας τις εκάστοτε κυρίαρχες κοινωνικές σχέσεις. Οι συγγραφείς αντιλαμβάνονται την υγεία ως βιομηχανία και επιδιώκουν τον παραλληλισμό της με την αυτοκινητοβιομηχανία. Επισημαίνοντας την επέκταση του κεφαλαίου σε όλο και περισσότερες σφαίρες της κοινωνικής αναπαραγωγής, διαπιστώνουν πως το νοσοκομείο σήμερα περισσότερο από ποτέ λειτουργεί ως άλλη μια επιχείρηση, εντός της οποίας η ιεραρχία μεταξύ των εργαζομένων σε αυτό και η ποσοτικοποίηση της παραγωγής χάριν της αύξησης της αποδοτικότητας επικαθορίζουν τόσο την πρόσβαση στην περίθαλψη, όσο και τις συνθήκες εργασίας των υγειονομικών.

Στη συγκυρία, λοιπόν, που βλέπουμε τους εργαζόμενους και τις εργαζόμενες στην περίθαλψη να αντιμετωπίζονται είτε ως ήρωες με μόνο καθήκον να σώζουν ανθρώπινες ζωές, είτε ως φερέφωνα και ινστρούχτους του κράτους και της εξουσίας, το κείμενο των Mouvement Communiste μάς προσγειώνει ξανά στο έδαφος, αναδεικνύοντας το νοσοκομείο ως εργασιακό χώρο, ως άλλον έναν τόπο, όπου διεξάγεται η ταξική πάλη. Περιγράφει την οργάνωση και αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας από τη σκοπιά της επέκτασης του κεφαλαίου σε αυτό. Ουσιαστικά, παρουσιάζει τον μετασχηματισμό και την εμπορευματοποίηση της περίθαλψης —που ενεργοποιείται από την ανάγκη του κεφαλαίου να αντλήσει αξία από ολόένα και περισσότερους τομείς της κοινωνικής αναπαραγωγής— από τη στιγμή ίδρυσης της σύγχρονης μορφής της (νοσοκομεία) μέχρι και σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό, επίσης, παρουσιάζει εκτενώς τις μεθόδους και τα συστήματα, μέσω των οποίων ελέγχονται και εντατικοποιούνται οι εργαζόμενες, έτσι ώστε να δρουν παραγωγικότερα και

¹ Ένα πρώτο κείμενο θέσεων και ανάλυσής μας για τη συγκυρία, με τίτλο «Σκέψεις για μια κοινωνική επιδημία και την διαχείρισή της από το κράτος», μπορεί να βρεθεί στο site μας: <https://yfanet.espinblogs.net/2020/04/14/skepseis-gyro-apo-tin-epidimia-kai-tin-kratiki-diacheirisi/>

να μειώνονται τα έξοδα του νοσοκομείου ανά ασθενή. Όντας γραμμένο από εργατική σκοπιά, δίνει μεγάλη βαρύτητα και προτάσσει την αναγκαιότητα των αγώνων των υγειονομικών στον χώρο εργασίας τους —το νοσοκομείο. Τέλος, αναφέρεται επιδερμικά και στις δυνατότητες των αγώνων των ασθενών για πρόσβαση στην περίθαλψη, ως μέσο υπεράσπισης του έμμεσου μισθού.

Για εμάς, η ύπαρξη και η λειτουργία ενός συστήματος υγείας στον καπιταλισμό ορίζεται από δύο βασικές παραμέτρους: αφενός από την ανάγκη του κεφαλαίου για «επισκευή» των εργαζομένων, έτσι ώστε να συνεχίζουν να αποτελούν ένα παραγωγικό εργατικό δυναμικό, και αφετέρου από την πίεση που ασκούν οι αγώνες του προλεταριάτου για ποιοτική πρόσβαση στην περίθαλψη. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να κατανοήσουμε ότι το νοσοκομείο στο καπιταλιστικό σύστημα επισκευάζει, ελέγχει και ικανοποιεί ταυτόχρονα. Το κράτος προσπαθεί να βρει μια ισορροπία μεταξύ του περιορισμού της χρηματοδότησης των (δημόσιων) νοσοκομείων, και της εγγύησης της παροχής υγείας (τη διατήρηση, δηλαδή, της κοινωνικής του νομιμότητας) ακόμα και όταν αυτή η διαδικασία δεν αποφέρει άμεσα οικονομικό κέρδος. Ταυτόχρονα, μέσω του συστήματος υγείας καθορίζει τους όρους της παροχής φροντίδας. Έτσι, γίνεται ο αποκλειστικός αρμόδιος ως προς την υγεία του πληθυσμού, ισχυροποιώντας τη θέση του πάνω στον έλεγχο της κοινωνικής αναπαραγωγής και ενισχύοντας την αυθεντία της ιατρικής επιστήμης. Και όταν λέμε «αποκλειστικός» δεν εννοούμε ότι δεν μπορούν να εμπλακούν ιδιωτικοί φορείς σε αυτόν τον τομέα, αλλά ότι, σε κάθε περίπτωση, η μορφή και η κατεύθυνση της περίθαλψης ορίζεται από την ανάγκη του κεφαλαίου για παραγωγικότητα και όχι από τις δικές μας ανάγκες.

Η προσβασιμότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης είναι λοιπόν αποτέλεσμα (και) των

διεκδικήσεων που αναδύονται γύρω από τα νοσοκομεία. Κρίνουμε, και έχουμε δει στο παρελθόν, ότι καθημερινοί αγώνες ή και κινήματα που έθεσαν ως αίτημα τη διεύρυνση (ή έστω την υπεράσπιση) της πρόσβασης στο σύστημα υγείας, κατάφεραν να ανακόψουν (ή έστω να παγώσουν) τη διαδικασία της αναδιάρθρωσης. Ο από κοινού αγώνας μεταξύ υγειονομικών και χρηστών υγείας στο Ζαγκλιβέρι το 2007 ενάντια σε κάποιες απόπειρες απολύσεων, ο αγώνας για την επέκταση και κατοχύρωση του ρεπό μετά από εφημερία των αγροτικών γιατρών το 2011, όπως και η επίσκεψη εργασίας των ειδικευομένων γιατρών το 2012 ως μέσο διεκδίκησης των αμοιβών τους από απλήρωτες εφημερίες μηνών, αποτελούν κάποια μικρά παραδείγματα αγώνων στην ντόπια πραγματικότητα που απέδειξαν ότι υπάρχει και άλλος δρόμος πέρα από τα φακελάκια, την προσωπική ανέλιξη, τις δοσοληψίες με τις φαρμακευτικές εταιρείες και τις πελατειακές σχέσεις για τις εργαζόμενες και τους εργαζόμενους στην περίθαλψη. Άλλο ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το πεντάευρο εισιτήριο που εφαρμόστηκε από το 2011 στις εισόδους των νοσοκομείων (εξαιρούνταν τα επείγοντα), και οι αγώνες γύρω από τον άμεσο και έμμεσο μισθό που διεξάγονταν εκείνη την περίοδο και το έβαλαν ως κεντρικό ζήτημα. Η ανάδειξη του ζητήματος μέσω των τότε κινημάτων ανάγκασε, αρχικά, το τότε υπουργείο να στείλει μια εγκύκλιο-οδηγία, ώστε οι χρόνια παθούντες να εξαιρούνται της πληρωμής του πεντάευρου, και μετέπειτα, τον ΣΥΡΙΖΑ, να το καταργήσει τελείως, όταν εκλέχθηκε κυβέρνηση το 2015². Ένα ακόμα κοντινό μας παράδειγμα, ως προς τη συμβολή των αγώνων για την περίθαλψη, είναι η διαδικασία που συστάθηκε το 2016 στην κατάληψη του Ορφανοτροφείου στη Θεσσαλονίκη και είχε ως στόχο την πρόσβαση των μεταναστών που δεν είχαν

2 Πολλά ήταν βέβαια τα νοσοκομεία που με εντολή των διευθυντών τους δεν εφάρμοσαν την οδηγία εισπράττοντας κανονικά το πεντάευρο από όλους τους ασθενείς. Στην αντίπερα όχθη βέβαια, και σε πολλά νοσοκομεία, κυρίως αυτά με μεγαλύτερη κινηματική (και συνδικαλιστική) δραστηριότητα, το πεντάευρο είχε άτυπα καταργηθεί πολύ πριν το καταργήσει ο ΣΥΡΙΖΑ.

ΑΜΚΑ στο σύστημα υγείας. Και σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα των διεκδικήσεων ήταν εμφανή. Να σημειώσουμε, βέβαια, ότι το μπλοκάρισμα της αναδιάρθρωσης δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, καθώς η επέκταση του κεφαλαίου είναι διαρκής.

Ωστόσο, παρά τα προτερήματα του κειμένου, που μας οδήγησαν στη μετάφρασή του, είχαμε και κάποιους προβληματισμούς που οφείλουμε να τους αναδείξουμε προκειμένου να «διασώσουμε» τις όποιες χρήσιμες αξίες του, αλλά και τις δικές μας θέσεις. Οι συγγραφείς του κειμένου επιλέγουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους στο νοσοκομείο ως εργασιακό περιβάλλον, ισχυριζόμενοι πως αρκούν οι διεκδικήσεις των εργαζομένων ενάντια στις δικές τους συνθήκες εκμετάλλευσης, ώστε να γίνουν καλύτερες οι ζωές όλων μας. Αυτό, όμως, κατά τη γνώμη μας δεν επαρκεί, καθώς αφήνει στο απυρόβλητο το ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας των εργαζομένων στην περίθαλψη. Και η κριτική αυτή είναι απαραίτητη, αν επιδιώκουμε τόσο κοινούς αγώνες μεταξύ εργαζομένων και ασθενών, όσο και μια περίθαλψη που θα βασίζεται πραγματικά στις δικές μας ανάγκες. Συνθήκη αδύνατη, όσο η ιατρική παραμένει μια επιστήμη που προσπαθεί με τον φθηνότερο δυνατό τρόπο απλά να μας σουλουπώσει όσο χρειάζεται για να παραμένουμε λειτουργικές (και άρα παραγωγικοί). Το πρόβλημα, άλλωστε, που προκύπτει με την ιατρική δεν είναι μόνο το ζήτημα της πρόσβασης στην περίθαλψη. Είναι και η παραγωγή της γνώσης σε μια διαχωρισμένη σφαίρα, με τρόπο που αναπαράγει τις σχέσεις εξουσίας ανάμεσα σε ειδικούς και μη, και δημιουργεί νέους αποκλεισμούς. Σε αυτή τη διαδικασία, παραμένει διακύβευμα η ίδια η αμφισβήτηση του κυρίαρχου ρόλου της ιατρικής εκ μέρους (και) των υποκειμένων που τη διεκπεραιώνουν³. Όπως, επίσης, και η

αμφισβήτηση των εξουσιών και της όποιας επιβολής των εργαζομένων στις κοινότητες των ασθενών. Όσο σημαντικό είναι να αναδεικνύεται το νοσοκομείο ως μεταφορτικό εργοστάσιο για τους εργαζόμενους που υπόκεινται σε σχέσεις εκμετάλλευσης, άλλο τόσο σημαντικό είναι να αναδεικνύεται και ως τόπος που γεννά αποκλεισμούς, υποτίμηση και αναξιοπρέπεια για τους ασθενείς. Σε έναν κόσμο που στο νοσοκομείο τίθεται κεντρικά η «επιδιόρθωση» των προλετάρων για χάρη της κυριαρχίας του κεφαλαίου και της νομιμοποίησης του κράτους ως γενικού ρυθμιστή των ζωών μας, είναι σημαντικό κάθε αγώνας εντός του νοσοκομείου να συνδέεται με την ίδια την κριτική του περιεχομένου της εργασίας στη βιομηχανία της περίθαλψης. Και είναι σημαντικό κάτι τέτοιο, επειδή δεν αρκεί οι εργαζόμενοι στην περίθαλψη και οι ασθενείς να αγωνίζονται διαχωρισμένα ο καθένας από το μετερίζι του. Οι κοινόι αγώνες δύνανται να απαντήσουν στις ανάγκες των εργαζομένων και των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα μπορούν να δημιουργήσουν τη δυνατότητα για την άρση των διαχωρισμών και των ανισοτήτων μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Όσο απαραίτητο είναι, λοιπόν, να αντιμετωπίζουμε το νοσοκομείο ως τόπο ταξικής πάλης, άλλο τόσο χρειάζεται να αναγνωρίζουμε ότι πρόκειται για έναν ακόμα πλήρως κατακερματισμένο εργασιακό κλάδο που δομείται από ιεραρχίες, βαθμίδες, πόστα και συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων. Αυτό που θέλουμε να εισηγηθούμε σε αυτό το σημείο, είναι ότι όσοι εργάζονται στην περίθαλψη δεν είναι μια ομογενοποιημένη κατηγορία εργαζομένων που μοιράζεται ντε και

μα αποτελεί αμφισβήτηση του ρόλου των εργαζομένων, καθώς αναδεικνύει ρατσιστικές πολιτικές, οι οποίες υπάρχουν στην ιατρική, φέρνοντας τη διευθύντρια αντιμέτωπη με τη συγκεκριμένη επιλογή της. Στην καταγγελία η διευθύντρια απάντησε με πειθαρχική δίωξη προς συνδικαλιστή εργαζόμενο (με βαριές κατηγορίες, οι οποίες θα μπορούσαν να επισύρουν ακόμα και απόλυση). Η αφίσα που είχε κυκλοφορήσει με αφορμή το περιστατικό από τους εργαζόμενους/ες στη βιομηχανία της υγείας: <https://healthworkers.wordpress.com/2020/02/16/καλέis-to-ε-καβ-και-έρχεται-η-αστυνομία/>

³ Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται το πρόσφατο παράδειγμα, όπου εργαζόμενοι στην περίθαλψη κατήγγειλαν δημόσια τη διευθύντρια του ΕΚΑΒ για την οδηγία που εξέδωσε, σύμφωνα με την οποία το ασθενοφόρο θα πρέπει να προσέρχεται μόνο με συνοδεία περιπολικού, όταν καλούνται για μετανάστες που βρίσκονταν σε camps. Το συγκεκριμένο παράδειγ-

καλά κοινά συμφέροντα. Καθαριστές, τραυματιοφορείς, νοσηλεύτριες, διευθυντές, ειδικευόμενες, επιμέλητες Α και Β, υποδιευθυντές, σκευουργοί, εργαζόμενες στα μαγειρεία και άλλα τόσα διαφορετικά πόστα — με το καθένα να προσφέρει διαφορετικές απολαβές, αλλά και διαφορετικό κύρος και θέση στην ιεραρχία εντός του νοσοκομείου. Επομένως, το ζήτημα που τίθεται για εμάς είναι το κατά πόσο οι εργαζόμενες και οι εργαζόμενοι σε κάθε πόστο προσπαθούν να οξύνουν τις αντιθέσεις εντός της εργασίας τους, αλλά και να αμβλύνουν συλλογικά τους μεταξύ τους διαχωρισμούς. Το κατά πόσο, δηλαδή, είναι πρόθυμοι/ες να δημιουργήσουν ρωγμές στον κυρίαρχο τρόπο διαχείρισης της υγείας, το κατά πόσο κάνουν κριτική στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας τους, αλλά και το πώς αντιμετωπίζουν τους εκάστοτε χρήστες των υπηρεσιών υγείας και τις άλλες εργαζόμενες⁴. Με δυο λόγια, δεν αντιμετωπίζουμε την τάξη σαν κοινωνιολογική κατηγορία, αλλά σαν διαδικασία αγώνα και μετασχηματισμού.

Από την άλλη, αναγνωρίζουμε ότι και οι υγειονομικοί μπορεί κάλλιστα να είναι και υποκείμενα που συμβάλλουν στην προώθηση της αναδιάρθρωσης, της εξατομίκευσης και του καριερισμού, φαινόμενα που συναντάμε σε κάθε εργασιακό κλάδο άλλωστε. Όσο λάθος, βέβαια, θα ήταν να αποκρύψουμε τις διαιρέσεις και τον καταμερισμό εργασίας εντός του νοσοκομείου χάριν ενός υποτιθέμενου ενιαίου υποκειμένου αγώνα, άλλο τόσο θα ήταν να αναζητήσουμε τους πιο υποτιμημένους εργαζόμενους εντός του νοσοκομείου, ώστε να τους ανακηρύξουμε ως τους πλέον κατάλληλους να εξεγερθούν ενάντια στις αδικίες που πλήττουν όλες και όλους μας. Δεν πιστεύουμε, λοιπόν, αλλά ούτε και ορίζουμε, αυθεντικά επαναστατικά υποκείμενα, παρά το γεγονός ότι επιμένουμε να αναδεικνύουμε τις σχέσεις εξουσίας, τις διαφορές μεταξύ μας και τους εκάστοτε

διαχωρισμούς. Η συμμετοχή όλων μας, άλλωστε, στην αναπαραγωγή της καπιταλιστικής σχέσης είναι το ίδιο πραγματική, παρά τις διαφορετικές μορφές εκμετάλλευσης που αντιμετωπίζουμε.

Το νοσοκομείο, η διαδρομή και η λειτουργία του στο ελληνικό παράδειγμα

Στο μεταφρασμένο κείμενο οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι η κίνηση του κεφαλαίου ωθεί τα (δημόσια) νοσοκομεία να λειτουργούν ως αυτόνομες μεταξύ τους μονάδες, που ωθούνται στον ανταγωνισμό. Το μοντέλο αυτό, το συναντάμε στις περισσότερες χώρες της κεντρικής Ευρώπης, όπως π.χ. στη Γερμανία και στη Γαλλία, όπου η αναδιάρθρωση έχει προχωρήσει περισσότερο. Όπως και να 'χει όμως, θεωρούμε πολύ σημαντική τη συνεισφορά του κειμένου, γιατί, ακόμα και αν μεγάλο κομμάτι από αυτά που περιγράφει δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα στην Ελλάδα, δείχνει την κατεύθυνση που φαίνεται να παίρνει η αναδιάρθρωση.

Προφανώς οι συγγραφείς στο κείμενό τους δεν καταπιάνονται αποκλειστικά με το παράδειγμα μιας χώρας (μιας συγκεκριμένης κρατικής διαχείρισης του συστήματος υγείας). Σε κάποιες περιπτώσεις, ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιων φορέων με βάση την παραγωγικότητα της κάθε εγκατάστασης έχει να κάνει με την ελευθερία διαχείρισης που έχει δοθεί στις διευθύνσεις τους σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, την επένδυση σε ιατρικό εξοπλισμό, την πρόσληψη προσωπικού, την οικονομική συνεισφορά των ασθενών και τους αποκλεισμούς που τίθενται. Στην Ελλάδα δεν ισχύει αυτή η συνθήκη, καθώς ο «ιδιοκτήτης» (και θεωρητικά και διαχειριστής) όλων των δημόσιων νοσοκομείων παραμένει προς το παρόν το κράτος, το οποίο ορίζει συνολικά τις συνθήκες γύρω από την πρόσβαση σε αυτά. Δεν ορίζει το κάθε νοσοκομείο τις τιμές του, ούτε τη μισθοδοσία των εργαζομένων⁵, δεν αναλαμβάνει η

⁴ Φυσικά αναγνωρίζουμε ότι υπάρχουν πόστα και θέσεις εργασίας, όπου τα υποκείμενα δεν μπορούν να αρνηθούν τη δομική λειτουργία του επαγγέλματός τους, εκτός φυσικά αν παραιτηθούν.

⁵ Αυτών τουλάχιστον που προσλαμβάνονται άμεσα. Οι εργολαβίες και οι

διεύθυνσή του τον διαμοιρασμό της χρηματοδότησης. Βέβαια, αντιλαμβανόμαστε ότι εάν μια ιατρική εγκατάσταση δεν είναι ιδιαίτερα παραγωγική ή δεν αποφέρει τόση αξία, σε σχέση με τις υπόλοιπες, κινδυνεύει με κλείσιμο ή με συγχώνευση με κάποια άλλη, και το γεγονός αυτό ορίζει κάποιο επίπεδο ανταγωνισμού. Προφανώς, ακόμα και υπό πλήρη κρατικό έλεγχο, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αρκετές δοσοληψίες με ιδιωτικά κεφάλαια. Και πώς θα μπορούσε να είναι αλλιώς άλλωστε, σ' έναν κόσμο που τα πάντα είναι εμπορεύματα. Είτε μέσω των φαρμακευτικών εταιριών, είτε μέσω της συνεργασίας με ιδιωτικά κέντρα για την παροχή συγκεκριμένων εξετάσεων, είτε μέσω εργολαβιών που αναλαμβάνουν τομείς, όπως η καθαριότητα και η φύλαξη των νοσοκομείων, το ιδιωτικό κεφάλαιο ήταν, είναι και θα είναι παρόν στη δημόσια περίθαλψη. Υπάρχει, όμως, μια ποιοτική διαφορά ανάμεσα σε αυτό και στο βορειοευρωπαϊκό μοντέλο, όπου τα νοσοκομεία, όπως αναφέρει το μεταφρασμένο κείμενο, λειτουργούν σαν αυτόνομες επιχειρήσεις που πωλούν τις υπηρεσίες τους στο κράτος.

Εδώ οφείλουμε να κάνουμε μία παρένθεση σε σχέση με τον δημόσιο χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας. Η ιστορία του εθνικού συστήματος υγείας είναι σύμφυτη με την ιστορία του ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού. Η δημιουργία του ΕΣΥ το 1980 ήταν προϊόν της θεσμοποίησης του κοινωνικού ανταγωνισμού από το ελληνικό κράτος. Η ανάληψη ενός μέρους του κόστους της αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης από το ελληνικό κράτος ήταν αποτέλεσμα της ενσωμάτωσης των ζωντανών κινημάτων μετά το τέλος της δικτατορίας. Η εμφάνιση της κοινωνικής μορφής του κράτους προσπάθησε να κατευνάσει και να διαχειριστεί την κοινωνική ανυποταξία και την άρνηση κομματιού του προλεταριάτου να ενταχθεί στην παραγωγική διαδικασία. Σχετίζεται, επιπλέον, με τις αρνήσεις των

γυναικών να συνεχίσουν να επιτελούν το σύνολο της εργασίας της αναπαραγωγής, αλλά και με την αύξηση της εμπλοκής τους στη μισθωτή εργασία. Η ανάδειξη του κοινωνικού κράτους, δηλαδή, αποτελεί ταυτόχρονα «κατάκτηση» των κινημάτων, αλλά συνάμα ανασύνταξη και αναδιάρθρωση της μορφής του κράτους μέσω του κατακερματισμού και της αφομοίωσης των κοινοτήτων και των αγώνων τους. Με άλλα λόγια, αντικείμενο και αποτέλεσμα της ταξικής πάλης.

Εδώ και αρκετά χρόνια, όμως, και στο ελληνικό παράδειγμα, έχουμε τον μετασχηματισμό της μορφής της κοινωνικής οργάνωσης προνοιακού τύπου, προκείμενου να υπάρξει μία νέα μορφή συσσώρευσης και αναπαραγωγής του κεφαλαίου. Η ανάδυση της εργασιακής επισφάλειας, της ιδεολογίας του ατομικισμού, του εθελοντισμού, αλλά κυρίως της ιδιωτικοποίησης, έρχεται να επιστρέψει το κόστος της κοινωνικής αναπαραγωγής και πάλι στους πολίτες. Η νεοφιλελεύθερη μορφή του κράτους, όμως, δεν ήταν απλά και μόνο ένα στρατηγικό σχέδιο που οργανώθηκε και εκτελέστηκε από τα αφεντικά⁶. Τις πρωτόλειες μορφές του μπορούμε να τις ανιχνεύσουμε στην κοινωνική κριτική προς το κράτος πρόνοιας και τα προβλήματα του. Στην περίπτωση του νοσοκομείου, ήταν οι αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για πιο ποιοτική και άμεση περίθαλψη (που οδήγησαν στη φυγή πολλών στην ιδιωτική περίθαλψη), αλλά και η επιθυμία ενός κομματιού των εργαζομένων στη περίθαλψη για προσωπική ανέλιξη που ενίσχυαν τις πρώιμες τάσεις για την ιδιωτικοποίηση και την εμπορευματοποίηση των δημόσιων δομών υγείας στην ελληνική πραγματικότητα. Η εμπορευματοποίηση αυτή εδραιώθηκε κατά βάση μέσω της αύξησης των αποκλεισμών από το δημόσιο σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια. Οι αποκλεισμοί αυτοί επιτεύχθηκαν με διάφορους τρόπους, τόσο άμε-

6 Σχετικά με την ανάδυση του κράτους πρόνοιας βλ. Φάμπρικα Υφανέτ (2015), *Από το κράτος πρόνοιας στην «Κοινωνία των Πολιτών»...*, Τυφλοπόντικας #1.

αναθέσεις τομέων, όπως η καθαριότητα σε εταιρίες, και οι μισθοί αυτών των εργαζομένων, είναι μια άλλη ιστορία.

σους, όπως η μη χορήγηση ΑΜΚΑ σε μετανάστες, όπως και πιο έμμεσους, όπως η χρόνια υποχρηματοδότηση και η σταδιακή μείωση του προσωπικού. Ακόμα και έτσι όμως, η δημόσια περίθαλψη δεν έπαψε σχεδόν ποτέ να λειτουργεί στα όρια των δυνατοτήτων της. Αυτό επιτάσσει, άλλωστε, η λογική του ελάχιστου δυνατού κόστους. Η υποχρηματοδότηση συνδέεται άμεσα με την εμπορευματοποίηση. Τα κενά της πρώτης καλύπτει η δεύτερη. Έτσι, ένας από τους τρόπους που το κράτος ενσωμάτωσε τις κοινωνικές κινήσεις, ενώ ταυτόχρονα προώθησε την ανταγωνιστικότητα των δημόσιων νοσοκομείων, ήταν η θεσμοθέτηση των απογευματινών ιατρείων. Η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων αποτέλεσε ένα αίτημα που συμπύκνωνε τις ανάγκες για καλύτερη και ολόήμερη περίθαλψη, το οποίο, όμως, ενσωματώθηκε από το κράτος ως μία λύση για να κάνει ανταγωνιστικό το δημόσιο νοσοκομείο ως επιχείρηση. Έτσι, δόθηκε η ευκαιρία σε επιμελητές και σε διευθυντές κλινικών να λειτουργήσουν το δικό τους ιδιωτικό ιατρείο, με δωρεάν χρήση του εξοπλισμού του νοσοκομείου, μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο, ρευστοποιώντας τις ξεκάθαρες διαχωριστικές ζώνες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου⁷. Με αυτόν τον τρόπο η εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και των ιδιωτικών ιατρείων επεκτείνεται μέσα στο νοσοκομείο, εξαιτίας των ήδη υπάρχουσών άτυπων πελατεικών σχέσεων, αλλά και μέσα από τη κακή λειτουργία και την υποβάθμιση του δημόσιου νοσοκομείου. Φυσικά δεν ήρθαν απλά τα απογευματινά ιατρεία για να οδηγήσουν στην εμπορευματοποίηση του νοσοκομείου, αυτό συνέβαινε ταυτόχρονα και μέσα από τη μη κάλυψη μεγάλου αριθμού εξετάσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία, από τη τιμολόγηση συγκεκριμένων εξετάσεων για ανασφάλιστους, την αύξηση της συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων από τους/τις ασφαλισμένους/ες, την προσπάθεια για επιβολή αντιτίμου στην είσοδο των

νοσοκομείων, αλλά και γενικότερα μέσα από την προσπάθεια μετασχηματισμού των εργασιακών συνθηκών και των συνθηκών νοσηλείας μέσα στο νοσοκομείο για χάρη του κέρδους, ή έστω της μείωσης του κόστους.

Έτσι, σήμερα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι και στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν αρχίσει να εισάγονται όλο και πιο έντονα συστήματα καταμέτρησης της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας με αποτέλεσμα να υπάρχει όλο και μεγαλύτερη εντατικοποίηση της εργασίας και προσμέτρηση της επίδοσης ανά εργαζόμενη. Αυτό συνέβη, αρχικά, και μέσω της αντικατάστασης των ημερήσιων νοσηλίων (της αποζημίωσης των νοσοκομείων από το κράτος με βάση το πόσο διαρκεί η νοσηλεία των ασθενών) από τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ). Τα ΚΕΝ αποτελούν έναν γενικευμένο τιμοκατάλογο νοσηλίων, ο οποίος καθορίζει το κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Στη συνέχεια, το σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, δηλαδή τα DRG's, θα αντικαταστήσει σταδιακά τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ), που η λειτουργία τους κρίθηκε ανεπαρκής. Με την εφαρμογή του νέου συστήματος υπολογισμού του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία⁸, επιχειρείται η καλύτερη τεκμηρίωση του κόστους, η μέτρηση του παραγόμενου έργου, αλλά και η κατανομή των πόρων ανά ιατρική δραστηριότητα. Μέσω της αλλαγής του τρόπου αποζημίωσης, το εκάστοτε νοσοκομείο αποκτά κίνητρο στο να μειώσει τον χρόνο που νοσηλεύεται ο κάθε ασθενής, να αυξήσει τις ιατρικές διαδικασίες που υποβάλλεται, να αυξήσει γενικότερα τους ασθενείς, αλλά και να μπορεί να συλλέγει όλα τα δεδομένα της λειτουργίας του. Δηλαδή, το ωθούν να γίνει πιο παραγωγικό. Η λειτουργία του νοσοκομείου, έτσι, προσομοιάζει όλο και πιο έντονα με επιχείρηση, που για να βγάλει κέρδος

7 Συνέλευση για την υγεία | κατάληψη ΠΙΚΠΑ, (2011), *Κοιτάζοντας την κρυστάλλινη σφαίρα: υγεία, αποκλεισμός και κατάσταση εξαίρεσης στους καιρούς της κρίσης*.

8 Οφείλουμε να σημειώσουμε ότι ο μετασχηματισμός του συστήματος υπολογισμού του κόστους στην ελληνική πραγματικότητα συμβαίνει πολύ αργά και αντιμετωπίζει διαρκώς προβλήματα αποτελεσματικής εφαρμογής και λειτουργίας.

πρέπει να καταφέρνει να παράγει τις προσφερόμενες υπηρεσίες με μικρότερο κόστος από όσο έχουν οριστεί από τα DRG, κάτι που απαιτεί την προσπάθεια για περιορισμό του χρόνου εργασίας που δεν είναι άμεσα παραγωγικός. Η εντατικοποίηση αυτή -που παράγεται από την προσπάθεια του κράτους να μειώσει τα έξοδα, αλλά και από την θέληση των νοσοκομείων να είναι πιο ανταγωνιστικά- αφήνει όλο και λιγότερο χρόνο στους εργαζόμενους και στις εργαζόμενες στην βιομηχανία της υγείας να ασχοληθούν πραγματικά με τις ανάγκες των νοσηλευόμενων, αλλά και να συνδεθούν μεταξύ τους. Επιπλέον, οδηγεί στο να μην προσλαμβάνονται νέοι εργαζόμενοι στη θέση αυτών που συνταξιοδοτούνται, καθώς επιχειρείται η κάλυψη του φόρτου της παρεχόμενης περίθαλψης από μικρότερο αριθμό εργαζομένων⁹. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα συμφέροντά τους να φαντάζουν συχνά ακόμα και αντικρουόμενα με αυτά των ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με την περίοδο διαχείρισης της πανδημίας, βλέπουμε την συγκεντροποίηση της περίθαλψης στο πεδίο του νοσοκομείου μέσω της περαιτέρω αποδυνάμωσης των τομέων της πρωτοβάθμιας υγείας. Επιπλέον, το νοσοκομείο αυτή την περίοδο φροντίζει ως επί το πλείστον συγκεκριμένου τύπου ασθενείς, με αποτέλεσμα, πέρα από τα θύματα της Covid-19, να υπάρχει πλήθος «παράπλευρων απωλειών» από άλλες ασθένειες (εξαιτίας φυσικά και του φόβου που κυριάρχησε). Ο αποκλεισμός ασθενών από τα νοσοκομεία, πέρα από τα κρούσματα Covid-19, και η παρακολούθηση των ασθενών μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου, περιόρισε τις κοινωνικές προσδοκίες για τη δημόσια περίθαλψη και οδήγησε, όσους μπορούσαν, στην αγκαλιά της ιδιωτικής περίθαλψης¹⁰, ενώ άλλες

και άλλους να αναμένουν στο ακουστικό του τηλεφώνου τους ή μπροστά από την οθόνη τους. Επιπλέον, οι υγειονομικοί, ανεξαρτήτως ειδικότητας, μετακινήθηκαν σε μονάδες αντιμετώπισης περιστατικών Covid-19, συχνά δίκως να έχουν καν εκπαιδευτεί, ενώ ταυτόχρονα η κυβέρνηση προσέλαβε αποκλειστικά συμβασιούχους (ορισμένου χρόνου εργαζόμενους) και πρότεινε τη συμμετοχή μετ' αποζημίωσης ιδιωτών γιατρών για την ενίσχυση του προσωπικού του δημοσίου. Έτσι, ουσιαστικά ο δημοσίος τομέας της περίθαλψης ενισχύθηκε ελάχιστα (σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ) εν μέσω πανδημίας, και, παράλληλα, ευνοήθηκε περαιτέρω η τάση για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα και ψηφιοποίησης της υγείας¹¹, ποδοπατώντας για άλλη μία φορά τα σώματα και τις ανάγκες μας.

Ταυτόχρονα όμως, όπως αναφέραμε και νωρίτερα, την τελευταία δεκαετία γίνεται μια προσπάθεια για σταδιακή μετατόπιση του τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων προς τη μέθοδο κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων. Αυτό σημαίνει ότι ευνοούνται ιατρικές πράξεις που είναι πιο προσοδοφόρες έναντι άλλων, και η κοστολόγηση της κάθε ιατρικής πράξης ξεχωριστά. Η συγκεκριμένη διαδικασία φαίνεται ότι δεν έχει επιτευχθεί πλήρως στο ελληνικό παράδειγμα. Παρόλα αυτά, όλες οι νέες προτάσεις και οι προσδοκίες για αλλαγή του συστήματος οργάνωσης και αποζημίωσης των νοσοκομείων φαίνεται να δείχνουν προς τα εκεί¹². Στην πανδημία τα νοσοκομεία κατέρρευσαν από ασθενείς που είχαν ανάγκη από αυξημένη φροντίδα, Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) ή Μονάδες Εντατικής Θε-

τα Covid-19, προκείμενου να διαφυλάξει τους πιο κερδοφόρους ασθενείς, δηλαδή όσους έχουν χρόνιες ασθένειες και ανάγκη από χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται αυθημερόν.

11 Η ύλη συνταγογράφηση που άρχισε να εφαρμόζεται από την αρχή της πανδημίας, χρησιμεύει τόσο για την άμεση εξυπηρέτηση εξ αποστάσεως (που απαιτεί λιγότερη εργασία), όσο και για τον καλύτερο έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών από το κράτος.

12 Βλ. το άρθρο: «Τι αλλάζει με το σύστημα των DRG's» <https://intelligencepharma.wordpress.com/2018/07/24/τι-αλλάζει-με-το-σύστημα-των-drgs/>

9 Την τελευταία δεκαετία, λόγω συνταξιοδοτήσεων και παγώματος των προσλήψεων στο ΕΣΥ, οι εργαζόμενοι και οι εργαζόμενες μειώθηκαν κατά 52,8%, κάτι που συνέβαλε στη μείωση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων, όπως φυσικά και της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.

10 Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας δεν δέχτηκε να νοσηλεύσει κρούσμα-

ραπείας (ΜΕΘ). Οι δομές, όπως οι ΜΕΘ, δεν είναι ιδιαίτερα προσοδοφόρες, αν και δαπανηρές, δηλαδή δεν παρέχουν μεγάλο περιθώριο κέρδους, και συνήθως αφορούν ασθενείς που λιμνάζουν με παρατεταμένη νοσηλεία, και όχι γρήγορα περιστατικά που διεκπεραιώνονται με το σύστημα της περιστρεφόμενης πόρτας. Οπότε, για λόγους κοινωνικής σταθερότητας και ανάδειξης του κράτους ως του μοναδικού εγγυητή για την υγεία, τα δημόσια νοσοκομεία ανέλαβαν το έργο αντιμετώπισης της πανδημίας, σταματώντας ένα μεγάλος μέρος των ιατρικών διαδικασιών που θα τους προσέφεραν δυνητικά μεγαλύτερη ανταπόδοση και θα τα έκαναν πιο ανταγωνιστικά. Γι' αυτό, λοιπόν, μπορούμε να κατανοήσουμε γιατί υπάρχει ελάχιστη προθυμία για προσλήψεις προσωπικού και νέες κλίνες: Γιατί είναι μέτρα ακριβά και σε κατεύθυνση αντιδιαμετρικά αντίθετη προς την επιχειρούμενη αναδιάρθρωση: μέτρα που έρχονται να προστεθούν σε ένα ήδη ασφυκτικό πλαίσιο για την οικονομική εξυγίανση των νοσοκομείων. Η διαχείριση αυτή έδειξε ότι δεν υπήρξε κάποια διάθεση αναδιαμόρφωσης του συστήματος περίθαλψης για τη καλύτερη λειτουργία του. Αυτό που επικράτησε ήταν η λογική της έκτακτης ανάγκης και των προσωρινών, μη αποτελεσματικών λύσεων, η προσπάθεια περιορισμού του πολιτικού κόστους με βαρύγδουπες δηλώσεις, με μικρή ενίσχυση των δομών, και -κυρίως- η υπεργασία των μη νοσοκόμων υγειονομικών και ειδικευμένων¹³. Οπότε, θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι η διαχείριση της πανδημίας αποτέλεσε, έως έναν βαθμό, μία μικρή παρεμβολή αναφορικά με τις κατευθύνσεις που είχαν προταθεί σε σχέση με την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ για την προώθηση των πιο επικερδών ιατρικών διαδικασιών, ενώ φυσικά σε άλλα πεδία η πανδημία χρησιμοποιήθηκε σαν ευκαιρία για τη συνέχισή της. Η αναδιάρθρωση, λοιπόν, δεν προχωράει ως οργανωμένο και κλειστό σχέδιο, αλλά με σπασμωδικές κινήσεις που εκμεταλλεύονται τις ιδιαίτερες πτυχές της εκάστοτε συ-

γκυρίας, και που είναι ανοιχτές τόσο στον κοινωνικό ανταγωνισμό, όσο και στον ανταγωνισμό μεταξύ των διαφορετικών τάσεων του κεφαλαίου.

Όπως έχει προαναφερθεί, στην Ελλάδα ο διαχειριστής-ιδιοκτήτης των εγκαταστάσεων υγείας είναι το κράτος. Συνεπώς, η διαδικασία αναδιάρθρωσης καθοδηγείται από αυτό και επηρεάζει συνολικά όλα τα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, ο τρόπος και ο βαθμός εφαρμογής των αποφάσεων που λαμβάνονται από τα πάνω μπορεί να διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, λόγω της τοπικής συνθήκης, της (α)προθυμίας των εργαζομένων και γενικότερα της διαφορετικής έντασης των αντιστάσεων που εμφανίζονται απέναντι στην υποβάθμιση της περίθαλψης. Και κάπου εδώ είναι που επανεμφανίζεται η δυνατότητα των αγώνων ως μία σημαντική παράμετρος επιρροής της διαμόρφωσης τόσο του συστήματος υγείας, όσο και των υπόλοιπων τομέων της κοινωνικής αναπαραγωγής. Όσον αφορά το σύστημα υγείας, η θέληση των εργαζομένων να εξετάσουν μετανάστες και μετανάστριες χωρίς ΑΜΚΑ ή η πίεση των χρηστών υγείας για καλύτερες συνθήκες περίθαλψης, μπορούν να δημιουργήσουν τις καταστάσεις εκείνες, χάρη στις οποίες η πρόσβαση σε ένα (δημόσιο) νοσοκομείο θα είναι πιο εύκολη/διευρυμένη σε σχέση με κάποιο άλλο. Και αυτό δεν είναι κάτι αμελητέο σε μία εποχή που ο θάνατος έχει γίνει μία καθημερινή συνήθεια ακρόασης αριθμών, και που η φροντίδα της υγείας μας λογίζεται ως επί το πλείστον ως αρμοδιότητα της αστυνομίας. Με δύο λόγια, είμαστε ικανές για το καλύτερο, αλλά και για το χειρότερο. Άλλωστε, θα ήταν καταστροφικό να δεχόμασταν ότι η επέλαση του κεφαλαίου στις ζωές μας είναι ντετερμινιστική και δεν χωρά αναχώματα. Η ταξική πάλη, ούτως ή άλλως, και παρά τις αλλεπάλληλες ήττες μας, συνεχίζει να είναι χορός για δύο.

13 Γραμμή 15 (2020), «η περίθαλψη σε ISOBOX»: συζητώντας με 5 υγειονομικούς», Γραμμή 15 #3.





Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΓΕΙ ΝΕΑ ΑΞΙΑ

Ο μετασχηματισμός του νοσοκομείου προς
ένα σύγχρονο βιομηχανικό μοντέλο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οκτώβριος 2020: η επιδημία της COVID-19¹ επιστρέφει και πλήττει σοβαρά αρκετές χώρες. Μετά από ένα πρώτο κύμα που, σε παγκόσμια κλίμακα, ώθησε τα συστήματα υγείας στα όρια των δυνατοτήτων τους, αυτό το δεύτερο κύμα απειλεί πλέον να τα οδηγήσει στην κατάρρευση. Αλλά τον Ιούνιο, στο Βέλγιο και στη Γαλλία, οι εργαζόμενοι/ες υγειονομικοί/ες διαδήλωσαν στους δρόμους και στους χώρους εργασίας τους, δηλαδή στα νοσοκομεία. Υπό το σύνθημα «Du fric pour la santé publique! Du blé pour la santé!»² απαίτησαν αυξήσεις στους μισθούς τους και βελτίωση των εργασιακών τους συνθηκών. Σε αυτές τις άμεσες απαιτήσεις πρόσθεσαν και την εναντίωσή τους στην εμπορευματοποίηση της περίθαλψης, υπεύθυνης για το ότι «σκοτώνει το νοσοκομείο».

Ωστόσο, το κεφάλαιο, και πιο συγκεκριμένα το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο που εκπροσωπείται από το κράτος, δεν «σκοτώνει» το νοσοκομείο, αλλά

το καθιστά ικανό για παραγωγή νέας αξίας, με άλλα λόγια, κέρδους. Όσο για την υγεία ως κοινό και δημόσιο αγαθό, δεν έχει υπάρξει ποτέ με αυτήν τη μορφή στις κοινωνίες που χωρίζονται σε τάξεις. Η ολοκληρωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη, αλλά και σε ό,τι αποκαλείται πρόληψη, ήταν πάντοτε και παραμένει ακόμα, πάνω από όλα, ένα προνόμιο για όσους/ες μπορούν να πληρώσουν για αυτό. Αυτό ισχύει, παρά τον αυθεντικά ανθρωπιστικό ενθουσιασμό που παρακινεί έναν αρκετά μεγάλο αριθμό αγριεμένων υγειονομικών εργαζομένων.

Αυτό το κείμενο προσπαθεί να αποκρυπτογραφήσει τη σημαντική μετάλλαξη που εξελίσσεται εδώ και περίπου σαράντα χρόνια στο εσωτερικό των νοσοκομείων στις αναπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες, που διαθέτουν ένα σύστημα καθολικής κοινωνικής ασφάλισης, βασισμένο στη συνδιαχείριση από το κράτος και από τους λεγόμενους «κοινωνικούς εταίρους», οι οποίοι μπορούν να περιγραφούν καλύτερα ως ενδιάμεσοι κρατικοί φορείς³. Ο τομέας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που, από την εγκαθίδρυση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ρυθμιζόταν από

1 Πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, μπορείτε να συμβουλευτείτε την προκήρυξη των Mouvement Communiste με τίτλο «Πανδημία, έθνη-κράτη και κεφάλαιο» (Μάρτιος 2020), στην ακόλουθη διεύθυνση: <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/BLT2003GRvF.pdf>

2 Οι λέξεις *Fric* και *blé*, αποτελούν και οι δύο slang ορολογία για τα χρήματα –σκεπτείτε ίσως τους όρους «παραδάκι» και «γκαφρά». Τυχαίνει να κάνουν ομοιοκαταληξία με τις λέξεις *publique* (που σημαίνει δημόσιος) και *santé* (που σημαίνει υγεία).

3 Ασφαλώς, τα συστήματα υγείας πολλών ευρωπαϊκών κρατών χρηματοδοτούνται μέσα από τη γενική φορολογία, αντί μέσω ενός ασφαλιστικού συστήματος πρόνοιας. Αυτό συμβαίνει κυρίως στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ιταλίας. Υπάρχουν επίσης υβριδικά συστήματα, όπως στην Ελλάδα και στην Ισπανία. Ανατρέξτε στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies), για ένα αναλυτικό σύνολο εκθέσεων σε σχέση με όλες τις ευρωπαϊκές χώρες

τους κανόνες μίας ελεγχόμενης αγοράς (καθορισμός των τιμών εκτός της αγοράς, κρατική χρηματοδότηση των νοσοκομείων), έχει εξελιχθεί από τη δεκαετία του 1980 και ακόμα περισσότερο από το 2008 –μετά τη δημοσιονομική κρίση που ήταν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης– προς ένα «τυπικό» σύγχρονο βιομηχανικό μοντέλο που ωθείται και ενισχύεται από τον ανταγωνισμό.

Είτε πρόκειται για δημόσιες ή ιδιωτικές επιχειρήσεις, η δομή των νοσοκομείων είναι ολόένα και περισσότερο μία καθαρά καπιταλιστική δομή που επιδιώκει να αποκομίσει κέρδος χάρη στην πώληση του εμπορεύματος «υγείας». Έτσι, ο μετασχηματισμός του νοσοκομειακού τομέα συνιστά επικαιροποίηση και αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του κεφαλαίου. Αυτή η διείδυση του κεφαλαίου στην κρατική αγορά αντιστοιχεί στη συνεχόμενη επέκταση του κεφαλαίου σε όλες τις σφαίρες της οικονομικής δραστηριότητας και στη γενίκευση του εμπορεύματος ως μοναδικής μορφής κοινωνικού πλούτου.

Το νοσοκομείο εκφράζει την πλέον ανεπτυγμένη μορφή της συγκέντρωσης και συγκεντροποίησης κεφαλαίου στην αγορά της υγείας. Με άλλα λόγια και πιο σχηματικά: ο οικογενειακός ιατρός παραπέμπει στη φιγούρα του χειροτέχνη• το κέντρο υγείας είναι περισσότερο σαν μία μικρή κλίμακας μανουφακτούρα (που συγκεντρώνει τους εργάτες στο ίδιο μέρος και, μέσα από την από κοινού χρήση των μέσων παραγωγής, εξοικονομεί πάγιες δαπάνες, αλλά που ακόμα βασίζεται στην απλή συνεργασία)• το νοσοκομείο εμφανίζεται ως η συγκεκριμένη βιομηχανική οργάνωση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, που συνδυάζει τον καταμερισμό της εργασίας και την επιστημονική της οργάνωση (εξειδίκευση, καταμερισμός, επαναλαμβανόμενη δουλειά), με την εκμηχάνιση (τε-

χνολογία και εφαρμοσμένη επιστήμη) και με τη συνεργασία μεγάλης κλίμακας (συλλογικός εργάτης και συγκεντροποίηση της εφαρμοσμένης έρευνας).

Η «κρίση του νοσοκομείου» προκύπτει από την επιθυμία του κράτους να μειώσει δραστικά τα μη παραγωγικά του έξοδα σε σχέση με την περίθαλψη. Πράγματι, ως εκπρόσωπος του συλλογικού κεφαλαίου, το κράτος αφιερώνει ένα σημαντικό μερίδιο⁴ του προϋπολογισμού του στο να διαχειρίζεται την υγεία του πληθυσμού, αν με αυτό εννοήσουμε τις απαραίτητες παρεμβάσεις για την αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης, που είναι χρήσιμη στο κεφάλαιο άμεσα ή έμμεσα (καθώς το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεριμνά επίσης και για τα παιδιά, τις ηλικιωμένες και τα άτομα με μακροχρόνια αναπηρία). Αλλά ως ατομικό κεφαλαίο, και ακόμα περισσότερο, ως ιδιοκτήτης του δημοσίου συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης, το κράτος προσπαθεί να περιορίσει τη συνεισφορά του στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και να επενδύσει στους πιο αποδοτικούς φορείς –σε αυτούς, δηλαδή, που είναι ικανοί να παράγουν κέρδος. Και, ταυτόχρονα, είναι απαραίτητο να εμπιστευτεί τα καθήκοντα της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης σε δομές περίθαλψης που είναι λιγότερο αποδοτικές αλλά ακόμα απαραίτητες (όπως στις «ιατρικές ερήμους»⁵ ή στις μονάδες εντατικής θεραπείας). Ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας δεν παραμελείται, καθώς το κράτος, με την ιδιότητα του μετόχου ατομικών κεφαλαίων, παραμένει ένας κεντρικός παράγοντας στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Τον αντίκτυπο αυτής της δομικής εξέλιξης τον πληρώνουν τώρα –και θα τον πληρώνουν στο μέλ-

4 Βλ: www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table7.pdf

5 ΣτΜ. Ο όρος «ιατρική έρημος» χρησιμοποιείται για να περιγράψει αστικές ή αγροτικές περιοχές με φτωχή πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

λον– τόσο αυτοί και αυτές που εργάζονται στα νοσοκομεία, όσο και οι ασθενείς. Τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εκμετάλλευσης της εργασιακής δύναμης των υγειονομικών δεν είναι –δομικά– διαφορετικές από αυτές που απαντώνται στον κατασκευαστικό τομέα και στα logistics της μαζικής παραγωγής. Όπως και κάθε εργατικό δυναμικό σε κάθε καπιταλιστική επιχείρηση, οι υγειονομικοί συμβάλλουν στη συσσώρευση του «ατομικού» τους κεφαλαίου (του νοσοκομείου) και έτσι υπόκεινται στις διαρκείς πιέσεις των αφεντικών για μειώσεις μισθών, για παράταση του χρόνου εργασίας, για υποτίμηση των εργασιακών τους συνθηκών, για μεγαλύτερη παραγωγικότητα, για εντατικοποίηση της εργασίας τους κ.λπ. Δεν υπάρχει κανένας λόγος διαφοροποίησης αυτού του τομέα από όλους τους άλλους.

Στην καλύτερη των περιπτώσεων, στο άμεσο μέλλον –λόγω της έξαρσης της COVID-19– το κράτος θα αναγκαστεί να επενδύσει ξανά στην υγεία, να προσφέρει κάποιες αυξήσεις στους μισθούς και να επιβάλει κάποιες ρυθμίσεις στις εργασιακές συνθήκες, κάτι το οποίο θα αυξήσει το κόστος παραγωγής. Αλλά εν τέλει, ο μετασχηματισμός κάθε αγαθού σε εμπόρευμα παραμένει η κυρίαρχη και η συστημική τάση του καπιταλιστικού κύκλου, που συμπεριλαμβάνει και τον τομέα της υγείας. Αυτή η τάση εμπορευματοποίησης μπορεί να επιβραδυνθεί από τη διαχείριση της επιδημίας SARS-CoV-2 αλλά σίγουρα όχι να αντιστραφεί, καθώς ο ιός αντιπροσωπεύει «μόνο» μία προσωρινή μεταβλητή αντικυκλικής τάσης. Επιπλέον, ο ιός ήδη βοηθά τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας να καταστρώσουν σχέδια για αναδιάρθρωση και επενδύσεις, που να μπορούν να αντισταθμίσουν άμεσα το υψηλό κόστος παραγωγής και να αυξήσουν την παραγωγικότητα της κοινωνικής εργασίας που απασχολείται σε αυτόν τον τομέα.

ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΜΙΑ ΜΕΡΑ ΣΤΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ

Μηδενικό απόθεμα και Just-In-Time⁶, δεν υπάρχει χρόνος για χάσιμο για τη συσσώρευση του κεφαλαίου

Το κεφάλαιο είναι μία εγγενώς δυναμική κοινωνική σχέση: δεν έχει σταματήσει ποτέ να καταλαμβάνει, να απορροφά και να μεταρρυθμίζει εκ βάθρων τομείς που προηγουμένως είχαν διαφύγει του ελέγχου του. Το νοσοκομείο υπόκειται σε έναν μετασχηματισμό των συγκεκριμένων εργασιακών του διαδικασιών. Ο μετασχηματισμός αυτός αφορά τον περαιτέρω κατακερματισμό της εργασίας, καθώς και την έντονη εξειδίκευση και διαμοιρασμό των καθηκόντων που, με τη σειρά τους, οδηγούν σε επαναλαμβανόμενη, μονότονη εργασία. Όλα αυτά στη βάση μίας συνεργασίας μεγάλης κλίμακας, δηλαδή, στο πλαίσιο δημιουργίας ενός συλλογικού εργάτη, που είναι ειδικευμένος αλλά συγχρόνως ευέλικτος και δυναμικά αντικαταστάσιμος, αναφορικά με τον χρόνο προσαρμογής και με ένα διαρκώς μειούμενο επίπεδο δεξιοτήτων.

Ο μετασχηματισμός των εργασιακών συνθηκών στο νοσοκομείο από τη δεκαετία του 1980⁷ είναι

6 ΣτΜ. Το Just-In-Time (JIT) είναι διαφοροποιημένο σύστημα διαχείρισης αποθέματος και πρόκειται για ένα σύνολο τεχνικών που χρησιμοποιούνται για τη βελτιστοποίηση ενός παραγωγικού συστήματος αγαθών ή υπηρεσιών. Αρχικά εφαρμόστηκε στην Ιαπωνία, στην αυτοκινητοβιομηχανία Toyota σταδιακά μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η απόδοση κάθε παραγωγικής διαδικασίας επηρεάζεται αρνητικά τόσο από υπερβολικές, όσο και από ανεπαρκείς ποσότητες αποθέματος πρώτων υλών ή/και τελικών προϊόντων. Πλεονάζον απόθεμα σημαίνει δέσμευση κεφαλαίου που δεν πραγματοποιείται στην αγορά, ενώ ελλείψεις απόθεμα συνεπάγεται καθυστέρησης. Το σύστημα JIT αποσκοπεί στη διάθεση του αποθέματος ακριβώς τη σωστή στιγμή, δηλαδή όποτε ακριβώς χρειάζεται στη διαδικασία παραγωγής, όχι νωρίτερα, αλλά ούτε και με καθυστέρηση, ώστε να αποφεύγονται σπατάλες αλλά και ολιγωρίες.

7 Για παράδειγμα, το μοντέλο χρέωσης βάσει δραστηριοτήτων που ονομάζεται «Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή» (Individualised Nursing Care for the person cared for, στα γαλλικά

συγκρίσιμος με τη διαδικασία που έλαβε χώρα στη βιομηχανία έναν αιώνα νωρίτερα, μέσα από τον Τε-
ϊλορισμό και την εκμηχάνιση. Πλέον, το χρονόμετρο⁸
εισάγεται στο νοσοκομείο. Αυτό σημαίνει ότι το νο-
σοκομείο οφείλει να γίνει παραγωγικό, δηλαδή δημι-
ουργός νέας αξίας, τόσο για το κράτος ως τον κύριο
ιδιοκτήτη –συχνά ακόμα και τον μοναδικό– ενός ατο-
μικού κεφαλαίου (όπως είναι η κατάσταση στο δημό-
σιο νοσοκομείο), όσο και για τα ιδιωτικά κεφάλαια της
περίθαλψης (που επίσης χρηματοδοτούνται από το
κράτος και την κοινωνική ασφάλιση). Το νοσοκομείο
γεννήθηκε ως ένα μη παραγωγικό έξοδο που ήταν
απαραίτητο για την αναπαραγωγή των τάξεων και για
την καλή λειτουργία της καπιταλιστικής οργάνωσης
της εργασίας (όπως, για παράδειγμα, και το σχολείο),
και έχει προσδευτικά μετατραπεί σε ένα κεφάλαιο που
παράγει κέρδος. Ακριβώς, δηλαδή, όπως συμβαίνει
ολοένα και περισσότερο στην ανώτερη εκπαίδευση,
και όπως έχει ήδη συμβεί εδώ και καιρό στην περί-
πτωση της δημόσιας συγκοινωνίας⁹. Στην ιστορία του
καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, η σφαίρα της πα-
ραγωγής επεκτείνεται αδιάκοπα σε δραστηριότητες
όπου δεν βρισκόταν προηγουμένως, και νέα ατομικά
κεφάλαια (ιδιωτικά ή κρατικά) εμφανίζονται για να
εξασφαλίσουν την εκμετάλλευση. Οι παραδοσιακές
«δημόσιες υπηρεσίες», που δεν συμμετέχουν άμε-
σα στην κεφαλαιακή συσσώρευση, ενσωματώνονται

SIIPS), στο οποίο γίνεται αναφορά στη συνέχεια αυτού του κειμένου,
δημιουργήθηκε και τέθηκε σε εφαρμογή στη Γαλλία ήδη από την περί-
οδο 1987-1988.

8 Αναφορά στο έργο του Benjamin Coriat, *L'atelier et le chronomètre: essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*, Christian Bourgois, 1979. Βλ. Κοριά Μπενζαμέν, *Ο Εργάτης και το Χρονόμετρο: Τεϊλορισμός – Φορντισμός και μαζική παραγωγή*, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1985.

9 Βλ. την επιστολή των Mouvement Communiste που ήταν αφιερω-
μένη στην τελευταία αναδιάρθρωση του SNCF (Société Nationale des
Chemins-de-Fer Français, η κρατική σιδηροδρομική εταιρία της Γαλ-
λίας) καθώς και έναν απολογισμό της απεργίας που αντιστάθηκε σε
αυτήν: [http://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/
LTMC1946%20ENvF.pdf](http://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20ENvF.pdf).

αναπόφευκτα στην αγορά.

Προκειμένου να αναλυθούν οι λειτουργίες της
εργασιακής διαδικασίας και της διαδικασίας συσσώ-
ρευσης κεφαλαίου στο νοσοκομείο, είναι χρήσιμη η
σύγκριση με την κλασική βιομηχανία –για παράδειγ-
μα, με τον τομέα της αυτοκινητοβιομηχανίας. Οι ομοι-
ότητες είναι πολυάριθμες: από την πρόσληψη προ-
σωπικού σύμφωνα με τις ροές εμπορευμάτων μέσα
στην εταιρία, έως τον καταμερισμό εργασίας, την εξει-
δίκευση και τον έλεγχο του εργατικού δυναμικού.

*«Επομένως, το πορτραίτο του σύγχρονου
νοσοκομειακού συστήματος απεικονίζει
ξεκάθαρα τη μορφή μίας βιομηχανίας.
Αναπαράγει πιστά τα μοντέλα που το ορ-
γανώνουν: τη διαχείριση των αποθεματι-
κών και της ροής των προμηθειών, τα τυ-
ποποιημένα κυκλώματα, την τεχνοκρατική
οργάνωση, τον πληθωρισμό των γραφη-
μάτων, την αρχιτεκτονική του συστήματος
ραφιών και παλετών ως μεθόδου αποθή-
κευσης, η οποία περιορίζει τη διασπορά
και ενθαρρύνει την ταχύτητα. Το άτομο σε
αυτήν την περίπτωση έχει μετατραπεί σε
ένα πιθανό αντικείμενο κέρδους, δεδομέ-
νου ότι βρίσκεται σε ένα σύστημα γενι-
κευμένων συναλλαγών [...], σε μία ανταλ-
λακτική αξία»¹⁰.*

Στο νοσοκομείο, οι «ανθρώπινες ροές» –το
προσωπικό και οι ασθενείς– οργανώνονται με τέτοιον
τρόπο ώστε να μειώνονται όσο το δυνατόν περισσό-
τερο οι νεκροί χρόνοι, είτε πρόκειται για τη μεταφορά
ασθενών από το ένα κρεβάτι στο άλλο και από τη μία
κλινική στην άλλη, είτε για τις μετακινήσεις των για-

10 Stéphane Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie. - Le langage
comme symptôme*, Gallimard, 2020.

τρών στους δαιδαλώδεις διαδρόμους των διαφόρων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπλέον, είναι αναγκαίο να μειώνεται συνεχώς ο μέσο όρος παραμονής στο νοσοκομείο, με στόχο να μη λιμνάζουν τα περιστατικά και να επιταχύνεται η ροή των ασθενών (σύμφωνα με το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούν οι διοικητές των νοσοκομείων).

Στο Βέλγιο, για παράδειγμα, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η παραμονή στο νοσοκομείο γίνεται ολοένα και πιο βραχύχρονη, ενώ παράλληλα επεκτείνεται η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Για το 2018, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κατέλαβε το 18% των ημερών νοσηλείας και σχεδόν το 60% των περιστατικών. Όπως αναφέρει για το 2018 η μελέτη *Model for Automatic Hospital Analysis* (Maha) που εκπονεί η Belfius Bank εδώ και 25 χρόνια:

«Για να είμαστε σε θέση μέσα στα επόμενα χρόνια να μειώσουμε τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών που δικαιολογούνται ανά ημέρα, χρειάζεται να συμφωνήσουμε σχετικά με τον αριθμό των νοσηλείων ανά ημέρα, για τις μορφές εναλλακτικής φροντίδας (μονάδες φιλοξενίας χρονίως

πασχόντων, κατ' οίκον νοσηλεία...), για την οργάνωση της περίθαλψης στο σπίτι και τη βελτίωση της ηλεκτρονικής διαχείρισης των δεδομένων των ασθενών»¹¹.

Αυτή η διαχείριση των ροών των ασθενών είναι επίσης αντικείμενο ιδιαίτερης σπουδής εκ μέρους των διοικήσεων των νοσοκομείων, έτσι ώστε να συμπιεστούν, στο μέγιστο, όλα όσα δεν σχετίζονται με τις τιμολογημένες ιατρικές διαδικασίες και, κατά συνέπεια, ο πραγματικός χρόνος εργασίας του ιατρικού προσωπικού να προσεγγίζει όσο το δυνατόν περισσότερο τον τυπικά εργάσιμο χρόνο. Κάθε στιγμή της εργάσιμης ημέρας πρέπει να αφιερώνεται σε μια εργασία που να μπορεί να καταμετρηθεί στα κατάστα-
χα της επιχείρησης. Όλες οι στιγμές που δεν αφιερώνονται απευθείας στον «παραγωγικό» χρόνο, περιορίζονται (διαλείμματα, συζητήσεις με συναδέλφους).

Η κατάσταση στον βιομηχανικό κλάδο που επιλέξαμε προηγουμένως για σύγκριση –στην αυτοκινητοβιομηχανία– είναι πανομοιότυπη: ακραία ελαχιστοποίηση των περιττών διαδρομών για τη μεταφορά εμπορευμάτων και την κυκλοφορία του εργατικού

¹¹ <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2018>

Δημόσιο νοσοκομείο και ιδιωτικό νοσοκομείο

Στο Βέλγιο, τόσο τα δημόσια νοσοκομεία, όσο και τα ιδιωτικά, χρηματοδοτούνται με κονδύλια του ομοσπονδιακού κράτους (κυρίως όσον αφορά τους μισθούς), από τις περιφέρειες (πρωτίστως για υποδομές) και από ασφαλιστικά προγράμματα για την υγεία και την αναπηρία (για την αμοιβή συμβουλευτικών και παρεμβατικών πρακτικών, ιατρικών

τεχνικών διαδικασιών και θεραπειών). Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά, τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν επίσημη περιουσία και βρίσκονται υπό την καθοδήγηση των κοινοτήτων, των διακοινοτικών επαρχιών ή των περιφερειών. Το 72% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά (υπό καθεστώς ΝΠΙΔ ενταγμένου στο σύστημα υγείας αλλά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα).

«Ιστορικά, αυτές οι δομές ήταν προϊόν είτε εκκλησιαστικών οργανώσεων, είτε

δυναμικού στη διαδικασία παραγωγής• συνεχής και αμείλικτη πάλη εκ μέρους του αφεντικού για τον περιορισμό του χρόνου εργασίας που δεν είναι άμεσα παραγωγικός, όπως οι μετακινήσεις από και προς το σπίτι, το διάλειμμα για τουαλέτα, τα γεύματα κ.λπ.

Η ανάγκη για αποδοτικότητα του κεφαλαίου εκφράζεται σε αυτό το επίπεδο –με κλασικό τρόπο– από δύο φαινόμενα: τη συνεχή πίεση για παράταση και ευελιξία της εργάσιμης ημέρας, σε συνδυασμό, τις περισσότερες φορές, με την εντατικοποίησή της. Πανθομολογούμενος στόχος είναι η αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας μέσω της πιο αποδοτικής κατανομής του εργατικού δυναμικού. Με άλλα λόγια, η αύξηση του ποσοστού εκμετάλλευσης για την εξαγωγή περισσότερης υπεραξίας από τη μοναδική πηγή της, δηλαδή από τη ζωντανή εργασία.

Όπως και στη βιομηχανία αυτοκινήτων, το ιατρικό προσωπικό ελέγχεται από «επιστάτες», που έχουν ως κύρια λειτουργία να εξασφαλίζουν ότι η εργασιακή διαδικασία είναι όσο το δυνατόν πιο αποδοτική, σύμφωνα με τις επιταγές της παραγωγής. Σε αυτό τους το έργο, υποστηρίζονται από μία πληθώρα πακέτων λογισμικού που ελέγχουν τον βαθμό προόδου

των καθηκόντων σχεδόν μέχρι το τελευταίο λεπτό, με τη βοήθεια αναγνώσιμων διακριτικών σημάτων και το απαρέγκλιτο χτύπημα της κάρτας. Η δραστηριότητα του ιατρικού προσωπικού περιορίζεται όλο και περισσότερο σε ποσοτικοποιημένα πρωτόκολλα, τα οποία και καταρτίζονται από τη διοίκηση. Έτσι, η δραστηριότητα αυτή, αν και ουσιαστικά αποτελεί τον πυρήνα της «κοινωνικής χρησιμότητας» της επιχείρησης, μετατρέπεται σε αμιγώς τεχνική δραστηριότητα υπό τη διεύθυνση του διοικητικού προσωπικού.

Το φαινόμενο του Τείλορισμού στην εργασία μεταφράζεται συγκεκριμένα στον τεμαχισμό του εργάσιμου χρόνου σε σαφώς οριοθετημένες μονάδες (ώστε να καθίστανται ποσοτικοποιήσιμες για τις ανάγκες της λογιστικής), καθώς και στο κυνήγι συρρίκνωσης των νεκρών χρόνων¹². Η εξειδίκευση του προσωπικού και η κατάτμηση των παραγωγικών δια-

12 «Ο ρυθμός της δουλειάς αυξάνεται, οι καθυστερήσεις γίνονται μικρότερες και η εργασία εντατικοποιείται, καθώς ο αριθμός των ασθενών ολοένα και αυξάνεται ενώ η στελέχωση του προσωπικού παραμένει στάσιμη, λόγω της χρηματοδότησης βάσει δραστηριοτήτων. Η εναλλαγή των κρεβατιών είναι ταχύτερη, ο αριθμός των ιατρικών εκτιμήσεων ανά συνεδρία αυξάνεται σταθερά», Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, *La casse du siècle - À propos des réformes de l'hôpital public*, p67. Raisons d'agir, 2019.

ταμείων αλληλοβοήθειας των ελεύθερων πανεπιστημίων ή εργασιακών χώρων που διέθεταν δικές τους νοσοκομειακές μονάδες. Ωστόσο, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού συγχωνεύσεων μεταξύ των νοσοκομείων τις τελευταίες δεκαετίες, ένας μεγάλος αριθμός ιδρυμάτων αποτελεί σήμερα κληρονομιά τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα. Ο νοσοκομειακός νόμος εφαρμόζεται χωρίς διακρίσεις σε δη-

μόσιο και ιδιωτικό τομέα και η χρηματοδότηση από τις δημόσιες αρχές είναι κοινή¹.

Στη Γαλλία, μεταξύ του 1948 και του 1979, η ανάπτυξη του δημοσίου νοσοκομείου (όσον αφορά την κλίμακα, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εφαρμοσμένη τεχνολογία) έγινε

1 Πηγή: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/types-d-hopitaux>.

δικασιών τις καθιστούν πιο μετρήσιμες (σε σχέση με τον χρόνο και με τους πόρους που δαπανώνται). Έτσι, έχουν εκπονηθεί διάφορα υπολογιστικά συστήματα για τη μέτρηση και την κατανομή του «φόρτου της περίθαλψης».

Δύο παραδείγματα:

«Ερευνητικό Πρόγραμμα στη Νοσηλευτική (PRN)¹³: Συνίσταται στη λεπτό προς λεπτό ανάλυση μιας κανονικής εργάσιμης ημέρας παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και την αναγνώριση του ποιοτικά και ποσοτικά αναγκαίου προσωπικού. Βασίζεται στη μέτρηση του χρόνου που απαιτείται για την εκτέλεση της προγραμματισμένης περίθαλψης. Για να καταστεί αυτό δυνατό, είναι αναγκαία η κατάρτιση ενός καταλόγου των «ενεργειών νοσηλευτικής φροντίδας» (ομαδοποιημένες σε τομείς όπως αναπνευστική λειτουργία, διατρο-

13 Projet de Recherche en Nursing (PRN). Χρησιμοποιείται ο όρος en nursing γιατί πρόκειται για Καναδικά Γαλλικά. Η πρώτη πειραματική δοκιμή έλαβε χώρα σε ένα μαιευτήριο στο Μοντρέάλ, το CHU Sainte-Justine, το 1969.

πραγματικότητα χάρη σε μαζικές κρατικές επενδύσεις μέσω της ασφάλειας υγείας και των τοπικών συλλογικών φορέων. Παράλληλα, από το 1946, αυξήθηκε προοδευτικά και η δημιουργία ιδιωτικών κλινικών², οι οποίες και εγγράφηκαν σταδιακά στα ασφαλιστικά συστήματα υγείας. Το 1970, ο ιδιωτικός τομέας αναγνωρίστηκε ως παράπλευρος του

2 Πηγή: Nicolas Tanti-Hardouin, L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle ("Private hospitalisation, identity crisis and sectoral mutation"), Les études de la documentation française, 1996.

φή, υγιεινή, επικοινωνία κ.λπ.), αλλά και η καταγραφή της συχνότητας των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων. Με τη μέθοδο αυτή αποδίδεται μία ξεχωριστή αξία σε καθεμία από αυτές τις ενέργειες. Η αξία αυτή εκφράζεται σε πόντους, και ένας πόντος ισοδυναμεί με πέντε λεπτά φροντίδας. Το άθροισμα των πόντων για όλες τις πράξεις φροντίδας κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 24 ωρών παρέχει την ημερήσια βαθμολογία PRN, δηλαδή τον χρόνο που θεωρείται ότι δαπανάται στον «φόρτο φροντίδας». Ο χρόνος αυτός μπορεί στη συνέχεια να χρησιμοποιηθεί για τη «δόμηση της προσφοράς», ώστε αυτή να ανταποκρίνεται στις εκάστοτε ανάγκες και για την κατανομή του απαιτούμενου προσωπικού, δηλαδή τον καθορισμό του αριθμού των ατόμων που χρειάζονται για την παροχή φροντίδας»¹⁴.

14 Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, *La casse du siècle*.

δημοσίου τομέα μέσω ενός νόμου που οργάνωσε το σύστημα νοσοκομειακής περίθαλψης³. Από το 1981 ξεκίνησε μια πολιτική συμπίεσης των δημοσίων δαπανών που ωθούσε προς τη συγχώνευση κλινικών, η οποία και επισφραγίστηκε εν τέλει με μία μεταρρύθμιση το 1987. Ήδη από την περίοδο 1983-1984, ο μηχανισμός χρηματοδότησης είχε αναθεωρηθεί με στόχο την κάλυψη των δαπανών και τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτι-

3 Πηγή: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

«Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενή (SIIPS)¹⁵: Συνίσταται στον προσδιορισμό του Φόρτου Νοσηλευτικής Εργασίας (ΦΝΕ) με στόχο τον ποσοτικό υπολογισμό του απαραίτητου προσωπικού. Προϋποθέτει την εφαρμογή μιας κλίμακας για την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται σε κάθε ασθενή σε καθημερινή βάση. Κάθε νοσηλευτική πράξη ταξινομείται σύμφωνα με τη φύση της (βασική, τεχνική, σχεσιακή και εκπαιδευτική φροντίδα). Κατόπιν, χωρίζεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με καθορισμένους συντελεστές έντασης ή φόρτου εργασίας (ελάχιστη, ελαφριά, βραχεία, αυξημένη, εντατική). Στη συνέχεια, σε κάθε συνδυασμό, αποδίδεται ο σταθμισμένος μέσος απαιτούμενος χρόνος και με αυτόν τον τρόπο, γίνεται γνωστός ο φόρτος εργασίας, ως το συνολικό άθροισμα των μεμονωμένων χρόνων. Για να υπολογιστεί ο συνολικός φόρτος εργασίας της εκάστοτε υπηρεσίας και ο απαιτούμενος

αριθμός θέσεων εργασίας ανά ημέρα, τα σημεία SIIPS πρέπει να συμπληρώνονται από τυχόν υπόλοιπες δραστηριότητες που σχετίζονται έμμεσα με τη φροντίδα (δι-αχείριση προμηθειών, γραφειοκρατικές απαιτήσεις, παροχή πληροφοριών, εκπαι-δευτικές δραστηριότητες), που και αυτές τις αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσω-πικό»¹⁶.

Αυτές οι μέθοδοι διαχείρισης του εργατικού δυναμικού επιτρέπουν, για παράδειγμα, να μην αντικαθίστανται εργαζόμενοι/ες που αποχωρούν, εφόσον το φορτίο παρεχόμενης περίθαλψης μπορεί να καλυφθεί από μικρότερο αριθμό εργαζομένων. Επιτρέπουν, επίσης, την υποτίμηση ορισμένων καθηκόντων με τη χρήση προσωπικού που είναι λιγότερο ειδικευμένο και, πάνω απ' όλα, φθηνότερο. Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες εκτελούν καθήκοντα που θα έπρεπε να ανατίθενται στους ιατρούς• οι ασκούμενες και οι βοηθοί νοσηλευτικής εκτελούν καθήκοντα που κανονικά ανατίθενται στο νοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.

15 Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS). Βλ. και υποσημείωση 7.

16 Pierre-André Juven, *La casse du siècle*.

.....
: κότητας των νοσοκομείων. Η αναθεώρηση αυτή
: έγινε με βάση Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες
: (Diagnostic Related Groups – DRGs)⁴ και σύμφωνα
:
: 4 ΣτΜ. Στην περίπτωση του ελληνικού ΕΣΥ, από το 2012 τίθενται
: σε εφαρμογή τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), ένας γενι-
: κευμένος τιμοκατάλογος νοσηλείων, ο οποίος καθορίζει το κόστος
: και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) για κάθε κατηγορία νοση-
: λείας. Πρόκειται για σύστημα βασισμένο στα DRGs της Αυστραλίας
: που ήρθε να αντικαταστήσει το προγενέστερο μοντέλο του ημερήσι-
: ου νοσηλίου, το οποίο κρίθηκε αναχρονιστικό. Τα KEN είναι υβριδι-
: κή μορφή: βασίζονται στον προσδιορισμό της ΜΔΝ ανά διαγνωστική
: κατηγορία και δεν κοστολογούν κάθε παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία
: χωριστά. Με νέο νόμο του 2014 εισάγεται το νεότερο Σύστημα Αμοι-
:
: με την αρχή της κοστολόγησης βάσει δραστηριο-
: τήτων⁵ (δηλαδή τιμολόγηση ανά παρεχόμενη ιατρι-
: κή πράξη και όχι σύμφωνα με την αρχή της χρέ-
: ωσης ανά ημέρα νοσηλείας που είχε θεσπιστεί το
: 1941). Κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε επόμενων
: χρόνων, ένα ολόκληρο εθνικό σύστημα τέθηκε σε
:
: βών Νοσοκομείων (ΣΑΝ.), βασισμένο και αυτό σε DRGs, και έκτο-
: τε πυκνώνουν οι προσπάθειες εγκατάλειψης των KEN και σταδιακού
: προσανατολισμού προς ένα σύστημα τιμολόγησης που θα κοστολο-
: γεί κάθε ιατρική πράξη χωριστά (ανοικτό νοσήλιο).
: 5 ΣτΜ. Κοστολόγηση βάσει Δραστηριοτήτων (Activity-Based Costing
: – ABC).
:

Τεχνο-νοσοκομείο, παραγωγικότητα της εργασίας και συγκεντροποίηση του κεφαλαίου

Η καπιταλιστική εξέλιξη του νοσοκομείου περιλαμβάνει τη μαζική ανάπτυξη των ιατρικών επιστημών, των εφαρμοσμένων τεχνολογιών και την εκμηχάνιση της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό το τρομερό άλμα στη γνώση και τις τεχνικές της νοσοκομειακής περίθαλψης, επέτρεψε στο νοσοκομειακό σύστημα να μετατραπεί σε μια βιομηχανία προσαρμοσμένη στη δημιουργία νέας αξίας. Αμέσως μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η σύμπραξη της ιατρικής, της εφαρμοσμένης επιστήμης και των νέων τεχνικών έκανε το νοσοκομείο αυτό που είναι, δηλαδή, έναν τόπο φροντίδας υψηλής τεχνολογίας (ένα τεχνο-νοσοκομείο) που καταλήγει στην υπερειδίκευση ορισμένων επαγγελματιών.

Η εκμηχάνιση επενεργεί σαφώς στην παραγωγικότητα της εργασίας. Συμβάλλει στη μείωση του μέσου χρόνου που απαιτείται για την πραγματοποίηση των διαδικασιών και συχνά επιτρέπει τη μείωση του όγκου της εργασίας. Επεκτείνεται σε όλους τους κλάδους του ιατρικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων των

πιο περίπλοκων όπως, για παράδειγμα, η εργασία των αναισθησιολόγων-εντατικολόγων που, αν και παραμένει δύσκολο να αντικατασταθεί εξολοκλήρου από μηχανές, εντούτοις, η μερική της «εκμηχάνιση» είναι ήδη θέμα πειραματισμού¹⁷.

Τα νοσοκομεία με υψηλή τεχνική σύνθεση (προηγμένος αυτοματισμός), τα οποία ως εκ τούτου χρειάζονται μικρότερο εργατικό δυναμικό για να λειτουργήσουν, μετατρέπονται σε κατεξοχήν «κανονικές» καπιταλιστικές επιχειρήσεις. Αυτά τα πιο κερδοφόρα νοσοκομεία επενδύουν σε εξοπλισμό αιχμής (ρομποτική χειρουργική, απεικονιστική) και σε νέες εγκαταστάσεις και τεχνικές υποδομές. Αυτές οι επενδύσεις σε σταθερό κεφάλαιο επιλέγονται λόγω της καπιταλιστικής τους αποδοτικότητας, δηλαδή, λόγω της ικανότητάς τους να μειώσουν το συνολικό κόστος παραγωγής μιας διαδικασίας ή θεραπείας, σε επίπεδα κατώτερα των τυποποιημένων αποζημιώσεων για την περίθαλψη, όπως αυτές καθορίζονται από τα ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης, το ασφαλιστικά ταμεία και

17 Βλ. για παράδειγμα: https://www.rtbef.be/info/societe/detail_des-robots-pour-aider-l-anesthesiste-du-futur-a-surveiller-le-patient-en-permanence-pendant-toute-l-operation?id=10424867 καθώς επίσης και https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/y_a_t-il_un_iade_dans_la_salle_la_boucle_pilote_marc_fischler_suresnes_philippine_chabanel_suresnes_.pdf.

εφαρμογή για να καθορίσει και να υπολογίσει το μέσο κόστος παραγωγής των νοσηλείων στο νοσοκομείο. Οι επιχειρήσεις όφειλαν πλέον να επιτύχουν το ελάχιστο επίπεδο παραγωγικότητας που καθορίζεται από τη χρηματοδότηση, κάτι που ευνοούσε την οικονομική αυτονόμηση των πιο κερδοφόρων νοσοκομειακών δομών. Κατά την περίοδο 2002-2004 και στο πλαίσιο της ενιαίας χρηματοδότησης δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης, καθιερώθηκε η ενιαία κοστολόγηση μέσω ενός συστηματικού κατα-

λόγου κωδικών ιατρικών πράξεων. Ο ενοποιημένος αυτός καθορισμός τιμών διακρίνει τα σύνολα των χρεώσεων ανάλογα με το είδος της παθολογίας και το είδος της ιατρικής πράξης (απλή ή πολύπλοκη) και αποτελεί μία νέα πρόοδο προς τον «λογιστικό» εξορθολογισμό των ιατρικών υπηρεσιών.

το κράτος (μέσω του προϋπολογισμού για την υγεία).

Ο τομέας που σήμερα είναι μακράν ο πιο κερδοφόρος, και στον οποίο τα ιδιωτικά νοσοκομεία επενδύουν πακτωλούς χρημάτων σε σταθερό κεφάλαιο, είναι αυτός της απεικονιστικής διαγνωστικής (προηγουμένως αποκαλούνταν ακτινολογικός τομέας)¹⁸. Με τις σημερινές τεχνολογικές εξελίξεις, ο τομέας αυτός είναι σχεδόν πλήρως αυτοματοποιημένος. Τον χειρίζονται εξαιρετικά εξειδικευμένοι γιατροί με δεξιότητες, σε τεχνικό επίπεδο, εφάμιλλες των μηχανικών, ικανοί να ερμηνεύουν αναφορές που προέρχονται από μηχανήματα (τομογράφοι, μαγνητικός συντονισμός, υπερηχογραφήματα κ.λπ.). Με αυτόν τον τρόπο, παρακάμπτεται μια ολόκληρη αλυσίδα προσεγγιστικών κλινικών διαγνώσεων (οι οποίες αρχικά πραγματοποιούνται από τη γενική γιατρό ή τη γιατρό των επειγόντων και στη συνέχεια από την ειδικό, η οποία με τη σειρά της ανατρέχει σε εργαστηριακές εξετάσεις). Ουσιαστικά, πλέον η πλήρης διάγνωση του ασθενούς μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα βήμα και είναι «αρκετό» να ξέρει ο γιατρός να διαβάσει και να ερμηνεύει τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων.

Αυτός ο τύπος υπηρεσίας επιτρέπει σε κάθε ιδιωτικό νοσοκομείο που μπορεί να τον παρέχει, να επιβάλλει υψηλότερες τιμές και επομένως να επιτυγχάνει υψηλότερα κέρδη. Στην περίπτωση της δημόσιας επιχείρησης, από την άλλη πλευρά, το νοσοκομείο που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή θα είναι σε θέση να ελαχιστοποιήσει το κόστος του και να κερδίσει χρήματα από τη διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στην προβλεπόμενη αποζημίωση για την εκάστοτε διαδικασία και στις προσίδιες δαπάνες. Άλλο ένα σημαντικό

πλεονέκτημα που σχετίζεται με τον απεικονιστικό εξοπλισμό είναι η δυνατότητα συγκράτησης των ασθενών εντός της εταιρείας, από την εισαγωγή έως και το εξιτήριο, χωρίς να χρειάζεται να αγορασθούν διαγνωστικές υπηρεσίες από ανταγωνιστές.

Στο Βέλγιο, η έκθεση δραστηριοτήτων για το έτος 2018 του Διαπεριφερειακού Νοσοκομειακού Κέντρου Edith Cavell που ανήκει στο Chirec, έναν όμιλο ιδιωτικών νοσοκομείων με κορυφαία απόδοση λειτουργίας, είναι απολύτως σαφής:

«Η στεγανότητα, δηλαδή η διατήρηση των δραστηριοτήτων εντός του Chirec, παραμένει απαραίτητη στον βαθμό που επιθυμούμε να εγγυηθούμε το μέλλον του ιδρύματος. Δεδομένου ότι ακόμη πολυάριθμες ιατρικές-τεχνικές εξετάσεις διεξάγονται εκτός του ιδρύματος, αναλύσαμε τους τρόπους που θα επιτρέψουν την αύξηση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας της απεικονιστικής διαγνωστικής, έτσι ώστε να είμαστε σε θέση να προσφέρουμε υπηρεσίες γρήγορες και ευέλικτες, όσο και αυτές που παρέχονται από μικρές ιδιωτικές δομές. Προκειμένου να παρέχουμε αυτές τις υπηρεσίες, έχουμε επεκτείνει, σε αгаστή συνεργασία με τους ακτινολόγους μας, τον διαθέσιμο χρόνο σε όλα μας τα απεικονιστικά τμήματα, είτε πρόκειται για υπερηχογραφήσεις, αξονικούς τομογράφους ή μαγνητικό συντονισμό. Για αυτόν τον λόγο, έχουμε προνοήσει ώστε να προσφέρουμε δυνατότητες ραντεβού κατά τη διάρκεια της νύχτας, αλλά και τα σαββατοκύριακα»¹⁹.

¹⁸ Καταδεικνύεται έτσι ότι τα εργαστήρια ακτινολογίας, κυρίως εκείνα που χρειάζονται ένα σημαντικό αρχικό κεφάλαιο, και τα οποία παραμένουν αποδοτικά, δεν συναντούν καμία δυσκολία να χρηματοδοτηθούν μέσω των τραπεζών και να εξοφλήσουν τα δάνειά τους.

¹⁹ Πηγή: Centre hospitalier interrégional Edith Cavell, Rapport annuel Chirec 2018, vision 2019. Βλ. <https://chirec.be/fr/medecins-et-services/service/970000-cellule-communication/>

Όπως παντού, ο ανταγωνισμός μεταξύ νοσοκομείων εκδηλώνεται με πτώση των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών, είτε μειώνοντας το μεταβλητό μέρος του κεφαλαίου είτε κάνοντας την εργασία περυσσότερο παραγωγική ως προς την παραγωγή νέας αξίας. Εφόσον η επιλογή μεταξύ ομοειδών νοσοκομειακών ιδρυμάτων γίνεται προφανώς με βάση το εμπόρευμα που παράγουν και το κόστος παραγωγής σε σύγκριση με τις αγοραίες τιμές –που με τη σειρά τους καθορίζονται από θεσμικούς εταίρους–, το ατομικό κεφάλαιο είναι αναγκασμένο να αναπτύσσεται ασταμάτητα υπό τον διαρκή φόβο να ξεπεραστεί από τους ανταγωνιστές του. Επιστρέφοντας στην αναλογία μας με την αυτοκινητοβιομηχανία, οι μάρκες που λειτουργούν καλύτερα είναι αυτές που παράγουν αυτοκίνητα με το υψηλότερο οριακό κέρδος, που άλλωστε αντιστοιχούν σε οχήματα κορυφαίας ποιότητας.

Αλλά αυτές οι τεράστιες δαπάνες σε σταθερό κεφάλαιο²⁰ οδηγούν σχεδόν αυτόματα στην πτώση του ποσοστού κέρδους. Αυτή η πτώση μπορεί να αντισταθμιστεί με διάφορους τρόπους: αυξάνοντας το σύνολο των κερδών μέσα από τη συνεχή διεύρυνση του κύκλου εργασιών στις οποίες εμπλέκεται το νοσοκομείο• αξιοποιώντας ένα είδος «τεχνολογικής προσόδου» η οποία προκύπτει από την κατοχή τεχνικών μέσων που δεν διαθέτει ο ανταγωνισμός (γεγονός που τους επιτρέπει να καθορίζουν τις τιμές σε υψηλότερο επίπεδο ή απλά να τσεπώνουν προσωρινά υπερκέρδη)• προωθώντας τη συγκεντροποίηση του κεφαλαίου. Η συγκεντροποίηση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συγχώνευσης νοσοκομείων ή μέσω της ανάκτησης πιο προσοδοφόρων υπηρεσιών

20 Σημαντικό στοιχείο της κεφαλαιοκρατικής συσσώρευσης, οι επενδύσεις σε σταθερό κεφάλαιο επιτρέπουν στο νοσοκομείο που τις πραγματοποιεί να επιτύχει ένα επίπεδο καπιταλιστικής αποδοτικότητας που αδυνατούν να ακολουθήσουν οι ανταγωνιστές του. Αυτή η αναγκαιότητα για επενδύσεις σε σταθερό κεφάλαιο είναι το άμεσο αποτέλεσμα του ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων –ο άλλος «δυσνητικά» καθοριστικός παράγοντας είναι η ταξική πάλη.

από άλλα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία με τα λιγότερο αποδοτικά τμήματα θα απορροφηθούν ή θα χαθούν και πρόκειται κυρίως για εκείνα τα τμήματα που χαρακτηρίζονται από χαμηλή τεχνική σύνθεση και χαμηλή οργανική σύνθεση κεφαλαίου, όπως οι μαιευτικές κλινικές.

«Η συγκεντροποίηση συμπληρώνει το έργο της συσσώρευσης, δίνοντας στους βιομήχανους κεφαλαιοκράτες τη δυνατότητα να επεκτείνουν την κλίμακα των επιχειρήσεών τους. Είτε το τελευταίο αυτό αποτέλεσμα είναι συνέπεια της συσσώρευσης ή της συγκεντροποίησης• είτε η συγκεντροποίηση συντελείται με το βίαιο τρόπο της προσάρτησης –όπου ορισμένα κεφάλαια γίνονται τόσο ισχυρά κέντρα έλξης για άλλα, που σπάνε την ατομική τους συνοχή και κατόπι έλκουν τα ξεχωριστά τους κομμάτια– είτε η συγχώνευση ενός πλήθους σχηματισμένων πια ή σχηματιζόμενων κεφαλαίων γίνεται με την ομαλότερη μέθοδο της συγκρότησης μετοχικών εταιριών –το οικονομικό αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο. Η ανάπτυξη των διαστάσεων των βιομηχανικών ιδρυμάτων αποτελεί παντού την αφετηρία για μια ευρύτερη οργάνωση της συνολικής εργασίας πολλών, για μια πιο πλατιά ανάπτυξη των υλικών κινητήριων δυνάμεών της, δηλαδή για την προοδευτική μετατροπή κομματιασμένων και ρουτινισμένων προτσές παραγωγής σε κοινωνικά συνδυασμένα και επιστημονικά διευθυνόμενα προτσές παραγωγής.

Είναι όμως φανερό πως η συσσώρευση, η βαθμιαία αύξηση του κεφαλαίου με την

αναπαραγωγή, που η κίνησή της μετατρέπεται από κυκλική σε σπειροειδή, είναι μια πολύ αργή διαδικασία σε σύγκριση με τη συγκεντροποίηση, που δε χρειάζεται παρά ν' αλλάξει μόνο την ποσοτική διάταξη των συστατικών μερών του κοινωνικού κεφαλαίου. Ο κόσμος θαμνε ακόμα χωρίς σιδηροδρόμους, αν ήταν υποχρεωμένος να περιμένει ώσπου η συσσώρευση ν' αύξαινε μερικά ατομικά κεφάλαια ως τις διαστάσεις που να είναι σε θέση ν' ανταποκριθούν στην κατασκευή μιας σιδηροδρομικής γραμμής. Αντίθετα, η συγκεντροποίηση το κατάφερε αυτό στο άψε-σβήσε μέσω των μετοχικών εταιριών. Και ενώ η συγκεντροποίηση αυξάνει και επιταχύνει έτσι τ' αποτελέσματα της συσσώρευσης, πλαταίνει και επιταχύνει ταυτόχρονα τις ανατροπές εκείνες στην τεχνική σύνθεση του κεφαλαίου, που αυξάνουν το σταθερό του μέρος σε βάρος του μεταβλητού του μέρους και μειώνουν έτσι τη σχετική ζήτηση εργασίας.

Οι μάζες των κεφαλαίων, που συγκολληθηκαν με τη συγκεντροποίηση εν μια νυκτί, αναπαράγονται και πληθαίνουν όπως και τα άλλα κεφάλαια, μόνο που αναπαράγονται και πληθαίνουν πιο γρήγορα και μετατρέπονται έτσι σε νέους ισχυρούς μοχλούς της κοινωνικής συσσώρευσης. Όταν λοιπόν γίνεται λόγος για πρόοδο της κοινωνικής συσσώρευσης, υπονοούνται –σήμερα– σιωπηρά και τα αποτελέσματα της συγκεντροποίησης»²¹.

Κάποιες φορές, για λόγους καπιταλιστικού εξορθολογισμού, είναι το ίδιο το κράτος που παίρνει την πρωτοβουλία και θεσπίζει νόμους προκειμένου να αναγκάσει τα νοσοκομεία να μοιραστούν ακριβό εξοπλισμό και να συνεργαστούν²². Η προβληματική είναι ίδια όπως και στους ομίλους κατασκευής αυτοκινήτων, που χρειάζεται να επιτύχουν ένα συγκεκριμένο όγκο παραγωγής για να επιβιώσουν και έτσι εξαναγκάζονται να ενώσουν τις δυνάμεις τους και να συγκεντρώσουν μαζί τεχνικούς πόρους και παραγωγικές μονάδες.

Τέλος, από τη σκοπιά της μάζας του εργατικού δυναμικού που επιστρατεύεται, οι συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων και της αυτοκινητοβιομηχανίας έχουν και εδώ τη σημασία τους. Η ποσότητα εργασίας που απασχολείται σε ένα μεγάλο νοσοκομείο είναι παρόμοια με αυτήν ενός εργοστασίου αυτοκινήτων (μερικές χιλιάδες άτομα). Και στις δύο περιπτώσεις είναι ζήτημα μαζικής παραγωγής.

21 Μαρξ, Κ., Το Κεφάλαιο, Τόμος Πρώτος, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1978, ανατύπωση 2005, σελ.650.

22 Βλ. παρακάτω το παράδειγμα των μεταρρυθμίσεων στην υγεία στο Βέλγιο.

DRG: ένα στάδιο-κλειδί στη διαδικασία εκβιομηχάνισης των νοσοκομείων

Πώς υπάγεται η παραγωγή στα νοσοκομεία στην επιτακτική ανάγκη αποδοτικότητας; Πώς αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και πώς μετριέται; Πώς ορίζεται το «μέσο κόστος» όταν κάθε νοσοκομείο ασχολείται με μία πλειάδα μοναδικών περιπτώσεων, χιλιάδες εξατομικευμένους ασθενείς που παρουσιάζουν συγκεκριμένα προβλήματα υγείας και απαιτούνται κατάλληλες θεραπείες; Αυτές οι ερωτήσεις έχουν ιστορικά προκαλέσει δυσφορία στη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων, κατά τη διάρκεια πολλών δεκαετιών αφότου το νοσοκομείο αναπτύχθηκε ως ένα σύγχρονο σύστημα που αποτελείται από έναν μεγάλο αριθμό υπαλλήλων, εξελιγμένων μηχανημάτων και μία ολοένα και πιο προηγμένη οργάνωση της εργασίας.

Μια απάντηση δόθηκε, ξεκινώντας από τη δεκαετία του 1970, με την εφαρμογή μιας μεθόδου διαχείρισης της νοσοκομειακής παραγωγής με βάση Διαγνωστικά Ομοιογενείς Ομάδες (Diagnosis Related Groups - DRGs). Το σύστημα DRG αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Οι νοσοκομειακοί ασθενείς αρχικά κατηγοριοποιήθηκαν με βάση την ανταπόκριση στη θεραπεία. Το σύστημα ήταν σε θέση να διακρίνει το απαιτούμενο θεραπευτικό σχήμα και την ποσότητα των νοσοκομειακών πόρων που απαιτούνταν για την παροχή συνεκτικής φροντίδας στην εκάστοτε κατηγορία. Από τη στιγμή που τα DRGs κατόρθωσαν να ταξινομήσουν την παραγωγή εντός του νοσοκομείου, δεν άργησαν να χρησιμοποιηθούν και για τη διαχείριση των πληρωμών, για πρώτη φορά σε αμερικανικό νοσοκομείο το

1983. Μετά από αυτό εξαπλώθηκαν γρήγορα¹. Σήμερα, το σύστημα DRG είναι το πιο σημαντικό σύστημα ταξινόμησης ασθενών σε παγκόσμιο επίπεδο και θεωρείται η πιο επιδραστική καινοτομία όσον αφορά τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο μετασχηματισμός της υγείας σε ένα ακόμη καπιταλιστικό εμπόρευμα, κατέστη δυνατός, ιδίως μέσα από αυτό το σύστημα.

Συγκεκριμένα, το DRG είναι ένα εργαλείο κατηγοριοποίησης, μέτρησης και προσαρμογής της νοσοκομειακής παραγωγής, αλλά και καθορισμού αμοιβών και χρεώσεων. Η ταξινόμηση δίνει τη δυνατότητα τυποποίησης και σύγκρισης συγκεκριμένων προϊόντων που έχουν πλέον ομογενοποιηθεί τόσο από τη σκοπιά της κλινικής εφαρμογής, όσο και από τη σκοπιά του κόστους. Σε αυτήν τη βάση, επιτρέπει την περαιτέρω αξιολόγηση και απόδοση ενιαίων τιμών ανά κατηγορία. Για να το θέσουμε αλλιώς, το DRG, με τη βοήθεια της έννοιας του μέσου κόστους, επιτρέπει τον προσδιορισμό του κοινωικά αναγκαίου χρόνου για την παραγωγική διαδικασία.

Πώς λειτουργεί;

1. Το DRG ομαδοποιεί ασθενείς, σύμφωνα με τα κλινικά τους χαρακτηριστικά και τις σχετικές ομοιογενείς οικονομικές δαπάνες. Κάθε DRG περιλαμβάνει ασθενείς που παρουσιάζουν πα-

1 Το 1974, ο «πατέρας» του DRG, καθηγητής Robert Fetter, κλήθηκε στην Ευρώπη με πρωτοβουλία της γαλλικής κυβέρνησης και ενώπιον αντιπροσώπων από Βέλγιο, Ιρλανδία, Ολλανδία και Πορτογαλία. Στη Γερμανία, το DRG εφαρμόζεται από το 1985 (αποκαλείται G-DRG) και δεν περιέλαβε ποτέ την ψυχιατρική φροντίδα. Από τον Ιανουάριο του 2020, εξαιρέθηκε από το G-DRG και η φροντίδα μητρότητας (βλ.: <https://mtrconsult.com/news/german-drg-system-change-2020>). Το DRG εφαρμόζεται στην Ευρώπη εδώ και 20 περίπου χρόνια, και έχει υπάρξει μια από τις βάσεις της κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων στη Γαλλία..

ρόμοια κλινική κατάσταση και καταναλώνουν παρόμοια ποσότητα πόρων. Αυτοί είναι οι δυο καθοριστικοί παράγοντες για την κωδικοποίηση ενός συγκεκριμένου προϊόντος.

2. Το DRG καθορίζει έναν Συντελεστή Βαρύτητας Κόστους (ΣΒΚ), ένα μέσο κόστος θεραπείας για κάθε συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία από αυτές στις οποίες κατατάσσονται οι ασθενείς.

3. Οι ΣΒΚ του DRG μεταφράζονται σε χρηματικές αξίες με τον συνυπολογισμό και άλλων παραμέτρων.

4. Το νοσοκομείο αποζημιώνεται ανάλογα με τον τύπο και τον αριθμό των DRG που παράγει.

Οι αποζημιώσεις που βασίζονται στο DRG, έχουν αποδειχτεί πιο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τις πληρωμές ανά ημέρα νοσηλείας, οι οποίες υπήρξαν ιστορικά η κυρίαρχη μορφή αμοιβής για τα νοσοκομεία. Στην τελευταία περίπτωση, όσο περισσότερο διαρκεί η νοσηλεία των ασθενών, τόσο περισσότερα χρήματα λαμβάνουν τα νοσοκομεία. Αντιθέτως, το DRG παρέχει στο νοσοκομείο κίνητρα: να μειώσει τις δαπάνες ανά ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία, να αυξήσει τα έσοδα ανά ασθενή, να αυξήσει τον αριθμό ασθενών. Φυσικά, η εισαγωγή της αποζημίωσης μέσω DRGs έχει πολλές «ακούσιες» επιπτώσεις, όπως το να μην παρέχεται η απαραίτητη φροντίδα, το να αποφεύγονται οι ασθενείς που δεν είναι αρκούντως επικερδείς ή να επανατοποθετούνται τεχνηέντως σε πιο προσοδοφόρες διαγνωστικές κατηγορίες.

Οι προηγμένες τεχνολογίες συλλογής δεδο-

μένων είναι η απαραίτητη υλική βάση για την καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου με τη βοήθεια του συστήματος DRG. Η ταξινόμηση των ασθενών δεν πραγματοποιείται από άνθρωπο. Διενεργείται σχεδόν πάντα από λογισμικό. Τα συστήματα πρέπει να ενημερώνονται τακτικά. Χωρίς ένα σύστημα συλλογής έγκυρων και αξιόπιστων δεδομένων υψηλού επιπέδου, οι διοικήσεις δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν κατά πόσο τα νοσοκομεία παράγουν DRGs με κόστος χαμηλότερο από τις τιμές που καθορίζονται στους πίνακες. Με άλλα λόγια, να γνωρίζουν εάν τα νοσοκομεία έχουν κέρδη ή ζημιές.

Η εισαγωγή των DRGs αποτέλεσε μια ιστορική αλλαγή η οποία δεν θα ήταν εφικτή δίχως μια τεράστια ανάπτυξη των κοινωνικών γνώσεων, των σύγχρονων τεχνολογιών, της ικανότητας συλλογής ενός τεράστιου όγκου δεδομένων, καθώς και την ανάπτυξη λογισμικού (groupers) και αλγορίθμων για τη διαχείρισή τους. Πρόκειται για ακόμη ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο η ανάπτυξη της επιστήμης και η εφαρμογή της στο καπιταλιστικό πλαίσιο, υποστηρίζει τη διεξόδυση της αξιακής μορφής σε όλους τους τομείς δραστηριότητας της ανθρώπινης κοινωνίας.

Ωστόσο, η διαδικασία εκβιομηχάνισης των νοσοκομείων δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί στην πλήρη της μορφή, σε απόλυτη συμφωνία με τους κανόνες των DRGs, που από τη φύση τους βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας², λίγες ευρωπαϊκές χώρες έχουν στη διάθεσή τους τον απαραίτητο όγκο και ποιότητα των τυποποιημένων πληροφοριών. Κατά συνέπεια, οι υψηλής ποιότητας συγκρίσεις κόστους είναι περιορισμένες σε πολλές

2 Πηγή: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

ευρωπαϊκές χώρες. Ολιγάριθμες είναι οι μελέτες που προσδιορίζουν με ακρίβεια και ποσοτικοποιούν με τη βοήθεια καθιερωμένων μεθόδων τιμολόγησης τον αντίκτυπο του DRG. Ομοίως, ενώ οι στόχοι του DRG είναι σαφείς, το πώς μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί δεν είναι ακόμη επαρκώς κατανοητό. Αν και η γενική δομή πολλών συστημάτων DRG είναι σχετικά παρόμοια, οι οργανωτικές λεπτομέρειες του εκάστοτε DRG, όπως αυτό εφαρμόζεται σε κάθε χώρα, μπορούν να διαφέρουν. Για παράδειγμα, οι κατευθυντήριες οδηγίες κοστολόγησης και μετατροπής των ΣΒΚ του DRG σε χρηματικές αμοιβές διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα και αντίστοιχα ποικίλει και ο τρόπος κάλυψης των νοσοκομειακών δαπανών. Επιπλέον, οι νοσοκομειακές αμοιβές που βασίζονται στο DRG δεν αντιπροσωπεύουν το σύνολο των εσόδων των νοσοκομείων σε όλες τις χώρες. Τέλος, ορισμένες υπηρεσίες εξαιρούνται από το DRG (για παράδειγμα οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, η μακροχρόνια φροντίδα, η αποκατάσταση).

Ωστόσο, η διαδικασία εκβιομηχάνισης των νοσοκομείων δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί στην πλήρη της μορφή, σε απόλυτη συμφωνία με τους κανόνες των DRGs, που από τη φύση τους βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας³, λίγες ευρωπαϊκές χώρες έχουν στη διάθεσή τους τον απαραίτητο όγκο και ποιότητα των τυποποιημένων πληροφοριών. Κατά συνέπεια, οι υψηλής ποιότητας συγκρίσεις κόστους είναι περιορισμένες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Ολιγάριθμες είναι οι μελέτες που προσδιορίζουν με ακρίβεια και ποσοτικοποιούν με τη βοήθεια καθιερωμένων μεθόδων τιμολόγησης τον αντίκτυπο του DRG. Ομοίως, ενώ οι στόχοι του DRG είναι σαφείς, το πώς μπορούν να επιτευχθούν

3 Πηγή: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

οι στόχοι αυτοί δεν είναι ακόμη επαρκώς κατανοητό. Αν και η γενική δομή πολλών συστημάτων DRG είναι σχετικά παρόμοια, οι οργανωτικές λεπτομέρειες του εκάστοτε DRG, όπως αυτό εφαρμόζεται σε κάθε χώρα, μπορούν να διαφέρουν. Για παράδειγμα, οι κατευθυντήριες οδηγίες κοστολόγησης και μετατροπής των ΣΒΚ του DRG σε χρηματικές αμοιβές διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα⁴ και αντίστοιχα ποικίλει και ο τρόπος κάλυψης των νοσοκομειακών δαπανών⁵. Επιπλέον, οι νοσοκομειακές αμοιβές που βασίζονται στο DRG δεν αντιπροσωπεύουν το σύνολο των εσόδων των νοσοκομείων σε όλες τις χώρες⁶. Τέλος, ορισμένες υπηρεσίες εξαιρούνται από το DRG (για παράδειγμα οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, η μακροχρόνια φροντίδα, η αποκατάσταση).

Όλα αυτά σημαίνουν ότι το DRG έχει φέρει θεμελιώδεις αλλαγές στα νοσοκομεία, αλλά ο δρόμος προς την πλήρη εκβιομηχάνιση της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ακόμα μακρύς και εξελίσσεται συνεχώς, καθώς το ανθρώπινο σώμα με τις ασθένειές του, λόγω της μοναδικότητας που το χαρακτηρίζει, ανθίσταται «εμμενώς» στην τυποποίηση.

4 Για παράδειγμα: συντελεστές βαρύτητας (Σουηδία, Γερμανία), καθαρό ποσό αποζημίωσης (Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο) και σύστημα βαθμολόγησης (Πολωνία, Αυστρία).

5 Για παράδειγμα: απόδοση ορισμένου κονδυλίου του προϋπολογισμού (Δημοκρατία της Ιρλανδίας, Ισπανία) ή αποζημίωση ανά περιστατικό (Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο).

6 Ακόμα και αν αντιπροσωπεύει, γενικά, το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων: στη Γαλλία, το 80% των νοσοκομειακών εσόδων συνδέονται με το DRG, στη Γερμανία το 80%, στο Ηνωμένο Βασίλειο το 60%.

Ανταγωνισμός, κόστος παραγωγής και υπεραξία

Σε γενικές γραμμές, όλα τα νοσοκομεία λαμβάνουν από το κράτος μια ελάχιστη επιχορήγηση ανάλογα με τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας που προσφέρουν και ανάλογα με τον κύκλο εργασιών τους, μια επιχορήγηση που ελπίζουν ότι θα είναι αρκετή για την επιβίωση της επιχείρησης. Στην αντίθετη περίπτωση, το κράτος μάλλον θα κλείσει την εν λόγω μονάδα, όπως συμβαίνει με τα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία. Η ικανότητα του νοσοκομείου να ελκύει κονδύλια, εξαρτάται από την παραγωγικότητά του.

Η νέα αξία που εξάγεται από τη δραστηριότητα των παραγωγικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας, πραγματοποιείται από όσα ατομικά κεφάλαια είναι ικανά να συμπιέζουν το κόστος παραγωγής κάτω από τις σταθερές τιμές αγοράς, όπως αυτές διαιτιμώνται από τον κύριο χρηματοδότη-αγοραστή, το κράτος. Τα ατομικά αυτά κεφάλαια επιλέγονται μέσω της ανταγωνιστικής κίνησης του κεφαλαίου σε αυτόν τον τομέα. Για να το θέσουμε αλλιώς, η κερδοφορία ενός νοσοκομείου εξαρτάται από την ικανότητά του να κάνει περικοπές στις τιμές παραγωγής των υπηρεσιών σε σύγκριση με τις τιμές αγοράς που καθορίζονται από το κράτος και τους λοιπούς εμπλεκόμενους οργανισμούς (ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ταμεία αλληλασφάλισης).

Οι τιμές αγοράς καθορίζονται ετησίως από μία λίστα διατίμησης την οποία και διαπραγματεύονται όλες οι εμπλεκόμενες πλευρές. Αυτή η κλίμακα τιμών βασίζεται στην τυποποίηση της εργασιακής διαδικασίας που, ομαδοποιώντας τους/τις ασθενείς (σύμφωνα με την υφιστάμενη παθολογία, με τις ημέρες νοσηλείας κ.λπ.), κατορθώνει να συμπιέσει το μέσο κόστος των υπηρεσιών και συνολικά της περίθαλψης. Επίσης,

στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται και φάρμακα²³. Για τα τελευταία, το κράτος καθορίζει τόσο την τιμή (κάτι που έχει σημασία για τις φαρμακευτικές εταιρείες) όσο και τα ποσοστά συμμετοχής (κάτι που έχει σημασία για τους χρήστες).

Προκειμένου, μέσω της ανταλλαγής εμπορευμάτων, να πραγματοποιηθεί η νέα αξία που παράγεται από τη συγκεκριμένη εργασία στην υγεία, είναι απαραίτητο οι τιμές των εμπορευμάτων να περιλαμβάνουν το κόστος αναπαραγωγής του κεφαλαίου αλλά και την υπεραξία που δημιουργούν οι εργαζόμενοι. Δεδομένου του τρόπου με τον οποίον υπολογίζονται οι τιμές, ορισμένες δραστηριότητες αποδεικνύονται πιο κερδοφόρες από άλλες. Αυτός είναι ο λόγος που, στον τομέα της υγείας, το κράτος-αφεντικό αποσπενδύει σε ορισμένες υπηρεσίες και επενδύει υπερβολικά σε άλλες.

Το συλλογικό κεφάλαιο πληρώνει σχετικά «καλά» για την υγεία, αλλά προφανώς όχι αρκετά για λιγότερο επικερδείς υπηρεσίες όπως τμήματα επείγουσας ιατρικής και δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδίως σε «δευτερεύουσες» παραγωγικές περιοχές. Αυτές οι υπηρεσίες δεν είναι κερδοφόρες επειδή το κράτος καθορίζει πολύ χαμηλή τιμή για ορισμένες ιατρικές πράξεις. Κατά συνέπεια, υπάρχει ελάχιστος ή καθόλου ανταγωνισμός σε αυτές τις αγορές που είναι υπερβολικά περιορισμένες ή διέπονται από αυστηρά διοικητικά πλαίσια και κανονισμούς.

Στη Γαλλία, στο Βέλγιο και σε άλλες χώρες όπου το κράτος είναι ο κύριος διαχειριστής του συστήματος υγείας (σε αντίθεση, για παράδειγμα, με τις ΗΠΑ και με την Ελβετία), η κίνηση του κεφαλαίου ωθεί όσα νοσοκομεία δεν ήταν μέχρι πρότινος

²³ Για την περίπτωση της Γαλλίας βλ.: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement>

ανταγωνιστικές δομές, να γίνουν²⁴. Οι νοσοκομειακές μονάδες που χρηματοδοτούνται από το κράτος βρίσκονται ολοένα και περισσότερο σε ανταγωνισμό με τα ιδιωτικά νοσοκομεία και αυτά έχουν συχνά το προβάδισμα στα πιο κερδοφόρα τμήματα της αγοράς.

Το διαφορετικό κόστος παραγωγής μεταξύ νοσοκομειακών εγκαταστάσεων μεταφράζεται και σε διαφορετικές τιμές για τις εκάστοτε υπηρεσίες. Σε αυτήν τη διαφορά βρίσκεται –για εκείνες, τουλάχιστον, τις υπηρεσίες των οποίων η πραγματική αξία είναι μικρότερη από αυτήν που ορίζεται από τη χρηματοδότηση– η ικανότητα συσσώρευσης κεφαλαίου. Αντίθετα, οι μονάδες που παράγουν «υγεία» σε τιμές ίσες ή μεγαλύτερες των τιμών αγοράς, θα αποδειχθούν μη ικανές για την παραγωγή νέας αξίας, παρά την εκμετάλλευση των εργαζομένων που απασχολούν. Αυτό το απλό γεγονός καθορίζει το εάν θα υποβληθούν σε μέτρα αναδιάρθρωσης ή ακόμη και κλείσιμο από τους μετόχους τους (αδιάφορο αν πρόκειται για κρατικά ή ιδιωτικά κεφάλαια· οι σχέσεις νομικής ιδιοκτησίας δεν είναι σημαντικές).

Το όλο πρόβλημα, για το κεφάλαιο, προκύπτει από το ότι η αγορά είναι ελεγχόμενη (λόγω της διατίμησης), γεγονός που δεν επιτρέπει την πώληση του προϊόντος «υγεία» σε τιμές αγοράς τέτοιες, ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί το σύνολο ή έστω μέρος της παραγόμενης υπεραξίας. Μία νοσηλεία της οποίας το κόστος είναι μικρότερο από την αποζημίωση που συμφωνήθηκε μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και της ασθενούς, θα είναι προσοδοφόρα. Το πρόβλημα εμφανίζεται όταν το επίπεδο της αμοιβής δεν καλύπτει το σχετικό κόστος. Έτσι, η επιλογή εισαγωγής ασθενών με γνώμονα το κόστος περίθαλψής τους –ακόμη και όταν επίσημα είναι «δωρεάν», σύμφω-

24 Μια ιδιαιτερότητα της αγοράς υγείας είναι η έντονη στρέβλωση του ανταγωνισμού λόγω παρεμβολής πελατειακών πρακτικών καθώς και άλλων τοπικών, πολιτικών και συνδικαλιστικών παραγόντων.

να με την ισχύουσα κοινωνική σύμβαση μεταξύ των διάφορων θεσμικών μερών του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης– γίνεται, παραδόξως, το κύριο επίδικο για την επιβίωση των μη επικερδών νοσοκομείων. Η εισαγωγή all-inclusive πακέτων, η πληρωμή μέρους των εξόδων διαμονής, η μείωση των ημερών νοσηλείας, ο επιδιωκόμενος κατακερματισμός της προσφερόμενης περίθαλψης ώστε να αντιμετωπίζονται ολοένα και λιγότερο οι τυχόν συννοσηρότητες, όλα αυτά είναι στοιχεία που κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση.

Βιομηχανικοί εργάτες: αυτοκίνητα και νοσοκομεία

- Εργοστάσιο της Renault στο Flins (Γαλλία), περίπου 2.000 προσωπικό.
- Εργοστάσιο Audi στο Forest (Βέλγιο), περίπου 3.000 προσωπικό.
- Εργοστάσιο Mercedes στο Rastatt (Γερμανία), περίπου 6.500 προσωπικό.
- Technocentre της Renault στην Guyancourt (Γαλλία), περίπου 12.000 προσωπικό.
- Νοσοκομείο Chirec (Βέλγιο), περίπου 4.500 προσωπικό.
- Νοσοκομείο Pitié-Salpêtrière (Γαλλία), περίπου 7.800 προσωπικό.
- Νοσοκομείο Motol στην Πράγα (Τσεχία), περίπου 9.000 προσωπικό.

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Ποια η χρησιμότητα του νοσοκομείου για το κεφάλαιο; Η αξία χρήσης του εμπορεύματος-υγεία

Εάν από πάντα η ανθρώπινη δραστηριότητα στον τομέα της υγείας ασχολούταν πρωτίστως με την αναγκαιότητα αναπαραγωγής της ζωής, στις κοινωνίες που χωρίζονται σε τάξεις, και κατ' επέκταση και στον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής, η εργασία στον τομέα της υγείας ανταποκρίνεται στη ζωτική επιταγή της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης.

Είναι προφανές, εξ αρχής, ότι το κεφάλαιο χρειάζεται ένα εργατικό δυναμικό ικανό να συνεχίσει να εργάζεται αποτελεσματικά. Για τον λόγο αυτόν, η εργασία στον τομέα της αναπαραγωγής είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αναπαραγωγή του κεφαλαίου. Η εργασιακή δύναμη φθείρεται και εξαντλείται από την εκμετάλλευση και ως εκ τούτου πρέπει να «επισκευαστεί» ώστε να συνεχίσει να λειτουργεί μέσα στις σχέσεις παραγωγής. Το νοσοκομείο είναι επομένως ένας βασικός κρίκος στον κύκλο αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης. Η κοινωνική του λογική είναι να επιδιορθώνει και να επαναφέρει στη δουλειά την εργασιακή δύναμη που έχει ατονήσει και εξασθενήσει. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος για τον οποίο τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης την αναλαμβάνει το κράτος, ως εκπρόσωπος του γενικού συμφέροντος του συλλογικού κεφαλαίου.

Ας σημειώσουμε ότι, εντός του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, ένα αυξανόμενο κομμάτι της αναπαραγωγικής εργασίας διαρκώς κοινωνικοποιείται. Το νοσοκομείο είναι ο ακρογωνιαίος λίθος

του ιστορικά καθορισμένου συστήματος που παρέχει στο κεφάλαιο την εργασιακή δύναμη που απαιτείται για την αξιοποίησή του. Με τον ίδιο τρόπο, η εκπαίδευση των παιδιών και η επαγγελματική κατάρτιση των προλεταρίων ανατίθενται επίσης εν μέρει στο κράτος. Και λέμε «εν μέρει» διότι, ακόμη και σήμερα που κυριαρχεί το κεφάλαιο, ως θεμέλιο της σφαίρας της αναπαραγωγής εξακολουθεί να λειτουργεί η οικογένεια. Η οικογένεια παραμένει στέρεα αγκυροβολημένη στην ιδιωτική σχέση κυριαρχίας των ανδρών πάνω στις γυναίκες, με τη γυναίκα να αναλαμβάνει τα περισσότερα από τα καθήκοντα που τοποθετούνται εκτός της μισθωτής σχέσης (εκπαίδευση των παιδιών, οικιακή εργασία, ως πάροχος στοργής και ως σεξουαλικό αντικείμενο κάποιου άνδρα κ.λπ.).

Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, τα νοσοκομεία αναλαμβάνουν όλο και περισσότερους/ες ηλικιωμένους/ες ασθενείς. Από τη μία, η τρέχουσα αναδιάρθρωση της αγοράς εργασίας, σε ευθυγράμμιση με την επιμήκυνση του εργασιακού βίου, αποτελεί μια απαραίτητη προσαρμογή έτσι ώστε το κεφάλαιο να μπορέσει να χρησιμοποιήσει την απάντηχη διαθεσιμότητα εργασιακής δύναμης αλλά ταυτόχρονα οδηγεί και σε αύξηση του κόστους αναπαραγωγής αυτού του κομματιού της εργατικής τάξης, συγκριτικά με το πιο νεανικό εργατικό δυναμικό. Αυτός είναι ένας επιπλέον λόγος και μία επιπρόσθετη ευκαιρία αύξησης των κερδών του ατομικού κεφαλαίου μέσω της παραγωγικής εργασίας στον τομέα της υγείας. Από την άλλη, τα νοσοκομεία αναλαμβάνουν και τους ηλικιωμένους και συνταξιодοτημένους προλετάρους, με άλλα λόγια όσους και όσες αποσύρθηκαν από το εργατικό δυναμικό που απασχολείται από το κεφάλαιο. Το γεγονός αυτό δεν αντιφάσκει με την κοινωνική λογική, δηλαδή με τη χρησιμότητά τους για το κεφάλαιο. Στην πραγματικότητα, η νοσοκομειακή φροντίδα των ηλικιωμένων

διατηρεί διαθέσιμους για εργασία όσους, σε αντίθετη περίπτωση, θα έπρεπε να φροντίζουν τους ηλικιωμένους τους, μια ευθύνη την οποία στην πράξη αναλαμβάνουν γυναίκες που βρίσκονται εκτός της μισθωτής εργασίας. Αυτή η πτυχή της αναπαραγωγικής εργασίας έγινε ακόμη πιο ευδιάκριτη κατά τη διάρκεια της καραντίνας που επιβλήθηκε για να επιβραδύνει την εξάπλωση της COVID-19, στην καθημερινή διαχείριση των παιδιών: χωρίς σχολείο, εξέλειπε και η διαθέσιμη ελαστικοποιημένη εργασία.

Επιστρέφοντας στην εργασιακή δύναμη, αυτή βρίσκεται στην καρδιά της συγκεκριμένης εργασιακής διαδικασίας, κάτω από την κυριαρχία και προς όφελος του κεφαλαίου.

- Καταρχάς, έχει μια ιδιαίτερη και μοναδική αξία χρήσης για την κεφαλαιακή αξιοποίηση. Σε ολόκληρη την καπιταλιστική διαδικασία παραγωγής, η δημιουργία επιπρόσθετης αξίας είναι αποκλειστική ιδιότητα της εργασιακής δύναμης, σε αντίθεση με τις μηχανές. Αυτές μεταβιβάζουν απλώς ολόκληρη ή μέρος της αξίας τους (ανάλογα με το αν η αξία τους απορροφάται εφάπαξ ή σταδιακά μέσα στη διαδικασία παραγωγής) στα εμπορεύματα που παράχθηκαν με τη βοήθειά τους, κάτω από την ανθρώπινη καθοδήγηση.

- Συνεπώς, η εργασιακή δύναμη δεν είναι από μόνη της εμπόρευμα• είναι ίδιον του ατόμου και υπάρχει ανεξάρτητα από την οργάνωση της κοινωνίας σε τάξεις. Μόνο η «τοποθέτηση» της εργασιακής δύναμης, η χρησιμοποίησή της από τους καπιταλιστές στην παραγωγική διαδικασία, την καθιστά εμπόρευμα.

«Η χρήση της εργατικής δύναμης, η εργασία, μπορεί να πραγματοποιηθεί μονάχα στο προτσές της εργασίας. Ο κεφαλαιοκράτης δεν μπορεί να ξαναπουλήσει τον εργάτη σαν εμπόρευμα, γιατί ο εργάτης δεν είναι δούλος του και γιατί ο κεφαλαιοκράτης δεν αγόρασε παρά μόνο τη χρησιμοποίηση της εργατικής του δύναμης για καθορισμένο χρονικό διάστημα»²⁵.

- Η αξία της εργασιακής δύναμης, λοιπόν, εκφράζεται σε χρηματική μορφή μέσω του μισθού, ο οποίος αντιπροσωπεύει τον κοινωνικά αναγκαίο χρόνο εργασίας για την παραγωγή των εμπορευμάτων, που λειτουργούν ως μέσα συντήρησης της εργασιακής δύναμης. Επιπρόσθετα, ο μισθός εκφράζει μια τιμή που συχνά αντιστοιχεί σε μικρότερη αξία, εξαιτίας της ύπαρξης ενός μόνιμου εφεδρικού στρατού, που τείνει να τον συμπιέζει χαμηλότερα από την πραγματική αξία της εργασιακής δύναμης.

- Επιπλέον, υπάρχει κάτι ακόμα που εξασφαλίζει ότι η εργασιακή δύναμη δεν πληρώνεται ποτέ στην πλήρη αξία της: το γεγονός ότι ο καπιταλιστής δεν αποτιμά ποτέ χρηματικά τη γενική διάνοια των προλετάριων –την ικανότητά τους να συνεργάζονται μέσα στη συγκεκριμένη εργασιακή διαδικασία– ενώ ταυτόχρονα, ισχυρίζεται ότι η παραγωγική συνεργασία είναι αποκλειστικός καρπός της κεφαλαιοκρατικής κοινωνικής σχέσης.

«Η μέση τιμή της μισθωτής εργασίας, είναι το κατώτατο όριο του μισθού της εργασίας, δηλαδή, του ποσού των μέσων συντήρησης που είναι απαραίτητα για να διατηρηθεί ο εργάτης

²⁵ Μαρξ, Κ., *Το Κεφάλαιο*, Τόμος Δεύτερος, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1979, ανατύπωση 2009, σελ.32.

στη ζωή σαν εργάτης. Αυτό λοιπόν που ιδιοποιείται ο εργάτης με τη δραστηριότητά του, του φτάνει ίσα-ίσα για να αναπαράγει μονάχα τη γυμνή ύπαρξή του. Με κανένα τρόπο δε θέλουμε να καταργήσουμε αυτή την προσωπική ιδιοκτησία των προϊόντων της δουλιάς, που είναι απαραίτητη για την αναπαραγωγή της άμεσης ζωής, μια ιδιοποίηση, που δεν αφήνει κανένα καθαρό κέρδος που θα μπορούσε να δώσει δικαίωμα πάνω σε ξένη δουλιά. Θέλουμε μονάχα να εξαλείψουμε τον άθλιο χαρακτήρα αυτής της ιδιοποίησης, πού κάνει τον εργάτη να ζει μόνο για να αυξάνει το κεφάλαιο και να ζει μόνο, όσο το απαιτούν τα συμφέροντα της κυρίαρχης τάξης.

Στην αστική κοινωνία η ζωντανή δουλιά είναι μονάχα ένα μέσο για να αυξάνει η συσσωρευμένη εργασία. Στην κομμουνιστική κοινωνία η συσσωρευμένη εργασία είναι μονάχα ένα μέσο για να ευρύνει, να πλουτίζει και να προάγει τη ζωή των εργατών»²⁶.

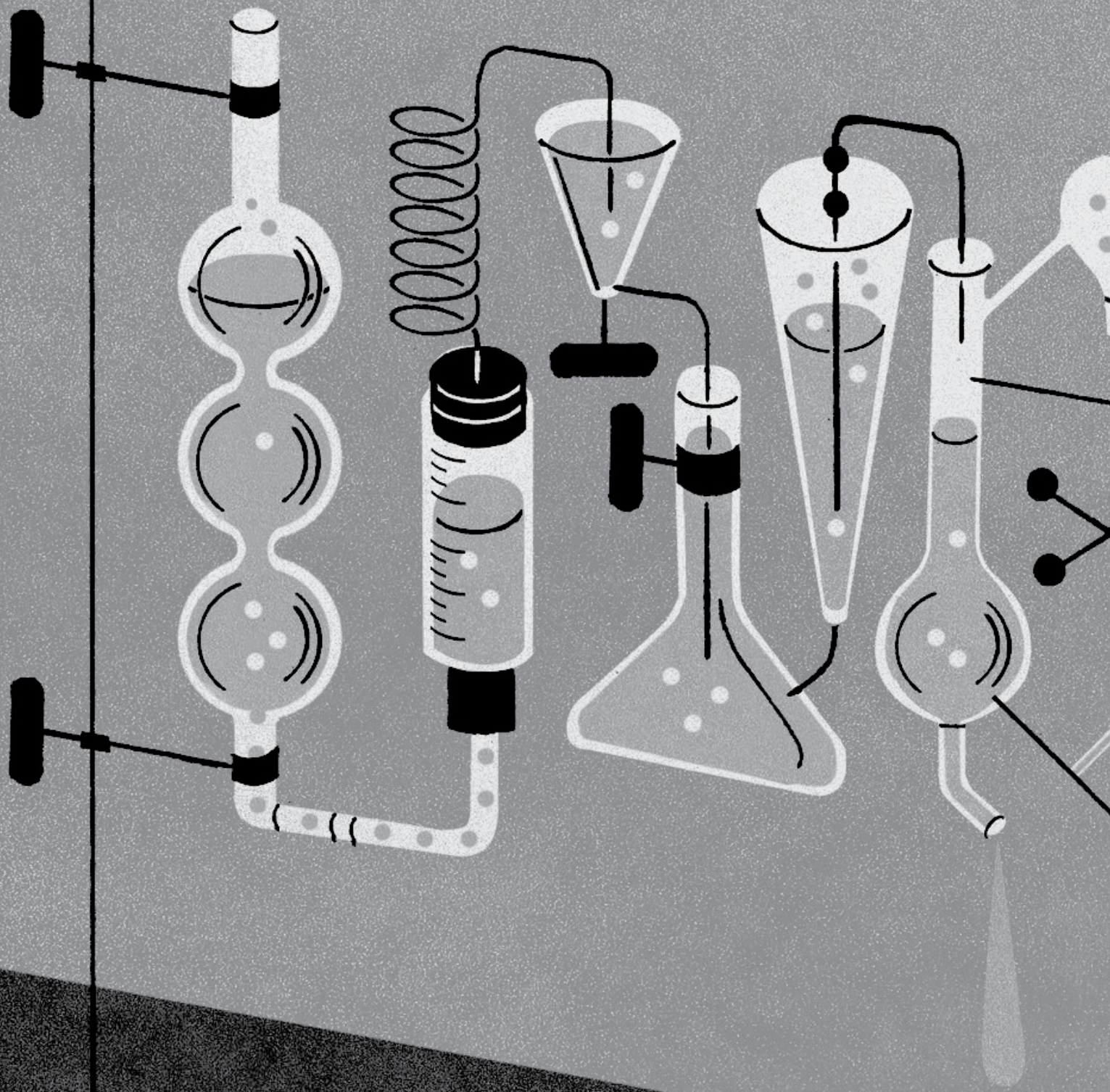
• Τέλος, οι καπιταλιστές προσπαθούν, όποτε είναι αυτό δυνατό, να μειώσουν το επίπεδο των μισθών κάτω από την αξία της εργασιακής δύναμης και να μειώσουν την τιμή των στοιχείων του σταθερού κεφαλαίου. Αυτό, στην περίπτωση των νοσοκομείων, πραγματοποιείται με τη μείωση της τιμής της ιατρικής περίθαλψης και, βεβαίως, της τιμής της εργασιακής δύναμης.

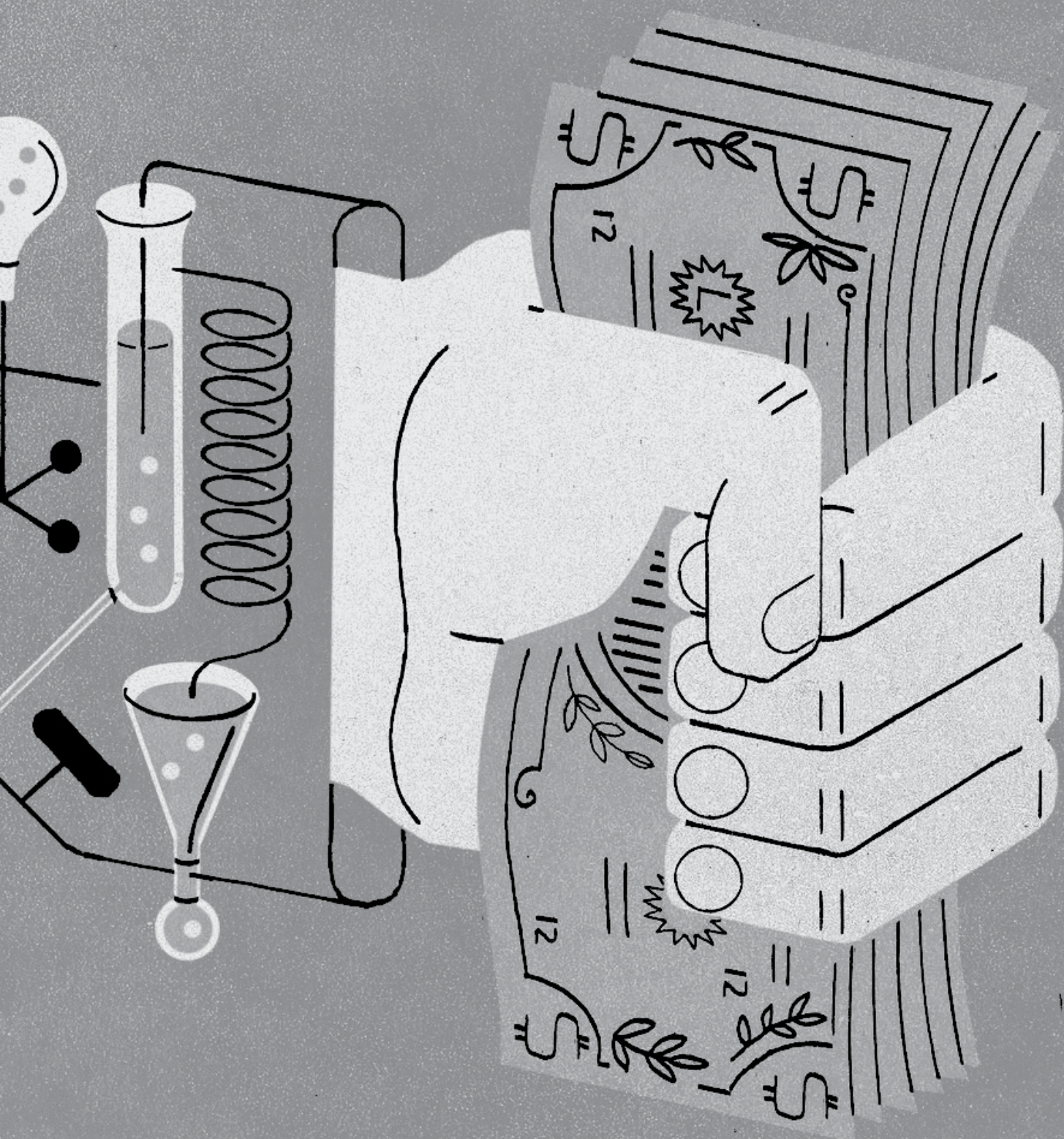
«Ποια είναι, λοιπόν, τα έξοδα παραγωγής της εργατικής δύναμης; Είναι τα έξοδα που απαιτούνται για να διατηρείται ο εργάτης σαν εργάτης και για να καταρτιστεί σαν εργάτης. Γι’

αυτό, όσο λιγότερο χρόνο μόρφωσης απαιτεί μια εργασία τόσο λιγότερα είναι τα έξοδα παραγωγής του εργάτη, τόσο χαμηλότερη είναι η τιμή της εργασίας του, ο μισθός της εργασίας του. Στους βιομηχανικούς κλάδους όπου δεν απαιτείται σχεδόν καθόλου χρόνος μαθήτευσης και όπου αρκεί μονάχα η σωματική ύπαρξη του εργάτη, τα έξοδα παραγωγής που χρειάζονται για την παραγωγή του περιορίζονται σχεδόν μονάχα στα εμπορεύματα που χρειάζονται για να διατηρηθεί στη ζωή ικανός για εργασία. Γι’ αυτό η τιμή της εργασίας του καθορίζεται από την τιμή των αναγκαίων μέσων συντήρησης»²⁷.

26 Καρλ Μαρξ και Φρίντριχ Ένγκελς, *Μανιφέστο του Κομμουνιστικού Κόμματος*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1984, σελ.38.

27 Μαρξ, Κ., *Μισθωτή Εργασία και Κεφάλαιο*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 2010, σελ.35





Μια παραγωγική δραστηριότητα στη σφαίρα της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης

Ο καπιταλισμός απαιτεί τα νοσοκομεία να είναι προσοδοφόρα προκειμένου να συνεχίσουν να λειτουργούν. Συνεχίζοντας τη σύγκριση με το εργοστάσιο αυτοκινήτων, για το οποίο ο χαρακτηρισμός της παραγωγικής δραστηριότητας προφανώς βγάζει νόημα, όπως και αυτός της εμπορικής δραστηριότητας (αντιπροσωπεύει για την πώληση των παραγόμενων αυτοκινήτων) και της χρηματοπιστωτικής δραστηριότητας (χορήγηση δανείων για την αγορά των αυτοκινήτων), τί από αυτά συναντούμε στο νοσοκομείο;

Σε γενικές γραμμές, στα νοσοκομεία, η εκτέλεση των ιατρικών πράξεων είναι θέμα τόσο του παραγωγικού κεφαλαίου όσο και του εμπορικού. Η περίθαλψη λαμβάνει χώρα και πωλείται στον ίδιο τόπο. Επίσης, το νοσοκομείο περιλαμβάνει μια πιο αυστηρά

εμπορική δραστηριότητα, όπως για παράδειγμα, τα νοσοκομειακά φαρμακεία, τα οποία αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο κομμάτι του κύκλου εργασιών του. Το νοσοκομείο, επομένως, λειτουργεί ως έμπορος φέρνοντας τα αγαθά πιο κοντά στον πελάτη. Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα, το νοσοκομείο δεν έχει αναλάβει τον ρόλο της τράπεζας ή του ασφαλιστή.

Η παραγωγική σφαίρα του κεφαλαίου καθορίζει τους τομείς δραστηριότητας που δημιουργούν νέα αξία, η οποία ενσωματώνει την υπεραξία. Όσον αφορά το νοσοκομείο ως ατομικό κεφάλαιο, πέρα από το γεγονός ότι το συγκεκριμένο εμπόρευμα του νοσοκομείου είναι η περίθαλψη του ανθρώπου –ενός ζωντανού σώματος που αντιπροσωπεύει για το νοσοκομείο την αξία χρήσης στην οποία βασίζεται η δραστηριότητά του– η παραγωγική διαδικασία είναι πανομοιότυπη με το παράδειγμα που επιλέξαμε, αυτό της αυτοκινητοβιομηχανίας.

Οι πολλαπλοί ρόλοι του νοσοκομείου

Από τον Μεσαίωνα, η Εκκλησία δημιούργούσε Maisons Dieu¹ (αργότερα στη Γαλλία ονομάστηκαν hôtel-Dieu) σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτά ήταν άσυλα/γηροκομεία όπου κλείνονταν φτωχοί και άρρωστοι. Από το 1656 στο Παρίσι, τον κοινωνικό έλεγχο ανέλαβε το γενικό νοσοκομείο. Αγήματα τοξοβόλων του νοσοκομείου που λειτουργούσαν ως πολιτοφυλακές ήταν υπεύθυνα για τη σύλληψη και τον εγκλεισμό επαίτων και περιπλανώμενων. Μετά το 1789, η επιρροή της Εκκλησίας

μειώθηκε και το νοσοκομείο ανέπτυξε περισσότερο τον ρόλο του στη δημόσια υγεία παρά την προνοιακή του λειτουργία. Μετά από μια μακρά περίοδο εντελώς ελεύθερης άσκησης της ιατρικής, οι μόνοι που μπορούσαν να την ασκήσουν πλέον ήταν οι γιατροί (επαγγελματικό μονοπώλιο συνδεδεμένο με την εκπαίδευση). Τον 20^ο αιώνα, η γέννηση της κλινικής συνοδεύτηκε από την ανάδυση της σύγχρονης ιατρικής. Το νοσοκομείο έγινε το κέντρο παραγωγής της γνώσης και αναπαραγωγής του ιατρικού σώματος. Οι κλινικοί γιατροί υποβάλλονταν πλέον σε απαιτητικές εξετάσεις, αφού προηγουμένως είχαν εκπαιδευτεί ως εσωτερικοί σε νοσοκομείο, προκειμένου να τους επιτραπεί να ασκήσουν

¹ ΣτΜ. Η κατά λέξη μετάφραση είναι Οίκοι του Θεού.

Και στις δύο περιπτώσεις, οι αξίες χρήσης εισέρχονται στη διαδικασία της συγκεκριμένης εργασίας και μετατρέπονται σε νέα εμπορεύματα, στα οποία διατηρείται όχι μόνο η αξία που έχει ήδη τοποθετηθεί στην παραγωγική διαδικασία (το μέρος του σταθερού κεφαλαίου που χρησιμοποιείται για την κατασκευή των εμπορευμάτων και το μεταβλητό μέρος του κεφαλαίου), αλλά ενσωματώνεται επίσης μια νέα πρόσθετη αξία (η υπεραξία).

Είναι ένα θέμα, που σε μεγάλο βαθμό οραματίστηκε ο Μαρξ ο οποίος, μιλώντας για το σύγχρονο εμπόρευμα (δηλαδή τη μορφή του εμπορεύματος που αντιστοιχεί στον ανεπτυγμένο καπιταλισμό), δήλωνε ότι πέρα από τα χαρακτηριστικά της αξίας χρήσης και της ανταλλακτικής αξίας, πρέπει ακόμη, να είναι το αποτέλεσμα ενός υλικού μετασχηματισμού μέσα από τη συγκεκριμένη εργασιακή διαδικασία, ώστε να περιέχει και την υπεραξία που αποσπάται από τη μισθωτή εργασία. Αυτό ισχύει σίγουρα για τον ασθενή κατά

.....
την ιατρική σε κάποιο νοσοκομείο ή ιδιωτικά. Η ανα-
κάλυψη των μικροοργανισμών άλλαξε εκ βάθρων
την κατανόηση της αιτίας των λοιμώξεων (μετάδο-
ση/ανοσοποίηση) και των τρόπων αντιμετώπισής
τους (εμβολιασμός/αντισηψία). Στο τέλος του 20ου
αιώνα η καινοτομία μεταφέρθηκε στα εργαστήρια
(ιδιαίτερα στη Γερμανία και στις ΗΠΑ). Στα μέσα του
20^{ου} αιώνα, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το νο-
σοκομείο εγκαταστάθηκε στην καρδιά του συστή-
ματος υγείας. Συνδυάζει θεραπεία, διδασκαλία και
έρευνα και ταυτόχρονα διατηρεί την προνοιακή του
αποστολή. Τέλος, η ύπαρξη της κοινωνικής ασφάλι-
σης οργανώνει έναν μηχανισμό επένδυσης του κρά-
τους σε νοσοκομειακό εξοπλισμό.
.....

τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Το παράδειγμα ενός διενεργούμενου χειρουργείου είναι ενδεικτικό. Αυτό της παρεχόμενης ψυχολογικής φροντίδας, κυρίως αλλά όχι αποκλειστικά σε ψυχιατρικές μονάδες, δεν διαφέρει ιδιαίτερα.

«Το προτσές εργασίας (βλέπε το πέμπτο κεφάλαιο) το εξετάσαμε πρώτα αφηρημένα, ανεξάρτητα από τις ιστορικές του μορφές, σαν προτσές ανάμεσα στον άνθρωπο και τη φύση. Εκεί είπαμε: "Αν όλο το προτσές εργασίας το εξετάσουμε από την άποψη του αποτελέσματός του, τότε και τα δυο, το μέσο εργασίας και το αντικείμενο εργασίας εμφανίζονται σαν μέσα παραγωγής και η εργασία η ίδια σαν παραγωγική εργασία"... Ο ξεχωριστός άνθρωπος δεν μπορεί να επενεργεί πάνω στη φύση χωρίς να βάζει σ' ενέργεια τους μυς του κάτω από τον έλεγχο του δικού του μυαλού. Όπως στο φυσικό σύστημα ανήκουν μαζί το κεφάλι και το χέρι, έτσι και το προτσές της εργασίας συνενώνει την εργασία του κεφαλιού και την εργασία του χεριού. Αργότερα οι εργασίες αυτές χωρίζονται και φτάνουν ως την εχθρική αντίθεση. Το προϊόν μετατρέπεται γενικά από άμεσο προϊόν τού ατομικού παραγωγού σέ κοινωνικό, στο κοινό προϊόν ενός συνολικού εργάτη, δηλ. ενός συνδυασμένου εργατικού προσωπικού, πού τα μέλη του βρίσκονται πιο κοντά ή πιο μακριά στο χειρισμό του αντικειμένου εργασίας. Γι' αυτό, μαζί με το συνεργατικό χαρακτήρα του ίδιου του προτσές εργασίας, ευρύνεται κατανάγκην η έννοια της παραγωγικής εργασίας και του φορέα της, του παραγωγικού εργάτη. Για να εργάζεται κανείς παραγωγικά δε χρειάζεται πιά να χρησιμοποιεί άμεσα τα χέρια του· αρκεί να είναι όργανο του συνολικού εργάτη, να εκτελεί κάποια από τις υπολειπουργίες του. Ο πιο πάνω αρχικός

ορισμός της παραγωγικής εργασίας, βγαλμένος από τη φύση της ίδιας της υλικής παραγωγής, μένει πάντα αληθινός για το συνολικό εργάτη, όταν τον εξετάζουμε σαν σύνολο. Δεν ισχύει όμως πια για το καθένα από τα μέλη του, παρμένα χωριστά.

Από την άλλη μεριά όμως στενεύει η έννοια της παραγωγικής εργασίας. Η κεφαλαιοκρατική παραγωγή δεν είναι μόνο παραγωγή εμπορευμάτων, είναι στην ουσία παραγωγή υπεραξίας. Ο εργάτης δεν παράγει για τον εαυτό του, αλλά για το κεφάλαιο. Γι' αυτό δεν είναι πια αρκετό ότι γενικά παράγει. Πρέπει να παράγει υπεραξία. Παραγωγικός είναι μονάχα ο εργάτης εκείνος, που παράγει υπεραξία για τον κεφαλαιοκράτη ή που εξυπηρετεί την αυτοαξιοποίηση του κεφαλαίου. Αν έχουμε το δικαίωμα να διαλέξουμε ένα παράδειγμα έξω από τη σφαίρα της υλικής παραγωγής, τότε ένας δάσκαλος είναι παραγωγικός εργάτης, όταν, όχι μόνο επεξεργάζεται παιδικά κεφάλια, μα τσακίζεται κι ο ίδιος στη δουλιά για να πλουτίζει ο επιχειρηματίας. Το ότι ο τελευταίος έχει τοποθετήσει τα κεφάλαιά του σ' ένα εργοστάσιο εκπαίδευσης αντί σ' ένα εργοστάσιο λουκάνικων δεν αλλάζει τίποτα στη σχέση. Η έννοια λοιπόν του παραγωγικού εργάτη καθόλου δεν περικλείνει μονάχα μια σχέση ανάμεσα στη δράση και στο ωφέλιμο αποτέλεσμα, ανάμεσα στον εργάτη και στο προϊόν εργασίας, αλλά περικλείνει και μια σχέση παραγωγής ειδικά κοινωνική, που έχει γεννηθεί ιστορικά και βάζει στον εργάτη τη σφραγίδα του άμεσου μέσου αξιοποίησης τού κεφαλαίου»²⁸

Όταν αναλύουμε το νοσοκομείο ως ατομικό κεφάλαιο, η πρώτη ύλη στην οποία εφαρμόζεται όλη η ιατρική μηχανική κατά τη διάρκεια του βιομηχανικού κύκλου της είναι το ανθρώπινο σώμα –στην ιδιότητά του ως εργασιακή δύναμη που ενδεχομένως να χρειαστεί φροντίδα. Η τεχνική εργασιακή διαδικασία του νοσοκομείου θα διασφαλίσει ότι οι ασθενείς που εμπιστεύονται τη ζωή τους σε αυτό, θα μπορέσουν να είναι ξανά λειτουργικοί/ες. Για να γίνει αυτό, είναι απαραίτητο να τροποποιηθεί αυτή η πρώτη ύλη ώστε να επανακτήσει τη λειτουργικότητά της. Ο ασθενής, από τη στιγμή που θα υποβληθεί σε θεραπεία, βγαίνει μεταμορφωμένος σαν αυτοκίνητο που του έχουν αλλάξει τα ανταλλακτικά ή του έχουν ρυθμίσει τη μηχανή.

Οι ασθενείς καθαυτοί δεν είναι πρώτη ύλη, γίνονται όταν υποβάλλονται σε μία οργανική ανταλλαγή για την παραγωγή νέας αξίας. Οι ασθενείς καθίστανται τότε η βάση στην οποία επενεργεί το ατομικό παραγωγικό κεφάλαιο της υγείας ώστε να τη μετασχηματίσει (θεραπεία) και έτσι να εξάγει υπεραξία από τις παραγωγικές εργαζόμενες στον τομέα της υγείας. Με άλλα λόγια, το ανθρώπινο ον είναι η αξία χρήσης που εισέρχεται στην εργασιακή διαδικασία του νοσοκομείου, στην οποία βασίζεται και η διαδικασία αξιοποίησης.

Το νοσοκομείο και το κράτος – η δημόσια υγεία ως μη παραγωγική δαπάνη

Σε όλες τις προηγμένες καπιταλιστικές χώρες με ένα κρατικό σύστημα υγείας, το κράτος είναι ο κεντρικός φορέας και ο κύριος οργανωτής της αναπαραγωγικής λειτουργίας του κεφαλαίου. Το κράτος είναι ταυτόχρονα ο νόμιμος ιδιοκτήτης των δημόσιων

²⁸ Μαρξ, Κ., *Το Κεφάλαιο*, Τόμος Πρώτος, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1978, ανατύπωση 2005, σελ.524.

νοσοκομείων (ένα είδος εταιρείας χαρτοφυλακίου), ο διοικητής των νοσοκομείων αλλά και ο ηγεμονικός πελάτης που αυτόκλητα καθορίζει τις τιμές αγοράς της περίθαλψης (δεν γίνεται η αγορά να καθορίσει την αγοραία αξία του εμπορεύματος-υγεία ή, ακόμη περισσότερο, την τιμή παραγωγής του), που χρηματοδοτεί εν μέρει τις υποδομές και το σταθερό κεφάλαιο, που καταβάλλει τους μισθούς για τον τομέα της δημόσιας υγείας και που είναι ο εγγυητής της εθνικής σύμβασης υγείας μέσω των φορέων διαμεσολάβησης (συνδικάτα, ταμεία αλληλασφάλισης).

Αυτή η κατάσταση δημιουργεί φυσικά εσωτερικές συγκρούσεις στο κράτος μεταξύ όλων αυτών των ποιοτήτων και λειτουργιών του. Από τη μία η διασφάλιση ότι οι δομές υγείας είναι σε καλή κατάσταση λειτουργίας, από την άλλη ο περιορισμός των μη παραγωγικών δαπανών: αυτή είναι η κύρια αντίφαση που αντιμετωπίζει. Είναι μια κινούμενη αντίφαση που δεν επιλύεται με καθαρά δημοσιονομικές επιλογές, όπως άλλωστε καθίσταται φανερό από τις επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στον απόηχο της τρέχουσας υγειονομικής κρίσης.

Συμβάλλοντας στη χρηματοδότηση του συστήματος περίθαλψης και έχοντας την κυριότητα του συστήματος δημόσιας υγείας, το κράτος παρεμβαίνει με όλες του τις δυνάμεις ως εκπρόσωπος του συλλογικού κεφαλαίου (τάξη των καπιταλιστών). Από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, το κράτος αγοράζει περίθαλψη από το νοσοκομείο (ως καπιταλιστική επιχείρηση υγείας που λειτουργεί είτε με δημόσια είτε με ιδιωτικά κεφάλαια). Αυτή η σχέση πελάτη-πάροχου είναι σχετικά ανεξάρτητη από τους ασθενείς, των οποίων η συμμετοχή²⁹ καλύπτει μόνο ένα περιορισμένο ή ακόμη

και ελάχιστο μέρος του συνολικού κόστους νοσηλείας. Γενικά, το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών αυξάνεται συνεχώς λόγω της δημοσιονομικής κρίσης των κρατών, της εξέλιξης του μοντέλου χρηματοδότησης της υγείας και του κόστους παραγωγής της περίθαλψης.

Στην πράξη, η υποχρεωτική ασφάλεια υγείας προβλέπει την (μερική) αποζημίωση των εξόδων που προκύπτουν από τις ιατρικές επισκέψεις, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις θεραπείες, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και τη νοσηλεία. Ασθενείς ή εργαζόμενοι με αναπηρίες έχουν επίσης «δικαίωμα», υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, σε ένα εγγυημένο εισόδημα. Το πρόβλημα για το κράτος είναι ότι ο προϋπολογισμός για τη δημόσια υγεία δεν αποφέρει απόδοση ως επένδυση και είναι αυστηρά μη παραγωγική δαπάνη.

Ωστόσο, οι μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, που συνδέονται κυρίως –αλλά όχι αποκλειστικά– με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής (με την επιπλέον επιβάρυνση της συννοσηρότητας και των χρόνιων παθήσεων), καθώς και το αυξανόμενο κόστος του σταθερού κεφαλαίου και των ενδιάμεσων αγαθών που χρειάζονται για την περίθαλψη –σε συνδυασμό με την επέκταση των διαγνωστικών εξετάσεων σε μεγάλη κλίμακα προκειμένου να αποφευχθούν ακόμη υψηλότερες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες– έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία.

Ταυτόχρονα, η δομή χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης³⁰ στηρίζεται στην εργασία (πα-

ται ιδιωτική δαπάνη ή συμμετοχή των ασθενών στο κόστος θεραπειών. Η ιδιωτική δαπάνη των ασθενών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι μία ρύθμιση που αποσκοπεί στον περιορισμό της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τις ασφαλισμένες και, κατά συνέπεια, στον περιορισμό των δημοσίων δαπανών για την υγεία.

30 Οι «κοινωνικοί εταίροι» συμμετέχουν στο διοικητικό συμβούλιο κοινωνικής ασφάλισης. Στη Γαλλία, οκτώ κρατικοί εκπρόσωποι είναι διορισμένοι με διάταγμα μετά από πρόταση των ενδιαφερόμενων κυβερ-

29 Όταν οι ασθενείς καταναλώνουν κάποια υπηρεσία υγείας, ένα ποσοστό του συνολικού κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποζημιώνεται από το κράτος ή από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τις ίδιες τις ασθενείς. Το υπόλοιπο αυτό αποκαλεί-

ρακράτηση μέρους από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών), και αυτή η πηγή συνεχώς συρρικνώνεται. Αυτό συμβαίνει λόγω της καθυστερημένης εισόδου στην αγορά εργασίας, της πληθώρας «άτυπων» επαγγελματικών βίων (διαβάστε: μια σειρά από περιστασιακές θέσεις εργασίας) και του αυξανόμενου δημογραφικού βάρους των συνταξιούχων.

Ως επιστέγασμα, η κρίση του 2008 μείωσε δραστικά τη δανειοληπτική ικανότητα των κρατών, που βρίσκονται πλέον σε κατάσταση διαρκούς δημοσιονομικής κρίσης. Αυτό συνεπάγεται, μεταξύ άλλων, τη συνέχιση και εμβάθυνση της αναδιάρθρωσης της χρηματοδότησης και του εξορθολογισμού της νοσοκομειακής οργάνωσης, που είχαν δρομολογηθεί ήδη πολύ πριν από την έναρξη της κρίσης. Τα νοσοκομεία πιέζονται να χρηματοδοτήσουν το δικό τους εξοπλισμό, ενώ γνωρίζουν ότι η εργασία εξακολουθεί να πληρώνεται από το κράτος. Αυτές οι περικοπές στις δαπάνες αυξάνουν επίσης το ποσοστό που καταβάλλουν οι ασθενείς, όχι πλέον για εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, αλλά για ασφάλιστρα και εισφορές σε συμπληρωματικές ασφαλιστικές εταιρείες και ταμεία αλληλασφάλισης.

Το γεγονός ότι το κράτος πληρώνει τους μισθούς του εργατικού δυναμικού του νοσοκομείου αποτελεί σημαντική δυσκολία στα σχέδιά του για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας. Το κράτος, ουσιαστικά με αυτόν τον τρόπο, εγγυάται το συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας της εργασίας στη δημόσια υγεία (που, στη Γαλλία, έχει καθεστώς δημόσιου υπαλλήλου), σε σχέση με την ευρύτερη αγορά εργασίας. Μία από τις προϋποθέσεις για την καλή λειτουργία της ανταγωνιστικής κίνησης κεφαλαίων είναι η δυ-

νατότητα να τεθούν οι προλετάριοι σε ανταγωνισμό μεταξύ τους τη στιγμή που προσλαμβάνονται, και αυτή η προϋπόθεση δεν πληρείται στο δημόσιο νοσοκομείο επειδή όλοι οι υπάλληλοι απολαμβάνουν ίδιο μισθό για τις ίδιες δεξιότητες. Ο μόνος τρόπος για το κράτος να εισάγει τον ανταγωνισμό μεταξύ εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα περίθαλψης είναι επιστρατεύοντας συμβασιούχους, οι οποίοι δεν απολαμβάνουν το καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων, ή παρομοίως για ιατρικό προσωπικό, χρησιμοποιώντας τους «γνώστους» ειδικευόμενους. Οι ειδικευόμενοι/ες είναι, όπως θα δούμε παρακάτω στην ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στη Γαλλία, οι απόκληροι/ες του νοσοκομείου (χαμηλόμισθη εργασιακή δύναμη και μια αναγκαιότητα) στην οποία στηρίζεται το κρατικό σχέδιο αναδιάρθρωσης.

ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΑΧΟΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ

Αυτό το κείμενο είναι αφιερωμένο στις σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια στην εργασία στον τομέα της περίθαλψης –πιο συγκεκριμένα στα νοσοκομεία– κυρίως σε μερικές προηγμένες χώρες, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία και η Τσεχία.

Ξεκινώντας με μερικές βασικές ερωτήσεις –σχετικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου σε μια καπιταλιστική κοινωνία, τις σχέσεις μεταξύ νοσοκομείου και κράτους και τη διαδικασία της κεφαλαιακής συσσώρευσης στα νοσοκομεία– προσπαθήσαμε να εξηγήσουμε ότι οι μετασχηματισμοί του νοσοκομείου που ξεκινούν από τα κράτη είναι κυρίαρχες τάσεις και ότι επιδιώκουν να κάνουν το οικονομικό μοντέλο του νοσοκομείου να συγκλίνει με αυτό της σύγχρονης βιομηχανίας. Αυτές οι αλλαγές βρίσκονται σε τέλεια συνέχεια με τη διαρκή ανάγκη του κεφαλαίου να κα-

νηπτικών αρχών• ένας για το γραφείο του πρωθυπουργού• δύο για τον Υπουργό Απασχόλησης• ένας εκπρόσωπος για τα υπουργεία που είναι αρμόδια για την οικονομία, την υγεία, τις δημόσιες υπηρεσίες, τη γεωργία, το εμπόριο, τη βιομηχανία και τη βιοτεχνία• οκτώ εκπρόσωποι των εργαζομένων• οκτώ εκπρόσωποι εργοδοτών.

ταλάβει όλους τους τομείς της οικονομικής δραστηριότητας, όποιοι και αν είναι, για να προσπαθήσει να τους «εμπορευματοποιήσει»³¹ στο μέγιστο, με σκοπό να συνεχίσει απρόσκοπτη η διαδικασία αξιοποίησης –με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τις εργαζόμενες στον τομέα της υγείας.

Δεν αρκεί μόνο η αναγνώριση αυτής της υλι-

31 Στον καπιταλισμό όλα μετατρέπονται, αργά ή γρήγορα, σε ένα εμπόρευμα με αξία χρήσης και ανταλλακτική αξία, που περιέχει την υπεραξία που εξάγεται από τη μισθωτή εργασία μέσω της παραγωγικής διαδικασίας

κής πραγματικότητας –τα νοσοκομεία ως βιομηχανία– ώστε να αποκαλυφθούν οι συνθήκες εκμετάλλευσης της εργασιακής δύναμης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας: όπως όλοι οι εργαζόμενοι, σε οποιαδήποτε καπιταλιστική επιχείρηση. Είναι επίσης απαραίτητο να κατανοήσουμε ότι, παρά την προφανή ιδιαιτερότητα της πρώτης ύλης που υποβάλλεται σε επεξεργασία στα νοσοκομεία (το ανθρώπινο σώμα) και όλες τις «κατανοητές» μυστικοποιήσεις που τη συνοδεύουν, η θέση του νοσοκομείου στην παραγωγική διαδικασία τοποθετεί τις εργαζόμενες αυτού του το-

Bismarck και Beveridge

Το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck, το οποίο ισχύει (κυρίως) στο Βέλγιο και στη Γαλλία είναι βασισμένο στη συνδιαχείριση από εργοδότες και εκπροσώπους των εργαζομένων (οι «κοινωνικοί εταίροι») και η χρηματοδότηση είναι διμερής: επιτυγχάνεται με υποχρεωτικές εισφορές τόσο της εργοδοσίας όσο και των εργαζομένων. Για το εργατικό δυναμικό, οι ασφαλιστικές εισφορές καθορίζονται από το ύψος του μισθού και, ομοίως, οι αποζημιώσεις δεν είναι ανάλογες των κινδύνων –όπως στην καθαρά ασφαλιστική λογική– αλλά βασίζονται στους μισθούς (κοινωνικοποίηση του κινδύνου). Αυτό το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης εγκαθιδρύθηκε κατά τη δεκαετία του 1880 στη Γερμανία με βασικό προορισμό να αναχαιτίσει την άνοδο του εργατικού κινήματος¹, ενσωματώνοντας τη διαχείριση των κοινωνικών σχέσεων στο κράτος

1 Και παράλληλα να αντιμετωπίσει τη διάλυση –στο πλαίσιο της εξελισσόμενης βιομηχανικής επανάστασης– της «προστασίας» που παρείχαν προηγουμένως η οικογένεια και οι κοινότητες (κυρίως θρησκευτικές).

και βελτιώνοντας παράλληλα τις συνθήκες ζωής του προλεταριάτου.

Το δεύτερο μοντέλο, το μοντέλο του Beveridge, στηρίζεται σε μια λογική βοήθειας που οργανώνεται από το κράτος και χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας. Αφορά το σύνολο του πληθυσμού, όχι μόνο την εργασία. Η κάλυψη είναι καθολική και περιλαμβάνει όλους τους κινδύνους. Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην έκθεση Beveridge, που δημοσιεύθηκε τον Νοέμβριο του 1942, κατόπιν αιτήματος της βρετανικής κυβέρνησης, με σκοπό την αναδιαμόρφωση του συστήματος ασφάλισης υγείας² και τη δημιουργία του «Κράτους Πρόνοιας»³. Ακολούθως, τον Ιούλιο του 1948 ξεκίνησε τη λειτουργία του το NHS (Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου).

2 Πηγή: https://www.lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/04/la-securite-sociale-entre-deux-philosophies_4482297_1655421.html

3 Πηγή: https://en.wikipedia.org/wiki/Beveridge_Report

μέα σε παρόμοια κατάσταση με εκείνη των εργατριών στις υπόλοιπες καπιταλιστικές επιχειρήσεις και, ως εκ τούτου, τις δείχνει πώς να παλεύουν ενάντια στην εκμετάλλευσή τους.

Για παράδειγμα, παντού, το νοσηλευτικό επάγγελμα υπόκειται στις ίδιες αλλαγές: τροποποίηση δεξιοτήτων, αύξηση του ρυθμού εργασίας, επιδείνωση των συνθηκών εργασίας κ.λπ., με επιπλέον έλλειψη προσωπικού. Στην Τσεχία, για παράδειγμα, πολλές νοσηλεύτριες μεταναστεύουν στη Γερμανία λόγω καλύτερων μισθών και η αναχώρησή τους δεν αντισταθμίζεται επαρκώς από την άφιξη Σλοβάκων, Πολωνών, ακόμη και Ρώσων νοσηλευτών.

Η αντίληψη που πρέπει να ακολουθήσουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας στο εξής είναι ότι ο αγώνας τους δεν είναι για τη διατήρηση του δημόσιου νοσοκομείου, την εξυπηρέτηση των ασθενών κ.λπ., αλλά ότι είναι μια ταξική πάλη που πρέπει να διενεργείται ενάντια στις συνθήκες εκμετάλλευσης. Μόνο φέρνοντας τον αγώνα σε αυτό το επίπεδο –έναν αγώνα για υψηλότερους μισθούς, για καλύτερες συνθήκες εργασίας κ.λπ.– θα πετύχουν να ανατρέψουν υπέρ τους την ισορροπία δυνάμεων με τον πραγματικό τους εχθρό. Ο εχθρός αυτός δεν προέρχεται από κάπου έξω από το νοσοκομείο, αλλά αποτελούσαν πάντα από το κράτος και τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Στόχος των εφαρμοζόμενων μεταρρυθμίσεων είναι να δοθούν στους διαχειριστές των ατομικών κεφαλαίων στον νοσοκομειακό τομέα, τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε άλλες επιχειρήσεις για τη διαχείριση της παραγωγής. Είτε το νοσοκομείο είναι ιδιωτικό είτε δημόσιο, δεν αλλάζει τίποτα για τους αγώνες των εργαζομένων. Η ιδεολογία της «δημόσιας υπηρεσίας», η οποία έχει πάντα έναν εμπορικό σκοπό στον καπιταλισμό, έχει ως μοναδικό της στόχο

την ταύτιση του γενικού συμφέροντος με το κράτος. Το αν πρόκειται για κρατικά ή ιδιωτικά κεφάλαια (στην πραγματικότητα, συχνά αλληλεπικαλύπτονται) που διαχειρίζονται τα νοσοκομεία, δεν χρειάζεται να αφορά τους εργαζόμενους. Αυτό που πρέπει να τους αφορά είναι οι συνθήκες εργασίας και οι μισθοί τους. Και για να τους υπερασπιστούν, το πρώτο βήμα είναι να καταπολεμήσουν συλλογικά τις διαιρέσεις που γεννά ανάμεσά τους ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας.

Για αυτό πρέπει να εγκαταλείψουμε κάθε απαίτηση για αναγνώριση της χρησιμότητας της περίθαλψης «που σώζει ανθρώπινες ζωές» (δεν διεκδικούμε αυτές τις συνθήκες εκμετάλλευσης, τις πολεμάμε). Η φετιχοποίηση της συγκεκριμένης εργασιακής διαδικασίας σίγουρα υπάρχει και γίνεται ακόμη περισσότερο έκδηλη σε επαγγέλματα όπου η πρώτη ύλη είναι ο άνθρωπος οργανισμός. Σε έναν καπιταλιστικό κόσμο, μία τέτοια απαίτηση για κοινωνική αναγνώριση μπορεί να οδηγήσει μόνο σε περισσότερη εκμετάλλευση, επειδή είναι ένας κόσμος χτισμένος για να εξαγάγει τη μέγιστη αξία από κάθε εργαζόμενη και όχι για την άνθηση των ανθρώπινων σχέσεων. Αυτή είναι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Αλλά αυτή η δυσκολία δεν είναι ανυπέρβλητη.

Αυτός ο αγώνας περιλαμβάνει απαραίτητα την κατανόηση ότι η δραστηριότητα του τομέα της παροχής φροντίδας είναι μια εμπορική δραστηριότητα (παραγωγή του εμπορεύματος «υγεία») στην οποία βασίζεται το ατομικό κεφάλαιο του νοσοκομείου για να συγκεντρώσει τα κέρδη του, και ότι οι μεταρρυθμίσεις και οι μετασχηματισμοί που πραγματοποιούνται δεν θα «σκοτώσουν» το νοσοκομείο, αλλά, αντίθετα, θα συμβάλουν στην ανάπτυξη ενός νοσοκομείου πιο ανταγωνιστικού, πιο παραγωγικού για το κεφάλαιο.

Το παλιό εργατικό αίτημα για δωρεάν υγεία είναι, περισσότερο από ποτέ, ένας ουσιαστικός στόχος των σύγχρονων αγώνων. Είναι σαφώς ένας στόχος του αγώνα για τους μισθούς. Με τον ίδιο τρόπο που η απαίτηση αυξήσεων στην τιμή της εργασιακής δύναμης για όσους/ες εργάζονται στο νοσοκομείο, είναι ένας αγώνας ενάντια στην εκμετάλλευση. Οι εργαζόμενοι –είτε είναι νοσηλευτές, γιατροί ή λοιπό προσωπικό– που απεργούν διεκδικώντας τα μέσα για ασφαλείς εργασιακές συνθήκες, διεξάγουν έναν αγώνα για τους μισθούς. Αυτό πρέπει να βρίσκεται στην καρδιά των μελλοντικών αγώνων στον τομέα της περίθαλψης. Και γενικότερα, όλες οι εργαζόμενες, είτε εργάζονται στον τομέα της υγείας είτε σε κάποιον άλλο τομέα, πρέπει να συμμετέχουν και να υπερασπίζονται την ιδέα ότι η πρόσβαση στην υγεία δεν είναι τίποτα περισσότερο και τίποτα λιγότερο από τον έμμεσο μισθό.

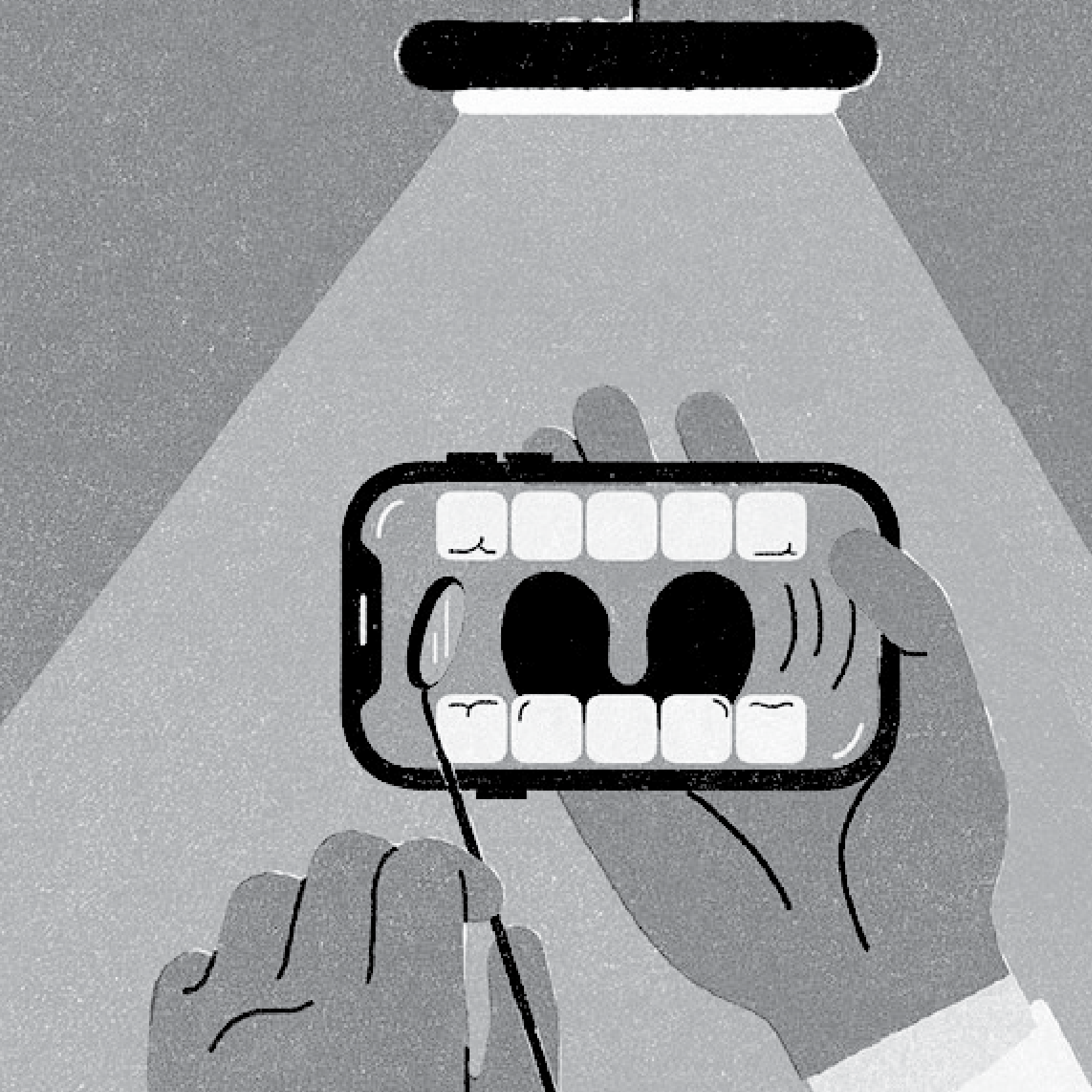
Από την πλευρά των ασθενών, η αγορά του προϊόντος «υγεία» αντιστοιχεί σε ένα έξοδο που αφαιρείται από το συνολικό τους εισόδημα, συνήθως από τον μισθό. Η ανάληψη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιστοιχεί στον έμμεσο μισθό, του οποίου η γενική αύξηση καθορίζεται από την εθνική σύμβαση που ισχύει σε κάθε χώρα. Μια κοινωνική σύμβαση που είναι συνέπεια της ιστορικά καθορισμένης διαμεσολάβησης μεταξύ των αναγκών αναπαραγωγής του κεφαλαίου και της ταξικής πάλης.

Αυτός ακριβώς είναι ο λόγος για τον οποίο οι προλετάριοι πρέπει να αντιμετωπίζουν την υγεία ως έμμεσο μισθό, να διασχίσουν τη σχέση μεταξύ συλλογικού κεφαλαίου (κύριου πελάτη της δημόσιας υγείας) και ατομικού κεφαλαίου (το νοσοκομείο, πάροχος του εμπορεύματος «υγεία») χωρίς να νοιάζονται για τη

συσσώρευση κεφαλαίου σε αυτόν τον τομέα. Ο αγώνας για την υγεία είναι πρωτίστως ένας αγώνας για τον μισθό ενάντια στη συσσώρευση κεφαλαίου.

Τέλος, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι μισθολογικές αυξήσεις και η βελτίωση στις εργασιακές συνθήκες που ενδεχομένως κατακτήθηκαν με σκληρούς αγώνες από την έναρξη της κρίσης της COVID-19, αν και σίγουρα δεν είναι αμελητέες, τελικά θα τεθούν υπό αμφισβήτηση από το κεφάλαιο, και μπορεί να διαφυλαχθούν μόνο διατηρώντας τη μέγιστη αδιάλειπτη πίεση στο κράτος και στα αφεντικά του νοσοκομείου. Η διαδικασία της εμπορευματοποίησης που έχει ξεκινήσει, θα σταματήσει μόνο με την ήττα του καπιταλιστικού συστήματος.

Στόχος αυτού του κειμένου, τελικώς, είναι να οδηγήσει όσους/ες εργάζονται στον τομέα της υγείας στη συνειδητοποίηση ότι για να αγωνιστούν, είναι απαραίτητο να αντικρύσουν ευθέως τις σχέσεις εκμετάλλευσης με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι/ες, και ότι αυτό είναι το μόνο μέσο που έχουν για να αποφύγουν να αναλωθούν μάταια σε αγώνες που δεν είναι δικοί τους.





ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ: Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΚΡΑΤΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στο Βέλγιο και στη Γαλλία καταστρώνονται μεταρρυθμίσεις με στόχο να κάνουν τα νοσοκομεία πιο κερδοφόρα και να εξορθολογήσουν την εργασία μέσα από τη συγκεντροποίηση και τη βελτιστοποίηση της παραγωγής φροντίδας υγείας. Σημαντικό ρόλο σε αυτήν τη διαδικασία έχει η θέσπιση πρωτοκόλλων που επικεντρώνονται: στη διαμόρφωση ενός προφίλ για κάθε ασθενή, στην κωδικοποίηση των ιατρικών διαδικασιών και στον καθορισμό του απαιτούμενου χρόνου για την παρεχόμενη θεραπεία. Έτσι, το κόστος παραγωγής οριοθετείται και τείνει να συρρικνωθεί, ωθώντας τα νοσοκομεία στον μεταξύ τους ανταγωνισμό. Τελικά, αυτό θα οδηγήσει στη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων ή μονάδων που θα εφαρμόσουν τον Τείλορισμό για να φέρουν σε πέρας πολύπλοκες εργασίες. Αυτό εξοικονομεί χρόνο, άρα και χρήματα, για το εκάστοτε νοσοκομείο.

Βέλγιο: η μεταρρύθμιση De Block

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το βελγικό κράτος επέλεξε το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, παρ' όλο που η σύγχρονη μορφή του είναι πιο υβριδική, όπως και σε πολλά άλλα κράτη. Μετά την πετρελαϊκή κρίση του 1973 και την έναρξη της τακτικής της μισθολογικής συγκράτησης, το Βέλγιο είχε όλο και περισσότερους «οικονομικά ανενεργούς» πολίτες, οι οποίοι δεν απολάμβαναν πλέον τα δικαιώματα που προέρχονταν από την εργασία. Αυτό οδήγησε το κράτος στην καθολικοποίηση αρκετών τομέων της κοινωνικής ασφάλισης. Ορόσημο στη δεκαετία του 1990 ήταν η σχεδόν ολοκλη-

ρωτική διεύρυνση της πρόσβασης στην περίθαλψη, ώστε να περιλαμβάνει αυτούς/ες που χαρακτηρίζονταν ως αυτοαπασχολούμενοι/ες, την οποία ακολούθησε το 2008 η επέκταση της περίθαλψης και στην κάλυψη των ατυχημάτων. Για τα άτομα χωρίς καθεστώς διαμονής αναγνωρισμένο από το κράτος, η πρόσβαση στη φροντίδα διασφαλίζεται καταρχήν από τον μηχανισμό επείγουσας ιατρικής βοήθειας μέσω των Δημόσιων Κέντρων Κοινωνικής Δράσης¹.

Προκειμένου να ευθυγραμμιστούν οι δαπάνες, την περίοδο 2007-2008, η προσωρινή κυβέρνηση με πρωθυπουργό τον Verhofstadt ξεκίνησε την πρώτη μείωση του «προτύπου ανάπτυξης υγειονομικής περίθαλψης», μειώνοντάς το από 4,5% σε 2% του ΑΕΠ. Με την κυβέρνηση του Di Rupo, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε και πάλι στο 3%, πριν πέσει στο 1,5% κατά τη διάρκεια της κυβέρνησης Michel. Αυτό συνέβη σε μια περίοδο κατά την οποία το Ομοσπονδιακό Γραφείο Προγραμματισμού υπολόγισε πως ο προϋπολογισμός για την υγεία έπρεπε να αυξηθεί στο 2,5% του ΑΕΠ, ενόψει των μεταβαλλόμενων αναγκών (εξαιρώντας την τιμαριθμική αναπροσαρμογή).

Όπως έγραψε η *Mutualité Chrétienne* (το μεγαλύτερο ταμείο αλληλασφάλισης του Βελγίου) το 2013:

«Οι πιο εντυπωσιακές εξελίξεις τα τελευταία χρόνια ήταν συγχωνεύσεις που οδήγησαν σε αύξηση της κλίμακας, στον αναπροσανατολισμό της χρηματοδότησης των νοσοκομείων,

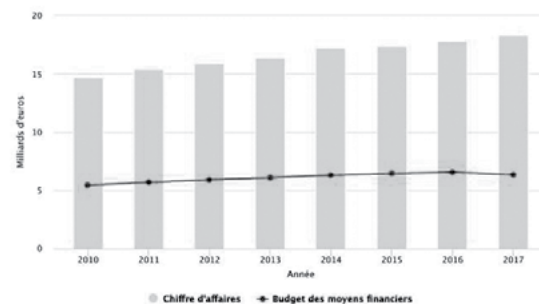
1 ΣτΜ. Τα Δημόσια Κέντρα Κοινωνικής Δράσης (Centres publiques d'action sociale - CPAS) ιδρύθηκαν το 1976 και απαντώνται σε κάθε δήμο και κοινότητα του Βελγίου. Παρέχουν στέγαση και οικονομική, ιατροφαρμακευτική, ψυχολογική και νομική βοήθεια κυρίως σε ανασφάλιστους, εξασφαλίζοντας το ελάχιστο της κοινωνικής αλληλεγγύης και ενσωμάτωσης.

στη διάρθρωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας μέσω προγραμμάτων φροντίδας και στη μείωση της διάρκειας παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία»².

Ο δημοσιονομικός προϋπολογισμός κατανέμεται και ορίζεται ετησίως από το Ομοσπονδιακό Κράτος³ και κατανέμεται μεταξύ των νοσοκομείων. Καλύπτει μέχρι και το 98% του γενικού κόστους λειτουργίας ενός νοσοκομείου: νοσηλευτική φροντίδα, υπηρεσίες σχετιζόμενες με τη φιλοξενία των ασθενών, επενδύσεις σε ιατρικό εξοπλισμό, νοσοκομειακά ιατρεία και φαρμακεία. Ωστόσο, δεν καλύπτει το 100% των δαπανών για κάθε νοσοκομείο.

Ο δημοσιονομικός προϋπολογισμός (BMF) αναπτύσσεται με ασθενείς ρυθμούς από το 2013 και έχει πτωτική πορεία από το 2016• ακόμα, αναλογεί όλο και μικρότερο ποσοστό του στον συνολικό τζίρο των νοσοκομείων (ο οποίος αναπτύσσεται ραγδαία: 18,2 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2017, σε σχέση με τα 14,7 δισεκατομμύρια το 2010).

Συνεπώς, τα ημερήσια νοσήλια κατέχουν όλο και μεγαλύτερο ρόλο στη δημοσιονομική βιωσιμότητα των νοσοκομείων. Το 2017, τα ημερήσια νοσήλια αποτελούσαν το 40% του συνολικού τζίρου των νοσοκομείων, ο δημοσιονομικός προϋπολογισμός (BMF) το 36,7% και τα φαρμακευτικά προϊόντα το 18,1%.



Τζίρος νοσοκομείων (γκρι) και δημοσιονομικός προϋπολογισμός (BMF-μαύρο) στο Βέλγιο, 2010-2017⁴

Ομοίως, αυξανόμενος είναι και ο αριθμός των εισαγωγών. Από το 2008 μέχρι το 2017 οι εισαγωγές/επισκέψεις ανά 100.000 κατοίκους αυξήθηκαν κατά 13,9%. Συγκεκριμένα, οι ημερήσιες νοσηλείες (+9%) και οι επαφές εξωτερικών ασθενών με το τμήμα επειγόντων περιστατικών (+15,5%). Από το 2013 και έπειτα, οι ημερήσιες νοσηλείες ξεπέρασαν τις συμβατικές νοσηλείες. Την ίδια περίοδο, η μέση διάρκεια νοσηλείας βραχύνθηκε κατά μία μέρα για τα οξέα περιστατικά (χειρουργικές επεμβάσεις, εσωτερική παθολογία, παιδιατρική και φροντίδα νεογνών εκτός εντατικής), καθώς και για τις μαιευτικές κλινικές⁵.

Τα έξοδα νοσηλείας καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και από τους ασθενείς (οι οποίοι συμμετέχουν στο 22% του συνολικού κόστους). Ωστόσο, κατά μέσο όρο μόνο τα 2/3 (ανάλο-

² Πηγή: https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf

³ Οι επενδύσεις (υποδομές, εξοπλισμός κ.λπ.) αποτελούν ευθύνη των επιμέρους κοινοτήτων και περιοχών από την έκρη κρατική μεταρρύθμιση και έπειτα. Τα νοσοκομεία συμπληρώνουν τις επιδοτήσεις αυτές με δικούς τους πόρους, καθώς και με δάνεια από τις χρηματοπιστωτικές αγορές.

⁴ Πηγή: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement>

⁵ Πηγή: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite-de-soins-au-sein-des-hopitaux-generaux>

γα με το νοσοκομείο, τις ειδικότητες και τις εκάστοτε συμβάσεις) εισπράττονται από τους συμβεβλημένους γιατρούς, ενώ το υπόλοιπο 1/3 μεταβιβάζεται στο νοσοκομείο.

Επομένως, τόσο ο τζίρος όσο και η ροή του χρήματος εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις υπηρεσίες που παρέχονται. Εξαιρουμένης της συνεχούς επένδυσης κεφαλαίου σε νέες τεχνολογίες (απεικονιστική, διαγνωστική, νευροχειρουργική κ.λπ.) που είναι πιθανό να αυξήσει την παραγωγικότητα της εργασίας και την επιστροφή κεφαλαίου, ο ρόλος των γιατρών παραμένει κομβικός για τα νοσοκομεία. Όσο περισσότερους γιατρούς διαθέτει ένα νοσοκομείο σε αναλογία με τη βασική του χωρητικότητα (αριθμός κλινών, αριθμός εισαγωγών, παραϊατρικό προσωπικό)⁶, τόσο περισσότερο θα μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα για περαιτέρω εισαγωγές.

Η μελέτη Maha δείχνει πως το 2018, ο ετήσιος ισολογισμός των γενικών νοσοκομείων ήταν κοντά στο μηδέν ή ακόμα και αρνητικός και αντιστοιχούσε στο 0,2% του κύκλου εργασιών (31,8 εκατομμύρια ευρώ). Ένα στα τρία νοσοκομεία κατέγραφε έλλειμμα στο τέλος του χρόνου (το οποίο σημαίνει ότι τα δυο τρίτα των νοσοκομείων σημείωναν κέρδος) και το 18% των ιδρυμάτων είχε ανεπαρκή ταμειακή ρευστότητα. Συνήθως, τα μεγαλύτερα νοσοκομεία ανταπεξέρχονται καλύτερα, ιδίως αυτά που κάνουν

τις κατάλληλες επενδύσεις σε τεχνολογία και υποδομές.

Αυτή η εύθραυστη ή ακόμα και ελλειμματική κατάσταση του προϋπολογισμού πολλών νοσοκομείων, δεν είναι κάτι καινούργιο. Είναι στενά συνυφασμένη με τα μέτρα εξοικονόμησης που σχετίζονται με μη παραγωγικές κρατικές δαπάνες, αλλά και με μια αύξηση στις κοινωνικές ανάγκες για περίθαλψη. Η αύξηση αυτή, με τη σειρά της, μπορεί να αποδοθεί από τη μία σε δημογραφικές αλλαγές (νέες ασθένειες και νέες ανάγκες που σχετίζονται με τη γήρανση και τις χρόνιες παθήσεις) και από την άλλη σε καινοτομίες στην ιατρική τεχνολογία και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Μπροστά σε αυτήν τη συνθήκη, το 2015 η Ομοσπονδιακή Υπουργός Δημόσιας Υγείας⁷ παρουσίασε ένα σχέδιο μεταρρύθμισης. Στόχος του σχεδίου αυτού ήταν να κάνει την περίθαλψη πιο αποδοτική, ικανή δηλαδή, να «δημιουργήσει περισσότερη αξία με τον διαθέσιμο προϋπολογισμό»⁸, ανοίγοντας τον δρόμο για μια «φροντίδα βασισμένη στην υπολογιζόμενη αξία» ή «αμοιβή επί τη αποδόσει». Οι τρεις βασικοί πυλώνες του σχεδίου αυτού ήταν:

- Συγκεντροποίηση της παροχής φροντίδας, προωθώντας την αναδιοργάνωση του υγειονομικού χάρτη σε δίκτυα. Στα δίκτυα αυτά, η θέση και ο ρόλος του κάθε νοσοκομείου είναι καθορισμένοι (πρωτοβάθμια περίθαλψη, δευτεροβάθμια νοσοκομεία, νοσοκομεία αναφοράς και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, συνερ-

6 Για το έτος 2017, η μελέτη Maha εμφανίζει 95.000 Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης (ΙΠΑ) σε γενικά νοσοκομεία. Το παραϊατρικό προσωπικό (νοσηλεύτριες, τραυματιοφορείς και βοηθητικό προσωπικό) αντιπροσωπεύουν λίγο περισσότερο από το μισό (51,1%) για περίπου 3 εκατομμύρια περιστατικά τον χρόνο, καθ' όλη την περίοδο 2018-2019. Οι γιατροί αντιπροσωπεύουν μόνο το 5% των μισθών, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό γιατρών διατηρεί μια σχέση εργασίας βασισμένη στην ανεξάρτητη παροχή υπηρεσιών. Πηγή: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/evolution-de-l-emploi-dans-le-secteur-des-hopitaux-generaux>

7 ΣτΜ. Πρόκειται για τη γιατρό και φιλελεύθερη πολιτικό Maggie Celine Louise De Block, η οποία διετέλεσε υπουργός Υγείας του Βελγίου στην κυβέρνηση Michel για την περίοδο 2014-2020.

8 Πηγή: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf

γαζόμενα ιατρικά κέντρα). Για παράδειγμα, οι ακριβές τεχνολογίες θα κατανέμονται στο εσωτερικό ενός δικτύου, και όχι σε πολλά διαφορετικά νοσοκομεία.

- Ανακατανομή των διαθέσιμων κλινών και της προσφερόμενης φροντίδας: μείωση των κλινών για τα οξέα περιστατικά και επαναπροσδιορισμός τους ως κλίνες χρόνιων ασθενών. Παράλληλη ελάττωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

- Καθολική κοστολόγηση της φροντίδας με βάση κλειστά νοσήλια, αντί για χρέωση ανάλογα με την κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό οδηγεί σε αύξηση του όγκου της παρεχόμενης περίθαλψης (ειδικά για ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις) προκειμένου να αυξηθεί και ο όγκος των εισπραχθέντων τελών. Το 2019, καθορίστηκε ενιαίο σταθερό ποσό αποζημίωσης ανά παθολογία και τεχνική για 57 ομαδοποιημένες ιατρικές πράξεις μικρής διαφοροποίησης (απλή περίθαλψη που δεν διαφέρει πολύ από τη μία ασθενή στην άλλη), ανεξάρτητα από την πραγματική διαδικασία που ακολουθείται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Όλα τα νοσοκομεία έχασαν χρήματα και κλήθηκαν να προσαρμόσουν τον τρόπο κοστολόγησής τους.

Το 2013, νωρίτερα από την υπουργική μεταρρύθμιση, ως «ενημερωμένος» διαχειριστής των δημόσιων δαπανών, η Mutualité Chrétienne έγραφε:

«Διάφοροι παράγοντες ενθαρρύνουν τα νοσοκομεία να συνεργάζονται περισσότερο. Η ιατρική τεχνολογία, η οποία γίνεται όλο και πιο

αποδοτική, γίνεται επίσης πιο ακριβή, παρόλο που ο προϋπολογισμός είναι περιορισμένος. Επιπλέον, οι αρχές ορίζουν ελάχιστο μέγεθος ή πρότυπα δραστηριότητας για ορισμένες υπηρεσίες ή προγράμματα φροντίδας. Σε αυτό το πλαίσιο, η συνεργασία οδηγεί σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Επιπρόσθετα, η ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων συμβάλλει στην αποφυγή διπλών εξετάσεων, οι οποίες είναι δυσάρεστες ή ακόμη και επιβλαβείς για τον ασθενή και επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό της κοινωνικής ασφάλισης. Για να ενθαρρύνουν τη μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ νοσοκομείων, οι αρχές αναγνωρίζουν τρεις μορφές συνεργασίας: ομαδοποίηση, ένωση και συγχώνευση. Παράλληλα, υποστηρίζουν ορισμένες μορφές ηλεκτρονικής ανταλλαγής δεδομένων»⁹.

⁹ Πηγή: https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf





Γαλλία: οι συμφωνίες της «Ségur de la santé»¹⁰

Η αναδιάρθρωση του γαλλικού συστήματος υγείας αποτελεί μια συνεχιζόμενη διαδικασία για τις διάφορες κυβερνήσεις που διαδέχθηκαν η μια την άλλη, τα τελευταία 40 χρόνια. Η υγειονομική κρίση που δημιουργήθηκε από τον κορονοϊό έδωσε ώθηση στις προσπάθειες της τρέχουσας κυβέρνησης να μεταρρυθμίσει τα νοσοκομεία, την οργάνωση καθώς και τη χρηματοδότησή τους. Στη Γαλλία, όπως και αλλού, ο απώτερος σκοπός είναι ο ίδιος: η μετατροπή των μη κερδοφόρων υπηρεσιών –ή αυτών που δεν είναι όσο κερδοφόρες θα έπρεπε– σε παραγωγικές, ακόμα και αν οι επιμέρους λεπτομέρειες διαφέρουν από χώρα σε χώρα.

Η κυβέρνηση έχει προβεί σε ορισμένες παραχωρήσεις προς το υγειονομικό προσωπικό. Ωστόσο, οι παραχωρήσεις αυτές δεν θέτουν υπό αμφισβήτηση την επιδιωκόμενη αναδιάρθρωση της υγείας. Αυτή θα πραγματοποιηθεί με άλλους ρυθμούς και διαφορετικές προτεραιότητες, χωρίς όμως να αποκλίνει από τον στόχο της: *«Να κατορθώσουμε να προσαρμόσουμε το εργατικό δυναμικό και τον παραγωγικό μηχανισμό στις ανάγκες της αγοράς, αυτός είναι ο βασικός στό-*

10 Από το όνομα του δρόμου στον οποίο βρίσκεται μία από τις εισόδους του Υπουργείου Υγείας. Η διαβούλευση της Ségur de la santé ξεκίνησε στις 25 Μαΐου του 2020 και διήρκηση επτά εβδομάδες, με συντονίστρια την πρώην Γενική Γραμματέα του CFDT (ενός από τα μεγαλύτερα γαλλικά συνδικάτα), Nicole Notat. Οι διαπραγματεύσεις κατέληξαν σε συμφωνία στις 13 Ιουλίου, με υπογραφές και από τα τρία μεγάλα εργατικά συνδικάτα που συμμετείχαν (CFDT, FO και UNSA). Η συμφωνία αφορούσε τους μισθούς, τις προσλήψεις και τις συνθήκες εργασίας. Το συνολικό πακέτο χρηματοδότησης που ανακοινώθηκε έφτανε τα 8,2 δισεκατομμύρια ευρώ και συμπεριλάμβανε 7,6 δισεκατομμύρια για μη ιατρικό προσωπικό. Έκτοτε, η κυβέρνηση έχει καταθέσει διάφορες προτάσεις για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας. Συμπληρωματικά, τριάντα τρία επιπλέον νέα μέτρα ανακοινώθηκαν στις 21 Ιουλίου. Πηγή: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

χος της αναδιάρθρωσης»¹¹.

Το περιεχόμενο της αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας

Η πρότερη κατάσταση

- Πρώτα από όλα, οι μισθοί: οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες πληρώνονται 1.500 ευρώ μηνιαία ανά μήνα στην αρχή της καριέρας τους, έναν από τους χαμηλότερους μισθούς ανάμεσα στις χώρες-μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD). Σύμφωνα με τα συνδικάτα, η διαφορά από τον μέσο όρο είναι περίπου 300 ευρώ το μήνα.

- Έπειτα, η υποστελέχωση: τα νοσοκομεία δυσκολεύονται να προσλάβουν, αλλά και να διατηρήσουν το προσωπικό τους, λόγω των συνθηκών εργασίας. *«Η κυριότερη ιατρική έρημος στη Γαλλία είναι το νοσοκομείο: σχεδόν το 30% των θέσεων παραμένουν κενές»* (Frédéric Valletoux, πρόεδρος της Γαλλικής Νοσοκομειακής Ομοσπονδίας)¹². Μεταξύ των νοσηλευτών, *«30% των νεοεισαχθέντων στον τομέα εγκαταλείπουν το επάγγελμα εντός πέντε χρόνων»* (Thierry Amouroux, εκπρόσωπος τύπου του SNPI - Εθνικού Συνδικάτου Επαγγελματιών Νοσηλευτικής)¹³.

11 Βλ. το Γράμμα αρ.46: "SNCF: A balance sheet of the defeat of a conservative strike": <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20ENvF.pdf>

12 Πηγή: <https://www.lejdd.fr/Societe/le-president-de-la-federation-hospitaliere-de-france-il-faut-replacer-lhumain-au-coeur-du-systeme-3970271>

13 Πηγή: https://www.bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres_AN-202007130218.html

- Γενικότερα, η υποβάθμιση των συνθηκών εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία οδήγησε στην έκφραση μιας διπλής απώλειας: την εξασθένηση του συναισθήματος της συνεργασίας και της ομαδικής δουλειάς αλλά και την έκλειψη της έννοιας του «συλλογικού εργάτη». Οι επιπτώσεις του νόμου περί Νοσοκομείων, Ασθενών, Υγείας και Περιοχών (νόμος HPST) του 2009¹⁴ τίθενται επίσης υπό αμφισβήτηση όσον αφορά, για παράδειγμα, τα μοντέλα διακυβέρνησης.

- Σε διάστημα 20 χρόνων, σχεδόν 100.000 κλίνες έχουν χαθεί από τις κλινικές και τα νοσοκομεία, –εκ των οποίων 4.700 κλίνες έκλεισαν μεταξύ 2017 και 2020– σε ολόκληρη τη Γαλλία και 12.000 στην περιοχή του Παρισιού, μεταξύ 1992 και 2020.

- Τέλος, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Η κοστολόγηση βάσει δραστηριοτήτων (*Tarification à l'activité -T2A*), που θεσπίστηκε το 2003, καθορίζει τους πόρους των νοσοκομείων με βάση τις παρεχόμενες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις. Κατηγορείται συχνά πως προωθεί τον «αγώνα για ποσότητα», δημιουργώντας μη βιώσιμο κόστος για το κράτος. Ταυτόχρονα, το συνολικό χρέος των νοσοκομείων, σήμερα κοντά στα 30 δισεκατομμύρια ευρώ, αποτελεί το αντικείμενο πολλών συζητήσεων μεταξύ της κυβέρνησης και των νοσοκομειακών ομοσπονδιών.

Το περιεχόμενο της συμφωνίας Ségur

Άξονας Πρώτος: Αυξήσεις Μισθών

- Οι αυξήσεις των μισθών θα γίνουν σε δύο στάδια: την 1^η Σεπτεμβρίου 2020 και την 1^η Μαρτίου 2021. Στο πρώτο στάδιο η αύξηση θα είναι του μεγέθους των 90 ευρώ προ φόρων (24 μονάδες), ενώ στο δεύτερο η αύξηση θα φτάνει τα 93 ευρώ (25 μονάδες).

- Οι εργαζόμενοι/ες των οποίων οι μισθοί δεν συνδέονται με δείκτες παραγωγικότητας, θα δουν επίσης αυξήσεις κατά τα ίδια ποσά.

- Αναθεώρηση των μισθολογικών κλιμακίων: μεγαλύτερες αποδοχές για τις ομάδες των βαθμίδων Β και Α• μετακίνηση στη βαθμίδα Β των βοηθών νοσηλευτικής και των βοηθών φροντίδας παιδιών• ενσωμάτωση των νοσηλευτικών ομάδων (νοσηλεύτες γενικής περίθαλψης, εξειδικευμένες νοσηλεύτριες, παραιίατρικοί επαγγελματίες υγείας, τελειόφοιτοι νοσοκόμοι σε πρακτική) στη βαθμίδα Α.

Άξονας Δεύτερος: Οργάνωση εργασίας

- Επιτρέπεται μια διαφοροποίηση της οργάνωσης εργασίας που παραχωρείται πλέον στο προσωπικό περίθαλψης (δραστηριότητες μόνο κατά τη διάρκεια του πρωινού ωραρίου, προγράμματα εργασίας χωρίς σαββατοκύριακο). Πιλοτικά προγράμματα θα αναπτυχθούν ανά νοσοκομειακή εγκατάσταση, ώστε ο σχεδιασμός και η κατάρτιση των προγραμμάτων να γίνεται από εκπροσώπους των εργαζομένων σε «συνθήκες πλήρους αυτονομίας», με απλή επικύρωση από τη διεύθυνση.

¹⁴ Νόμος Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) βλ: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>

- Μελέτες Επιπτώσεων θα διεξάγονται από τοπικές υπηρεσίες υγείας με συμμετοχή των διοικήσεων των νοσοκομείων, σχετικά με την κατάσταση του προσωπικού (κενές θέσεις εργασίας, απουσίες, περιστασιακή εργασία, ανάγκες κατάρτισης σε συμφωνία με τις απαιτήσεις και τη δομή των δραστηριοτήτων).

- Επίσης, συστηματοποιούνται οι επαγγελματικές συσκέψεις και οι επιστημονικές συζητήσεις του προσωπικού, επικυρώνεται ότι οι χρόνοι μεταφοράς μεταξύ ομάδων θα υπολογίζονται ως χρόνοι εργασίας και θεσπίζονται εργαλεία για την ανάπτυξη συλλογικών πρακτικών. Ενισχύονται οι διαπραγματεύσεις σε τοπικό επίπεδο (σε αντίθεση με αυτές που διεξάγονται σε εθνικό επίπεδο), πάντοτε στο πλαίσιο της ιεραρχίας των κανόνων και το γενικού καθεστώτος λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών.

Συμφωνία για νοσοκομειακούς γιατρούς

- Ανακοινώνεται δέσμη δεκαέξι νέων μέτρων με συνολική διάθεση 450 εκατομμυρίων ευρώ. Το επίδομα εφημερίας είναι σήμερα 490 ευρώ ακαθάριστα το μήνα για ένα πλήρες ωράριο και θα αυξηθεί σε 700 ευρώ για προϋπηρεσία δεκαπέντε ετών και άνω. Θα ανέλθει σε 1.010 ευρώ για όλους τους επιλέξιμους γενικούς ιατρούς, με πρώτο στάδιο τον Σεπτέμβριο του 2020 και ένα δεύτερο τον Μάρτιο του 2021.

- Παράλληλα, προγραμματίζεται μία αναθεώρηση των μισθολογικών κλιμάκων την 1^η Ιανουαρίου 2021, με τη συγχώνευση των τριών υπαρχόντων επιπέδων και τη δημιουργία τριών επιπλέον επιπέδων για την πρόωρη συνταξιο-

δότηση: θα διατεθούν 100 εκατομμύρια ευρώ.

- Οι ειδικευόμενοι/ες, δηλαδή, οι μελλοντικοί/ες γιατροί που απασχολούνται στο νοσοκομείο στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους, θα ευνοηθούν με τη διάθεση 124 εκατομμυρίων ευρώ, ενώ τα μέτρα αποσκοπούν στη διασφάλιση «μεγαλύτερου σεβασμού του χρόνου εργασίας».

Συμπληρωματικά μέτρα από τις 21 Ιουλίου¹⁵

- Δημιουργία 4.000 κλινών για την αντιμετώπιση εποχιακών αυξημένων αναγκών (50 εκατομμύρια ευρώ) από την υπογραφή της συμφωνίας έως τον Δεκέμβριο του 2020.

- Επένδυση 19 δισεκατομμυρίων ευρώ, συμπεριλαμβανομένων 13 δισεκατομμυρίων για νοσοκομειακά χρέη• 2,1 δισεκατομμύρια ευρώ για 5 χρόνια για τα EHPAD (σπίτια για ηλικιωμένους) όλων των κατηγοριών• 2,5 δισεκατομμύρια ευρώ για προγράμματα νοσοκομείων με προτεραιότητα ειδικού σκοπού (για τη σύνδεση της κοινωνίας με τη νοσοκομειακή ιατρική)• 1,4 δισεκατομμύρια ευρώ για επενδύσεις στην ψηφιακή τεχνολογία.

- Άμβλυνση των επιπτώσεων του νόμου HPST του 2009¹⁶, ιδίως με τη δημιουργία συμμετοχικών μορφών διακυβέρνησης στα νοσοκομεία.

- Πειραματισμός με μικτά μοντέλα χρηματοδότησης.

15 Βλ. "Trente-trois mesures pour réformer le système de santé", Le Monde, 23 July 2020: https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/22/investissement-financement-gouvernance-les-conclusions-du-dernier-acte-du-segur-de-la-sante_6046892_3224.html

16 ΣτΜ. Βλ. και υποσημείωση 58.

Περίληψη της αναδιάρθρωσης που βρίσκεται σε εξέλιξη

Για τα εισοδήματα των εργαζομένων, η αύξηση (σε δύο στάδια) των 183 ευρώ είναι σημαντική, ακόμα κι αν δεν ανταποκρίνεται στην απαίτηση για 300 ευρώ για όλους που διατυπώθηκε από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, όπως στις διαδηλώσεις της 16^{ης} Ιουνίου 2020. Οι προαγωγές σε ανώτερα μισθολογικά κλιμάκια, όπως αυτά είναι καθορισμένα για τον Δημόσιο Νοσοκομειακό Τομέα, 563.000 βοηθών νοσηλευτικής (από τη βαθμίδα Γ στη Β βαθμίδα) και 210.000 νοσηλευτών (από τη Β στην Α), από το σύνολο των 1.173.000 υπάλληλων που απασχολούνται στον Δημόσιο Νοσοκομειακό Τομέα, μεταφράζονται επίσης βραχυπρόθεσμα σε μισθολογικές αυξήσεις και, μεσοπρόθεσμα, σε ταχύτερη εξέλιξη της καριέρας τους και καλύτερα μπόνους. Μακροπρόθεσμα, οδηγούν και σε καλύτερες συντάξεις (με τα τωρινά δεδομένα).

Πρόκειται για μισθολογική αύξηση κατά περίπου 10% σε μια περίοδο χαμηλού πληθωρισμού. Για να φανεί η διαφορά, το αντίστοιχο ποσοστό που κερδήθηκε τον Μάιο-Ιούνιο του 1968, έλαβε χώρα σε μια εποχή υψηλού πληθωρισμού¹⁷. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε τους εργαζόμενους που αποκλείστηκαν: 370.000 εργαζόμενες που αποτελούν το 18,2 % του κλάδου και απασχολούνται σε εργολαβίες ή πρόκειται για προσωρινούς εργαζόμενους και έκτακτο προσωπικό, καθώς και 58.000 που ταξινομούνται ως «διάφοροι» και αντιπροσωπεύουν το 7,1% του συνόλου των υπαλλήλων στον τομέα. Αυτό ενισχύει τη διαίρεση μεταξύ των «μόνιμων» και των επισφαλών εργαζομένων του νοσοκομείου. Αυτή είναι μια

στρατηγική που εφαρμόζεται εδώ και πολύ καιρό σε άλλες καπιταλιστικές επιχειρήσεις του δημοσίου όπως το Ταχυδρομείο ή η Εταιρία Σιδηροδρόμων. Αυτές οι παραχωρήσεις από το κράτος δεν θα είναι χωρίς επιπτώσεις για τις συνθήκες εργασίας στον χώρο της υγείας.

Η αύξηση της ευελιξίας του προσωπικού και της κινητικότητάς του μεταξύ των υπηρεσιών (με σεβασμό πάντα στους υγειονομικούς κανονισμούς), η βελτιστοποίηση των επενδύσεων και ο καλύτερος έλεγχος των μισθών, θα επιτευχθούν μόνο με τη «χαλάρωση» των κανονισμών λειτουργίας των δημοσίων υπαλλήλων. Όλα αυτά ταυτόχρονα με την εμπειρία της COVID-19, η οποία τείνει να μετατρέψει τα νοσοκομεία σε στρατιωτικά νοσοκομεία, επιβάλλοντας μια μορφή «ιατρικής σε καιρό πολέμου»¹⁸. Απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή λειτουργία των «πολεμικών νοσοκομείων» είναι η παρουσία, σε επαρκή αριθμό, εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού το οποίο να είναι ευέλικτο και ευπροσάρμοστο, να μπορεί να λειτουργήσει σε εφήμερες δομές περίθαλψης, που με τη σειρά τους είναι εφήμερες, κινητές και προσαρμόσιμες στις ανάγκες της στιγμής. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο, ένας βασικός στόχος της μεταρρύθμισης του γαλλικού νοσοκομειακού συστήματος είναι η απαίτηση από το προσωπικό για μεγαλύτερη ελαστικότητα, κινητικότητα, πολυλειτουργικότητα και ευελιξία, ως αντιστάθμισμα στην αύξηση του μισθού και στην ταχύτερη ανέλιξη.

Η COVID-19 αποτελεί μία φυσική δοκιμασία της αναδιάρθρωσης ορισμένων υπηρεσιών, οι οποίες δεν μπορούν να εγκαταλειφθούν αλλά εντούτοις παραμένουν ιδιαίτερα δαπανηρές και ελάχιστα –ή συχνά

¹⁷ Τα νούμερα υπάρχουν στην ετήσια αναφορά για τον δημόσιο τομέα του 2019. Βλ: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports/rapports_annuels/2019/Rapport_annuel_FP-2019.pdf

¹⁸ Για ένα παράδειγμα, αυτό του Mulhouse, που τέθηκε σε εφαρμογή κατά τη διάρκεια της κρίσης COVID-19, βλ: https://www.huffingtonpost.fr/entry/voila-a-quoi-ressemble-lhopital-de-campagne-de-mulhouse_fr_5e7a4f3ac5b63c3b64984943

καθόλου– προσοδοφόρες, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Η εμπειρία του λεγόμενου πρώτου κύματος της COVID-19 βρήκε αυτές τις υπηρεσίες σε πλήρη κατάρρευση από την αθρόα εισροή ασθενών, εν μέρει λόγω έλλειψης κλινών, αλλά και λόγω έλλειψης προσωπικού, και ιδίως του προσωπικού που έχει εκπαιδευτεί για να αντιμετωπίσει αντίστοιχες υγειονομικές κρίσεις. Στις μονάδες εντατικής θεραπείας, κάθε κατειλημμένο κρεβάτι, δεσμεύει κατά μέσο όρο οκτώ υγειονομικούς υπαλλήλους. Εξαιτίας των πρώτων μαθημάτων που πήραμε από την καταστροφική αντιμετώπιση της επιδημίας την άνοιξη, φαίνεται να αναδύονται νέες μέθοδοι¹⁹, λιγότερο «απαιτητικές» σε προσωπικό, επειδή βασίζονται σε ταχύτερη εναλλαγή και αυξημένη προσαρμοστικότητα του εξειδικευμένου προσωπικού. Έτσι, μπορεί κανείς να διαχειριστεί μεγαλύτερους αριθμούς, με χαμηλότερο κόστος.

Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές και τις γιατρούς του νοσοκομείου, άλλα επαγγέλματα δεν έχουν ακόμη επωφεληθεί από μία βελτίωση των συμβάσεων εργασίας τους. Μπορούμε να αναφέρουμε διαιτολόγους, βοηθούς φαρμακείων, τεχνικούς εργαστηρίων και, σε δεύτερο χρόνο, οδηγούς ασθενοφόρων και προσωπικό που απασχολείται στη γραμματειακή υποστήριξη. Από την άλλη, η Ségur λησμόνησε παντελώς δύο κατηγορίες χαμηλόμισθου προσωπικού, χωρίς τις οποίες δεν θα λειτουργούσαν τα δημόσια νοσοκομεία: τους φοιτητές και, κυρίως, τις ειδικευόμενες. Και αυτές είναι οι δύο κατηγορίες που θα σηκώσουν το βά-

ρος της πρόσθετης εργασίας που προκύπτει από την υποσχόμενη μείωση του έκτακτου προσωπικού. Αυτή η μείωση είναι, μέχρι ενός σημείου, απόλυτα συμβατή με τον στόχο της συμπίεσης των μισθών, υπό τον όρο ότι, οι εργασίες που μέχρι τώρα πραγματοποιούνταν από εργαζόμενους με προσωρινές συμβάσεις, θα εκτελούνται πλέον από προσωπικό με χαμηλότερο κόστος, όπως ειδικευόμενοι, ασκούμενες νοσηλεύτριες και πρακτικάριοι. Οι ανωτέρω εξυπηρετούν όσο θα συνεχίζουν να λειτουργούν ως μια σχεδιασμένη και ρυθμιζόμενη μεταβλητή για το νοσοκομείο, παρέχοντας ειδικευμένη εργασία με πολύ χαμηλό κόστος και με χρονοδιαγράμματα που μπορούν να επεκταθούν κατά βούληση. Μαζί με τις νοσηλεύτριες, οι ασκούμενες κινητοποιήθηκαν μαζικά για το «πρώτο κύμα». Απομένει να δούμε κατά πόσο θα είναι πρόθυμες να εργαστούν υπό τις ίδιες συνθήκες χωρίς να αντιδράσουν, εάν και όταν υπάρξει δεύτερο σοκ σε παρόμοια κλίμακα.

Ο εκσυγχρονισμός της οργάνωσης του νοσοκομείου

Για να μετατραπεί το νοσοκομείο σε επιχείρηση, το πρώτο στάδιο είναι η μεταφορά της λήψης αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο· ο διοικητής του νοσοκομείου γίνεται αυτόματα επικεφαλής της εταιρείας:

1) Για διαπραγματεύσεις σχετικά με τους μισθούς, τις συνθήκες εργασίας και τις επενδύσεις. Η διαιτησία σχετικά με τις επενδύσεις συμβαίνει στο επίπεδο των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας²⁰ (όταν το ποσό υπερβαίνει τα 100 εκατομμύρια ευρώ) αλλά τα κριτήριά τους (τα οποία δεν καθορίζονται στη Ségur) θα είναι στόχοι αποδοτικότητας.

19 Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας, όπου αυτό είναι δυνατό. Αυτές οι υπηρεσίες εντατικής θεραπείας λειτουργούν με μικρότερες δομές και λιγότερο προσωπικό και επιστρατεύτηκαν μετά το πρώτο κύμα της COVID-19, όπου οι οργανωτές πήραν μαθήματα από τον κορεσμό των θαλάμων εντατικής θεραπείας και αναγκάστηκαν να εισάγουν νέες μεθόδους θεραπείας. Η καινούρια αυτή οργάνωση και οι νέες θεραπείες που εφαρμόζονται στους ασθενείς, επιτρέπουν την αποφυγή, σε κάποιον βαθμό, του σταδίου της διασωλήνωσης και έτσι αποσυμφορούν τις κλασικές μονάδες εντατικής θεραπείας. Χρειάζονται επίσης λιγότερο ειδικά καταρτισμένο προσωπικό ανά νοσηλευόμενο ασθενή.

20 ΣτΜ. Agence Régionale de Santé – ARS.

2) Για την οργάνωση της εργασίας, σε επίπεδο ομάδας, καθώς και για μεμονωμένους μισθούς. Το εξατομικευμένο μέρος του μισθού θα αυξηθεί (συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των υπερωριών). Η εργασιακή σταδιοδρομία θα είναι, επίσης, πιο εξατομικευμένη. Η «επαναδιοποίηση» της ομαδικής εργασίας θα περιλαμβάνει ανταγωνισμό μεταξύ διαφορετικών ομάδων στο ίδιο νοσοκομείο, με τον ίδιο τρόπο που θα αυξηθεί και ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων με σκοπό την προσέλκυση πιο ειδικευμένου προσωπικού.

Αυτό θα διευκολύνει τον εξορθολογισμό της χωροταξικής κατανομής των νοσοκομείων και λοιπών υπηρεσιών αλλά θα επιτρέψει επίσης, σε κάθε νοσοκομειακή δομή, την προσωρινή –ή όχι και τόσο προσωρινή– μεταφορά προσωπικού από μία υπηρεσία σε άλλη και, σε κάποιον βαθμό, από μία ειδικότητα σε άλλη. Η μείωση του αριθμού των κλινών θα συνεχιστεί, αλλά θα οργανωθεί βάσει κριτηρίων που τυποποιούνται για ολόκληρη την επικράτεια. Εν τω μεταξύ, η κυβέρνηση έχει ανακοινώσει την προσωρινή αναστολή των υφιστάμενων σχεδίων κλεισίματος νοσοκομείων, όπως για το Πανεπιστημιακό Νοσοκομειακό Κέντρο της Nancy, κάτι που δεν σημαίνει, όμως, ότι πρόκειται να σταματήσουν οριστικά²¹.

«Η υγεία δεν έχει τιμή. Η κυβέρνηση θα κινητοποιήσει όλα τα χρηματοδοτικά μέσα που είναι απαραίτητα για την παροχή βοήθειας, για τη φροντίδα των αρρώστων, για να σώσουμε ζωές. Δεν έχει σημασία το κόστος». «Πρέπει να μάθουμε το μάθημά μας» και «να αμφισβητήσουμε το μοντέλο ανάπτυξης στην οποία έχει δεσμευτεί ο κόσμος μας τις τελευταίες δεκαετίες», δήλωσε ο Εμμανουέλ Μακρόν στις 18

21 Βλ.: https://actu.fr/grand-est/nancy_54395/le-plan-de-suppression-de-600-postes-au-chru-de-nancy-est-toujours-prevu_34418388.html

Μαΐου 2020²². Λόγια που δεν ξεγελούν κανέναν και σίγουρα όχι τις εργαζόμενες στον τομέα της υγείας.

Το ακριβές χρονοδιάγραμμα για την εφαρμογή της Ségur δεν είναι καθορισμένο. Πολλά στοιχεία της μεταρρύθμισης παραμένουν ακαθόριστα. Η μεγαλύτερη δυνατή επαγρύπνηση και η διαρκής κινητοποίηση των εργαζομένων στο νοσοκομείο είναι αναγκαία περισσότερο από ποτέ, όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν τα σχέδια εντατικοποίησης και ελαστικοποίησης της εργασίας, αλλά και για να πολεμήσουν μέχρι το τέλος, ενάντια σε κάθε νέο μέτρο που θα χειροτερέψει τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία ακόμη περισσότερο.

Ήδη, αντιμετώπιση με το δεύτερο κύμα του κορονοϊού, αντιμετώπιση με τις παραιτήσεις του προσωπικού που αρνείται να δει την κατάστασή του να επιδεινώνεται²³ και να αποδεχτεί τη στρατιωτικοποίηση της εργασίας²⁴, η κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι θα επισπεύσει το δεύτερο στάδιο αύξησης των μισθών (93 ευρώ), από την 1^η Μαρτίου 2021 που ήταν η προγραμματισμένη ημερομηνία καταβολής, έως πριν την 31^η Δεκεμβρίου 2020²⁵.

22 Βλ.: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/quoi-qu-il-en-coute-emmanuel-macron-lance-un-appel-general-a-la-mobilisation-contre-le-coronavirus_3863731.html

23 Για παράδειγμα, οι 900 πρόσθετες προσλήψεις για την περιοχή του Παρισιού δεν είναι πλέον αρκετές, επειδή στο μεταξύ παραιτήθηκαν 450 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας στο Παρίσι, έχοντας απαυδήσει από τις αφόρητες συνθήκες εργασίας και την εξαπάτηση σχετικά με τους μισθούς τους.

24 Η Περιφέρεια του Παρισιού ανέβαλε ή κατήργησε τις διακοπές της Ημέρας των Αγίων Πάντων για τους υγειονομικούς.

25 Πηγή: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-deuxieme-hausse-des-salaires-pour-le-personnel-hospitalier-sera-finalement-versee-avant-la-fin-de-l-annee-annonce-jean-castex_4142941.html

Ενημερωτικό Υλικό

Έχουμε διανείμει δύο προκηρύξεις σχετικά με την κατάσταση στην υγεία, η πρώτη στο Βέλγιο²⁶, η δεύτερη στη Γαλλία²⁷.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κοριά Μπενζαμέν, *Ο Εργάτης και το Χρονόμετρο: Τειλορισμός – Φορντισμός και μαζική παραγωγή*, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις, 1985.

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris 2019.

Μαρξ, Κ., *Το Κεφάλαιο*, Τόμος Πρώτος, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1978.

Μαρξ, Κ., *Το Κεφάλαιο*, Τόμος Δεύτερος, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1979.

Καρλ Μαρξ και Φρίντριχ Ένγκελς, *Μανιφέστο του Κομμουνιστικού Κόμματος*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1984.

Μαρξ, Κ., *Μισθωτή Εργασία και Κεφάλαιο*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 2010.

Nicolas Tanti-Hardouin, *L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle*, Les études de la documentation française, Paris 1996.

Stéphane Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie. - Le langage comme symptôme*, Gallimard, 2020.

26 Βλ.: <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR200912%20Sante%C3%AC%20vGEN.pdf>

27 Βλ.: <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR201014%20Sante%20vF%20EN.pdf>



