

Η ΥΓΕΙΑ - ΠΡΟΝΟΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ. Η ΠΡΩΤΗ ΣΟΣΙΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΚΟΜΕΠ Τεύχος: 2006 Τεύχος 3

της Μαρίας Λαμπρινού

Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑ

Η υγεία του ανθρώπου αποτελεί μία από τις θεμελιακές προϋποθέσεις για την αναπαραγωγή και την εξέλιξη της κοινωνίας. Ως τέτοια προϋπόθεση, συνδέεται και εξαρτάται από την οικονομική βάση της συγκεκριμένης, ταξικά διαρθρωμένης κοινωνίας, δηλαδή από τις σχέσεις παραγωγής και ιδιαίτερα τις σχέσεις ιδιοκτησίας. Επομένως, η υγεία έχει κοινωνικό χαρακτήρα, αλλά η πολιτική παροχής υπηρεσιών υγείας έχει ταξικό περιεχόμενο.

Στον πιο αναπτυγμένο εκμεταλλευτικό κοινωνικοοικονομικό σχηματισμό, τον καπιταλισμό, ο κοινωνικός χαρακτήρας της φροντίδας για την υγεία έρχεται σε σύγκρουση με το θεμελιώδη νόμο λειτουργίας του, την εμπορευματοποίηση της εργατικής δύναμης, δηλαδή του συνόλου των βιολογικών και πνευματικών ικανοτήτων του ανθρώπου που ξοδεύονται στην παραγωγική διαδικασία.

Η αντίφαση αυτή μπορεί να λυθεί μόνο με την άρση της αντίθεσης μεταξύ του κοινωνικού χαρακτήρα της παραγωγής και της ατομικής ιδιοκτησίας στα μέσα παραγωγής, με την κοινωνικοποίησή τους.

Στο καπιταλιστικό σύστημα η υγεία αντιμετωπίζεται από τη σκοπιά της διαμόρφωσης και ανάπτυξης των συνθηκών αναπαραγωγής των ταξικών σχέσεων εκμετάλλευσης, επομένως και ως παράγοντας που συμβάλλει στην κερδοφορία του κεφαλαίου.

Αλλωστε οι σχέσεις παραγωγής αποτελούν τον κύριο βλαπτικό παράγοντα της υγείας της εργατικής τάξης και των άλλων λαϊκών στρωμάτων. Βεβαίως μπορεί να τεθεί το ερώτημα: Οι καπιταλιστές δε θέλουν γερή εργατική δύναμη; Θέλουν. Αλλά το κυνήγι του κέρδους τους ωθεί, να ελαχιστοποιούν τους όρους για πλήρη αναπαραγωγή της - άρα και την υγεία για την εργατική τάξη. Είναι μια από τις αντιφάσεις του συστήματος. Ας παρακολουθήσουμε πώς το περιγράφει ο Μαρξ στο «Κεφάλαιο»: «Το κεφάλαιο όμως, που έχει τόσο «σοβαρούς λόγους» ν' αρνιέται τα βάσανα της εργατικής γενεάς που το περιβάλλει σήμερα, καθορίζεται τόσο λίγο στην πραχτική κίνησή του από την προοπτική του μελλοντικού σαπίσματος της ανθρωπότητας, δηλαδή σε τελευταία ανάλυση από το ασυγκράτητο ξεκλήρισμα του πληθυσμού, όσο και από την ενδεχόμενη πτώση της γης πάνω στον ήλιο... Γι' αυτό το λόγο το κεφάλαιο είναι ανελέητο απέναντι στην υγεία και στη διάρκεια ζωής του εργάτη, παντού όπου δεν το υποχρεώνει η κοινωνία να τις υπολογίζει». Και σε υποσημείωση αναφέρει: «Μ' όλο που η υγεία του πληθυσμού είναι ένα σπουδαίο στοιχείο του εθνικού κεφαλαίου φοβούμαστε ότι θα υποχρεωθούμε να ομολογήσουμε πως οι κεφαλαιοκράτες δεν είναι καθόλου διατεθειμένοι να διατηρήσουν αυτόν το θησαυρό και να εκτιμήσουν την αξία του... Τους εργοστασιάρχες τους εξανάγκασαν να παίρνουν υπόψη την υγεία των εργατών»[1]. Άρα, το ζήτημα της υγείας για την εργατική τάξη υπόκειται στους νόμους της ταξικής πάλης.

Οι νομοτέλειες του καπιταλισμού αποτρέπουν την ολόπλευρη ισορροπία του ανθρώπου, την προαγωγή και πλέρια προστασία της υγείας του. Βεβαίως η πολιτική διαχείριση του συστήματος ενδιαφέρεται για την αναπαραγωγή του, επομένως και για ορισμένου επιπέδου αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται κάποιο οργανωμένο σύστημα υγείας.

Ο καπιταλισμός ενδιαφέρεται μόνο για ένα ελάχιστο επίπεδο αναπαραγωγής της ικανότητας για εργασία, επομένως εξασφαλίζει μόνο ένα τέτοιο επίπεδο προϋποθέσεων φροντίδας για την υγεία της

εργατικής δύναμης. Αυτές δε οι προϋποθέσεις δεν εξασφαλίζονται όλες για ολόκληρη την εργατική τάξη, αφού σύμφυτο με τον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής είναι ο ανταγωνισμός, οι κρίσεις, η ανεργία κλπ.

Ετσι έχουμε την αντίθεση: Τη μέγιστη εκμετάλλευση της εργατικής δύναμης από τη μια και την ελάχιστη εξασφάλιση όλων αυτών που χρειάζεται για την αναπαραγωγή της, τη διατήρησή της και την αποκατάστασή της.

Αυτή η ελάχιστη παροχή στον καπιταλισμό δεν ταυτίζεται ποτέ με τις ανάγκες, αλλά και τις δυνατότητες που δημιουργεί η τεχνολογία και η επιστήμη, δηλαδή το αποτέλεσμα της συλλογικής δουλιάς των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα της κοινωνικής εργασίας, των επιστημονικών και τεχνολογικών επιτευγμάτων δε χρησιμοποιούνται για τη μαζική κάλυψη των λαϊκών αναγκών. Χρησιμοποιούνται κυρίως για τις ανάγκες της πλουτοκρατίας. Ακόμη και όταν καταφέρουν να τα χρησιμοποιήσουν σχετικά καλύτερα αμειβόμενες κατηγορίες εργαζομένων, προϋποθέτουν σκληρές θυσίες όλης της λαϊκής οικογένειας.

Ο καπιταλιστής, ο ίδιος ή μέσα από το κράτος και τα αστικά κόμματα, προβάλλει το επιχείρημα του «κόστους της εργασίας», του «κόστους της εργατικής δύναμης», κατ' επέκταση και το κόστος των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας. Όπως είναι γνωστό, η μισθοδοσία για την εργατική δύναμη στο καπιταλιστικό σύστημα εμφανίζεται ως κόστος, το οποίο πρέπει να κρατιέται χαμηλά, σε κλαδικό και εθνικό επίπεδο, για να ενισχύεται η καπιταλιστική ανταγωνιστικότητα. Η εργατική δύναμη όμως είναι αυτή που παράγει τον κοινωνικό πλούτο, που μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες και σε υπηρεσίες υγείας - πρόνοιας και μάλιστα τέτοιες που να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες, κάθε φορά, συνθήκες.

Η θεωρία του «κόστους» συνδέεται με την αντίληψη για ατομική ευθύνη του εργαζόμενου στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας υγείας. Αυτή η αστική ιδεολογική και πολιτική προσέγγιση αφορά και την ασφάλιση, τη στέγη, την παιδεία και άλλες ανάγκες εμπορευματοποιημένες. Γι' αυτό άλλωστε το αστικό κράτος ευνοεί την επιχειρηματική δράση στον τομέα της υγείας-πρόνοιας, την ιδιωτικοποίηση μεγάλου μέρους του δημόσιου τομέα, τη διασύνδεση δημόσιου-ιδιωτικού προς όφελος της κερδοφορίας.

Ποτέ και σε καμία καπιταλιστική χώρα το σύστημα υγείας-πρόνοιας δεν ήταν κοινωνικό - λαϊκό, αφού υπηρετούσε την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης για τις ανάγκες του κεφαλαίου. Δεν ήταν αποκλειστικά κρατικό με δωρεάν παροχές σε όλον τον πληθυσμό που να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του. Ακόμα και στις χώρες που εφάρμοσαν δημόσιο σύστημα υγείας (Μ. Βρετανία) ή μεικτό, δηλαδή δημόσιο και ασφαλιστικά ταμεία (Γερμανία, Γαλλία, Πορτογαλία, Ελλάδα), αφενός μεν λειτουργούσε παράλληλα και ιδιωτικός τομέας, αφετέρου δεν ήταν δωρεάν ο δημόσιος. Στο λεγόμενο δημόσιο σύστημα οι εργαζόμενοι πλήρωναν, μέσω αυξημένων φόρων και ασφαλιστικών εισφορών, το μεγαλύτερο μέρος για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Δεν ήταν καθολικό αφού η πρόσβαση στο σύστημα συνδεόταν με τον τύπο των εργασιακών σχέσεων και της εργασίας και όχι με το καθολικό κοινωνικό δικαίωμα.

ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ιστορικά στην Ελλάδα το σύστημα υγείας εξελίχτηκε ως εξής: Τα πρώτα αιτήματα που πρόβαλε επιτακτικά και δυναμικά η εργατική τάξη, από τα νεανικά της χρόνια, ήταν για καλύτερες συνθήκες δουλιάς, για παιδεία, ασφάλιση, σύνταξη και για παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το αστικό κράτος κάτω από την πάλη των εργαζομένων και θέλοντας να εξασφαλίσει σταθερό εργατικό δυναμικό, προς όφελος του κεφαλαίου, στα τέλη του 19ου αιώνα με αρχές του 20ού αιώνα, διεύρυνε το φάσμα των δραστηριοτήτων του και επωμίσθηκε το βάρος άσκησης ορισμένης κοινωνικής

πολιτικής.

Ετσι, το 1917 ιδρύθηκε στην Ελλάδα το Υπουργείο Περίθαλψης, που αργότερα χωρίστηκε σε Υγιεινής και Πρόνοιας, για να καταλήξει σήμερα -περνώντας από διάφορες μετονομασίες- σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Αρχικά η παροχή περίθαλψης γινόταν από φιλανθρωπικά ιδρύματα, που προέρχονταν από δωρητές- καπιταλιστές. Αργότερα και κυρίως με τη μεταπολεμική καπιταλιστική ανασυγκρότηση, ανέλαβε το αστικό κράτος την ευθύνη ίδρυσης νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Το κεφάλαιο δεν ενδιαφερόταν εκείνο το διάστημα για επενδύσεις στο χώρο αυτό, έβρισκε διέξοδο σε άλλους τομείς, όπως του φαρμάκου. Αυτό δε σήμαινε ότι το αστικό κράτος δε βοηθούσε και την ιδιωτική πρωτοβουλία να αναπτυχθεί σε επιχειρηματική βάση, κυρίως με την ίδρυση μικρών κλινικών.

Ακόμα και στα πλαίσια της διακηρυγμένης καθολικής κοινωνικής ασφάλισης (σύνταξης-υγείας-πρόνοιας) ήταν έντονες οι ανισότητες ανάμεσα στους εργαζόμενους με τάση υποβάθμισης των δημόσιων παροχών υγείας, με αποκορύφωμα την έλλειψη πολιτικής πρόληψης.

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα ποτέ δε λειτούργησε δωρεάν, παρά τις δημαγωγικές κορώνες.

Οι ανασφάλιστοι άποροι, άνεργοι, μετανάστες είχαν μέχρι πρότινος κάποια στοιχειώδη ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, που τη δαπάνη της, όπως και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων, είχε αναλάβει το κράτος, όμως ποτέ δεν εκπλήρωσε ολοκληρωμένα αυτή του την υποχρέωση. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που αυξάνονται σήμερα συνεχώς τα ελλείμματα των νοσοκομείων[2]. Συνολικά είχε δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας, το οποίο είχε ορισμένα προωθημένα χαρακτηριστικά, π.χ. συλλογική προστασία κατά κλάδο ή τομέα, κρατική χρηματοδότηση. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος η υγεία κόστιζε στους εργαζόμενους λιγότερο απ' ό,τι σήμερα. Αυτή η κατάσταση ήταν το αποτέλεσμα μιας συνολικής συγκυρίας που αποτύπωνε και την επίδραση του εργατικού κινήματος διεθνώς (ύπαρξη σοσιαλισμού). Σήμερα, στην Ελλάδα και διεθνώς, η καπιταλιστική διαχείριση έχει άλλες επιλογές προσαρμοσμένες στις σύγχρονες στρατηγικές επιδιώξεις του κεφαλαίου.

Στις μέρες μας βαθαίνει η υποβάθμιση, η εμπορευματοποίηση και ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας-πρόνοιας[3].

Οι εργαζόμενοι, τα λαϊκά στρώματα πληρώνουν όλο και περισσότερα χρήματα απ' ευθείας από το εισόδημά τους ή μέσω των ασφαλιστικών ταμείων τους για όλο και λιγότερες δημόσιες υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας, για όλο και πιο υποβαθμισμένες.

Επιδίωξη του κεφαλαίου είναι να καλύπτεται ένα μέρος αυτών των υπηρεσιών, των πιο βασικών, από τα ασφαλιστικά ταμεία που θα τις αγοράζουν από το δημόσιο σύστημα υγείας, το ιδιωτικό, τα δικά τους πολυ-ιατρεία, τους δήμους ή τις μεικτές επιχειρήσεις (π.χ. κοινωφελή ιδρύματα, ΜΚΟ ή συμπράξεις αυτών).

Τις επιπλέον αναγκαίες υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας οι λαϊκές οικογένειες, ανάλογα με την εισοδηματική τους κατάσταση, θα πρέπει να τις αγοράζουν είτε απ' ευθείας είτε μέσω των επαγγελματικών ιδιωτικών ταμείων, που μεθοδεύεται η ίδρυσή τους, ή από την ιδιωτική ασφάλιση, που θα παρέχεται από τις μεγάλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Γενικεύεται δηλαδή η παραγωγή και διάθεση μέσων φροντίδας της υγείας-πρόνοιας ως εμπόρευμα σύμφωνα με τους νόμους του καπιταλιστικού κράτους. Για τους άπορους και ανασφάλιστους θα υπάρχουν κάποιες υποτυπώδεις υπηρεσίες που θα αμβλύνουν και δε θα ικανοποιούν ουσιαστικά τις ανάγκες τους. Τέτοιες υπηρεσίες για λίγους και εξαθλιωμένους και πάλι μπορεί να παρέχει το δημόσιο

επιχειρηματοποιημένο πλέον σύστημα υγείας, οι δήμοι, οι ΜΚΟ, στα πλαίσια ανάπτυξης της λεγόμενης «κοινωνικής οικονομίας» ή οι μονοπωλιακές επιχειρήσεις (όχι μόνο του χώρου της υγείας) στα πλαίσια της «κοινωνικής εταιρικής ευθύνης» τους.

Οι εργατικές και λαϊκές δυνάμεις, υπό την πίεση του σημερινού συσχετισμού δυνάμεων, συμβιβάζονται ακόμη και στην προοπτική επιδείνωσης. Είναι ζήτημα ότι δεν έχει ωριμάσει η διάθεση για αντίσταση, για πάλη, για πολιτική απόρριψη της αντιλαϊκής πολιτικής.

Η αντεπαναστατική καπιταλιστική παλινόρθωση στην ΕΣΣΔ και άλλες χώρες της σοσιαλιστικής οικοδόμησης κλόνισαν συνειδήσεις, έφεραν πιο μαζική πολιτική οπισθοδρόμηση, έστρωσαν το έδαφος για την ανάπτυξη της μοιρολατρίας και του συμβιβασμού, την επίδραση των ιδεολογημάτων της καπιταλιστικής πολιτικής. Συκοφαντήθηκε και λησμονήθηκε το γεγονός ότι η επαναστατική δράση της εργατικής τάξης στη Ρωσία, ο αγώνας της για την υπεράσπιση της σοσιαλιστικής πατρίδας της, ο λαϊκός αγώνας στην Ευρώπη στο Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, όλα αυτά που στοίχισαν θυσίες, ήταν που έφεραν κατακτήσεις σε όλη την Ευρώπη, και την καπιταλιστική. Διαστρεβλώθηκε η θεωρία του επιστημονικού σοσιαλισμού - κομμουνισμού, έτσι ώστε να φαντάζουν ουτοπικές οι δυνατότητες ενός ανώτερου κοινωνικο-οικονομικού σχηματισμού, ικανού να καλύψει γενικευμένα τις σύγχρονες εργατικές και λαϊκές ανάγκες.

Είναι λοιπόν πρωταρχικό ιδεολογικό και πολιτικό καθήκον να αναζωογονήσουμε τη γνώση για τη δυνατότητα, την ιστορική πείρα, χωρίς αυτό να σημαίνει στάση ωραιοποίησης ή απόκρυψης των αδυναμιών, των λαθών.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΣΟΣΙΑΛΙΣΜΟ

Στο σοσιαλισμό η οικονομική βάση της κοινωνίας έχει ως θεμέλιο την κοινωνική ιδιοκτησία στα βασικά και συγκεντρωμένα μέσα παραγωγής. Παράλληλα στηρίζει τη συνεταιριστική ιδιοκτησία των μη αναπτυγμένων μέσων παραγωγής, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει η μικρή ατομική ιδιοκτησία.

Το κράτος διαμορφώνεται ως επαναστατική εξουσία της εργατικής τάξης, συμπυκνώνοντας και τα συμφέροντα των συμμάχων της, των λαϊκών στρωμάτων (συνεταιρισμένοι αγρότες, βιοτέχνες, αυτοαπασχολούμενοι).

Το σοσιαλιστικό κράτος χρησιμοποιεί βασικά την κοινωνική ιδιοκτησία στα μέσα παραγωγής και μέσω του κεντρικού σχεδιασμού επιδιώκει να αναπτύσσεται η οικονομία, έτσι που να εξασφαλίζονται οι υλικές προϋποθέσεις για την ικανοποίηση όλων των λαϊκών αναγκών. Μόνο η κοινωνική ιδιοκτησία στα βασικά και συγκεντρωμένα μέσα παραγωγής μπορεί να εξασφαλίζει τη δυνατότητα της συνεχούς ανάπτυξης, με απαραίτητη βεβαίως προϋπόθεση την εφαρμογή του κεντρικού πανεθνικού σχεδιασμού.

Σε αυτά τα πλαίσια ένα μέρος του παραγόμενου κοινωνικού προϊόντος, ως αποτέλεσμα της σοσιαλιστικά οργανωμένης εργασίας, είτε της συνεταιριστικής είτε άλλου τύπου παραγωγής, κατανέμεται για την ανάπτυξη της παιδείας, της υγείας, της προστασίας των παιδιών, των ηλικιωμένων, των ανίκανων προς εργασία, την εξασφάλιση ανάπαυσης και δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου (π.χ. αθλητισμός, πολιτισμός κλπ.). Δημιουργούνται οι συνθήκες, με βάση το επίπεδο ανάπτυξης της σοσιαλιστικής οικονομίας, ώστε όλα τα μέλη της κοινωνίας να έχουν πλήρη συμμετοχή στην απολαβή αυτών των κοινωνικών υπηρεσιών. Η παροχή τους είναι υποχρέωση του σοσιαλιστικού κράτους[4].

Το σοσιαλιστικό κράτος, στο σοσιαλισμό που γνωρίσαμε στον 20ό αιώνα, εξασφάλιζε στους εργαζόμενους το δικαίωμα στη δουλιά και την ανάπαυση, στη μόρφωση, στην υγεία, στην προστασία σε περίπτωση πρόωρης απώλειας της ικανότητας για εργασία, στη μητρότητα, τα δικαιώματα στην παιδική και στην τρίτη ηλικία.

Ετσι και για την υγεία τα κοινωνικοποιημένα μέσα παραγωγής δίνουν τη δυνατότητα, με τον κεντρικό σχεδιασμό να δημιουργούνται οι υλικές προϋποθέσεις, ώστε η αναπτυσσόμενη σοσιαλιστική οικονομία να εξασφαλίζει -ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξής της- τις συνθήκες για να παρέχεται ως κοινωνικό αγαθό σε όλα τα μέλη της κοινωνίας ισότιμα. Παρέχεται ως προϋπόθεση για την πλήρη άνθιση της σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ισορροπίας του ανθρώπου, που εξαρτώνται από τις συνθήκες εργασίας και ζωής, τις συνολικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες που επηρεάζουν την ικανότητα του για εργασία και κοινωνική δράση. Στο βαθμό που αναπτύσσονται οι σοσιαλιστικές σχέσεις παραγωγής αναπτύσσονται και οι όροι για την επίτευξη αυτού του σκοπού, για την ικανοποίηση των σύγχρονων, πραγματικών αναγκών των εργαζομένων και στους τομείς της κοινωνικής πολιτικής.

Στον πρόλογο της γαλλικής έκδοσης του έργου των Μαρξ και Ενγκελς «Γερμανική ιδεολογία» αναφέρεται ότι: «Ο Μαρξ διατυπώνει τη γόνιμη ιδέα ότι κινητήρια δύναμη της ιστορίας δεν είναι η σκέψη αλλά η παραγωγή των ανθρώπινων αναγκών... Ετσι η εργασία και οι μορφές της οργάνωσής της αποτελούν «την πραγματική σκηνή της όλης ιστορίας». Αλλά οι ανάγκες του ανθρώπου δεν παύουν να αλλάζουν, να αναπτύσσονται, να διαφοροποιούνται και αυτές οι αλλαγές αποτελούν την πηγή των κοινωνικών μετασχηματισμών»[5]. Γι' αυτό το εργατικό κίνημα στις καπιταλιστικές χώρες βάζει ως πρωταρχικό στόχο - κριτήριο στην πάλη του την ικανοποίηση των σύγχρονων αναγκών των εργαζομένων. Οπως αναφέρουν ο Μαρξ και ο Ενγκελς στο ίδιο έργο τους «...η πρώτη ανάγκη που ικανοποιήθηκε, η πράξη ικανοποίησής της και το όργανο που αποκτήθηκε απ' αυτή την ικανοποίηση, οδηγεί σε καινούργιες ανάγκες. Και αυτή η παραγωγή καινούργιων αναγκών είναι η πρώτη ιστορική πράξη»[6].

Το σοσιαλιστικό σύστημα θέτει στο επίκεντρο της προσοχής του τον άνθρωπο, έχοντας ως κίνητρο και βασικό οικονομικό νόμο ανάπτυξής του την ικανοποίηση των ολοένα αυξανόμενων αναγκών του. Από τον κοινωνικό χαρακτήρα των μέσων παραγωγής, του φυσικού πλούτου, της γης και την κεντρικά σχεδιασμένη κατανομή τους στην παραγωγική διαδικασία, εκπορεύεται η δυνατότητα να εξασφαλίζουν πλήρη ικανότητα για εργασία και κοινωνική δράση στο σοσιαλισμό, ως κοινωνική υποχρέωση να κατοχυρωθεί ως κοινωνικό αγαθό και λαϊκό δικαίωμα.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΟΣΙΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΙΤΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΟΡΘΩΣΗΣ

Τα ερωτήματα που εύλογα μπορούν να τεθούν είναι τα εξής. Πώς αντιμετώπιζε η εργατική εξουσία τη φροντίδα για την υγεία, κυρίως ποια πολιτική εφαρμόζε, ώστε να γίνεται πράξη το καθολικό δικαίωμα στην εξασφάλισή της και μάλιστα ως προαγωγή υγείας και όχι μόνο ως αντιμετώπιση απώλειας; Υπήρξαν τα ανάλογα αποτελέσματα που θα μπορούσαν να υπάρχουν σύμφωνα με τις δυνατότητες που αντικειμενικά αναπτύσσονται στο σοσιαλισμό;

Για να δώσει κάποιος ολοκληρωμένες απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα χρειάζεται μελέτη σε βάθος όχι μόνο της προσπάθειας των σοσιαλιστικών κρατών για την ανάπτυξη του τομέα υγείας, αλλά συνολικά της οικονομίας τους. Και δεν είναι δυνατό να γίνει στα πλαίσια αυτού του άρθρου. Υπάρχουν στοιχεία δοσμένα από πηγές των ίδιων των σοσιαλιστικών κρατών, στα οποία θα αναφερθούμε και μάλιστα συγκρίνοντάς τα με αυτά ορισμένων καπιταλιστικών κρατών. Οσο βεβαίως και αν τα στατιστικά στοιχεία δεν είναι ικανά να αποτυπώσουν ολόκληρο το μέγεθος της προσπάθειας των σοσιαλιστικών κρατών να αναπτύξουν τον τομέα υγείας, εντούτοις είναι ενδεικτικά. Βεβαίως στη σύγκριση πρέπει να παρθεί υπόψη και η αφετηρία για κάθε κράτος. Δηλαδή από ποιο επίπεδο ανάπτυξης των παραγωγικών δυνάμεων και εργατικών κατακτήσεων ξεκινούσε καθένα από αυτά στη χρονική περίοδο την οποία εξετάζουμε.

Ας το παρακολουθήσουμε με στοιχεία της ΕΣΣΔ, όπως είναι καταγεγραμμένα σε έκδοση της[7].

Στην προεπαναστατική Ρωσία, σε ολόκληρη τη χώρα υπήρχαν μόνον 20 χιλιάδες γιατροί. Στη Σοβιετική Ένωση, το 1987 υπήρχαν πάνω από 1,1 εκατομμύριο (ή το ένα τέταρτο όλων των γιατρών του κόσμου). Η μέση διάρκεια ζωής στην τσαρική Ρωσία ήταν 32 χρόνια. Μετά την επανάσταση, στα μέσα της δεκαετίας του 1920, ανέβηκε μέχρι τα 44 χρόνια και το 1987 έφτασε τα 69 χρόνια, δηλαδή στο επίπεδο των άλλων αναπτυγμένων καπιταλιστικών χωρών. Το 2004 όμως ο μέσος όρος ζωής ξανάπεσε φτάνοντας στα 63 χρόνια. Ασφαλώς και στις καπιταλιστικές χώρες μεγάλωσε η διάρκεια ζωής τις δεκαετίες που πέρασαν, ήταν όμως διαφορετικός ο «δρόμος» που διανύθηκε από αυτές: Οι θάνατοι στην τσαρική Ρωσία ήταν διπλάσιοι από το τότε επίπεδο της Αγγλίας και των ΗΠΑ. Και αν από τότε (σημείο υπολογισμού το 1913, που προηγήθηκε της έναρξης του Α΄ παγκόσμιου πολέμου) το επίπεδο των θανάτων στις ΗΠΑ μειώθηκε κατά 1,5 φορές και στην Αγγλία 1,2 φορές, στην ΕΣΣΔ μειώθηκε 3 φορές. Αναφορικά με τους θανάτους των παιδιών, μειώθηκαν στην ΕΣΣΔ 10 φορές[8]. Και το θέτουμε έτσι το ζήτημα, γιατί επίσης σε αυτές τις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες το επίπεδο ανάπτυξης των παραγωγικών δυνάμεων την περίοδο των αρχών του 20ού αιώνα, της επιστήμης, της έρευνας, ήταν πολλαπλάσια ανώτερο από αυτό της προεπαναστατικής Ρωσίας. Το ίδιο και η εφαρμογή των επιτευγμάτων τους. Μετά τις ανατροπές των σοσιαλιστικών καθεστώτων οι θάνατοι στη Ρωσία αυξάνονται με ταχύτητα ενός (1) εκατομμυρίου ανθρώπων το χρόνο. Η θνησιμότητα υπερβαίνει τη γεννητικότητα κατά 1,7 φορές. Υπολογίζεται ότι κάθε λεπτό στη Ρωσία γίνονται 3 γεννήσεις και υπάρχουν 4 θάνατοι. Ιδιαίτερα υψηλή είναι η θνησιμότητα του οικονομικά ενεργού πληθυσμού από μη φυσικές αιτίες (ατυχήματα, δηλητηριάσεις, τραυματισμοί, αυτοκτονίες) και είναι ανάλογες με αυτή που ήταν στη Ρωσία πριν 100 χρόνια και κατά 2,5 φορές ξεπερνάει τους ανάλογους δείκτες των καπιταλιστικά αναπτυγμένων χωρών. Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας στη Ρωσία είναι αυτά τα χρόνια κατά 5 με 10 φορές (!) πάνω σε σχέση με τις καπιταλιστικές χώρες[9].

Στην ΕΣΣΔ οι κατακτήσεις αυτές ήταν το αποτέλεσμα της δημιουργίας ενός πολύπλευρου κρατικού συστήματος προαγωγής και προστασίας της υγείας, που παρείχε σε όλο τον πληθυσμό δωρεάν πρόληψη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αυτό συνέβαλε στην αύξηση της διάρκειας ζωής των εργαζομένων και στον περιορισμό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού, δείκτες που χαρακτηρίζουν το επίπεδο υγείας ενός λαού και σχετίζονται άμεσα με το είδος του συστήματος υγείας που υπάρχει σε κάθε χώρα.

Αλλά δεν αρκεί μόνον αυτό προκειμένου να προσεγγίσουμε την ποιοτική διαφορά των δύο συστημάτων υγείας στους διαφορετικούς κοινωνικοοικονομικούς σχηματισμούς.

Πρωταρχικό μέλημα στο σοσιαλισμό για την εξασφάλιση και προαγωγή της υγείας ήταν η εξάλειψη -έστω σταδιακή- όλων των παραγόντων που επιδρούσαν αρνητικά και που κληρονομήθηκαν από το καπιταλιστικό σύστημα (μέσα σ' αυτό και άλλες επιβιώσεις του παρελθόντος). Το περιβάλλον εδώ έχει πρωταρχική σημασία, τόσο στην εργασία, όσο και στην κατοικία, γενικότερα στους όρους διαβίωσης των ανθρώπων. Η κατάργηση της εκμετάλλευσης και της καταπίεσης στους χώρους δουλιάς περιορίζει την πρόωρη καταπόνηση των δυνάμεων, της υγείας των εργαζομένων. Αλλά οι συνθήκες δουλιάς καλυτερεύουν βαθμιαία με την ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων στη νέα κοινωνία. Στο βαθμό λοιπόν που αναπτύσσονται οι παραγωγικές δυνάμεις στο σοσιαλισμό (π.χ. η μείωση της εργάσιμης ημέρας, η κατάργηση της εντατικοποίησης της εργασίας, ο περιορισμός της βαριάς σωματικής εργασίας, η αύξηση του ελεύθερου χρόνου και η δημιουργική αξιοποίησή του κλπ.), δημιουργούνται και οι προϋποθέσεις για την εξάλειψη των εξωγενών παραγόντων βλαπτικής επίδρασης στην υγεία, καθώς και η αντιμετώπιση της πρόληψης, αλλά και της θεραπείας.

Τέτοιοι παράγοντες εξασφαλίζονται επομένως βαθμιαία. Ας παρακολουθήσουμε τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων στην ΕΣΣΔ.

«Στη Σοβιετική Ένωση, από το 1956, εφαρμοζόταν καθεστώς 7ωρης και 6ωρης εργάσιμης ημέρας, πενθήμερη εργάσιμη εβδομάδα. Σε όλους τους εργαζόμενους εξασφαλιζόνταν ημέρες εβδομαδιαίας

ανάπαυσης και ετήσιες άδειες με αποδοχές. Η εργάσιμη εβδομάδα στη Σοβιετική Ένωση ήταν μια από τις μικρότερες στον κόσμο. Αλλάξε και το περιεχόμενο του ελεύθερου χρόνου. Για την αξιοποίησή του η λαϊκή εξουσία είχε δημιουργήσει και τις ανάλογες προϋποθέσεις, όπως αναπαυτήρια, δίκτυο πολιτιστικών, ενημερωτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων. Η κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων ήταν φροντίδα πρώτης προτεραιότητας του σοσιαλιστικού κράτους. Δημιουργήθηκε το καθολικό σύστημα συνταξιοδότησης. Σημαντική ιδιομορφία του συστήματος ήταν το χαμηλό όριο ηλικίας για συνταξιοδότηση (55 χρόνια για τις γυναίκες, 60 για τους άνδρες). Για να βγει στη σύνταξη ο άντρας έπρεπε να είχε δουλέψει 25 χρόνια και η γυναίκα 20 χρόνια[10]. Η χρηματοδότηση των ταμείων εξασφαλιζόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές των επιχειρήσεων και ιδρυμάτων. (σ.σ. στον καπιταλισμό οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν από το μισθό τους ένα σημαντικό μέρος των ασφαλιστικών εισφορών για σύνταξη)... Εκτός από τις συντάξεις και τα επιδόματα η κοινωνική ασφάλιση προέβλεπε την επαγγελματική-τεχνική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των αναπήρων, την τακτοποίησή τους σε εργασία, τον εφοδιασμό των αναπήρων με τεχνητά μέλη και ειδικά μεταφορικά μέσα, τη συντήρηση των ηλικιωμένων και αναπήρων σε ειδικά οικοτροφεία[11]. Μετά την καπιταλιστικοποίηση στη Ρωσία αυξήθηκαν τα ηλικιακά όρια συνταξιοδότησης σε άντρες και γυναίκες κατά 5 χρόνια. Καταργήθηκε το προηγούμενο σύστημα συνταξιοδότησης και πρόσφατα άρχισε η παραχώρησή του στις ιδιωτικές εταιρίες. Οι συντάξεις πείνας που δίνονται, στη συντριπτική πλειοψηφία τους δεν υπερβαίνουν το όριο διαβίωσης, όπως τα προσδιορίζει το ίδιο το κράτος. «Ο εργαζόμενος άνθρωπος στις σοσιαλιστικές χώρες δε δοκίμαζε τις γνωστές αγωνίες και τα προβλήματα που γνώρισαν και γνωρίζουν οι εργαζόμενοι των καπιταλιστικών χωρών, όπως η ανεργία, η ακρίβεια, η ανασφάλεια, η εργοδοτική καταπίεση, υποτίμηση και περιφρόνηση, η κοινωνική εγκληματικότητα»[12].

Ακόμη, σύμφωνα με τις «Αρχές της νομοθεσίας της ΕΣΣΔ και των Ενωσιακών Δημοκρατιών για την εργασία», για τους εργατοϋπαλλήλους ηλικίας 16-18 χρόνων είχε καθιερωθεί μειωμένη εργάσιμη εβδομάδα 36 ωρών, για τους εργατοϋπαλλήλους 15-16 χρόνων εργάσιμη εβδομάδα 24 ωρών και για όσους δούλευαν σε ανθυγιεινές εργασίες εργάσιμη εβδομάδα μέχρι 36 ώρες. Μειωμένη διάρκεια του εργάσιμου χρόνου είχε καθιερωθεί επίσης για τους δασκάλους, τους γιατρούς και μερικές άλλες ειδικότητες. Για τη νυχτερινή εργασία (από τις 10 το βράδυ ως τις 6 το πρωί) η διάρκεια της δουλιάς ήταν μειωμένη κατά μια ώρα[13]. Επίσης οι έγκυες απαλλάσσονταν από τις υπερωρίες και τη νυκτερινή εργασία και όταν συνέτρεχε λόγος τις μετέθεταν σε πιο ελαφριές δουλιές[14]. Στα περίπου 50 επιστημονικά ερευνητικά ινστιτούτα υγιεινής και προστασίας της εργασίας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας, της μαιευτικής και της γυναικολογίας έκαναν έρευνες που αποσκοπούσαν στην εξασφάλιση ευνοϊκών συνθηκών εργασίας στις γυναίκες και στην προφύλαξη της υγείας τους[15].

Βεβαίως στην ΕΣΣΔ δεν είχαν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά όλοι οι εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Για παράδειγμα το πρόβλημα της λαϊκής κατοικίας ήταν υπαρκτό και μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις οξύμενο. Είναι ένα ερώτημα προς διερεύνηση επίσης, αν όλες οι παραπάνω κατακτήσεις, που σχετίζονταν άμεσα με τη δημόσια υγεία, αρκούσαν για την εξασφάλισή της. Επίσης, δεν ήταν απαλλαγμένες οι επιχειρήσεις εντελώς από τις συνθήκες εκείνες που μπορούσαν να δημιουργήσουν επαγγελματικές ασθένειες ή εργατικά ατυχήματα. Αυτό το τελευταίο συνάγεται από το γεγονός ότι υπήρχαν εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες, ακόμη και στη δεκαετία του '80. Να πώς φαίνεται.

«Η προστασία της δουλιάς όπως και η προστασία του περιβάλλοντος, συγκαταλέγονταν στα προβλήματα, όπου τα οικονομικά ζητήματα περιπλέκονται στενά με τα ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής. Μόνο το πρώτο μισό της δεκαετίας του '80, μειώθηκαν κατά 20% τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες. Αν οι συνδικαλιστικές επιτροπές των επιχειρήσεων είχαν δικαίωμα να προβάλουν «βέτο» στις αποφάσεις της διεύθυνσης για απολύσεις, η επιθεώρηση κάθε κλαδικού συνδικάτου δικαιούνταν να αναστείλει τη λειτουργία τμήματος ή ακόμα και εργοστασίου, όπου δεν

τηρούνταν οι κανονισμοί της ασφάλειας και προστασίας της δουλιάς[16]». Στην καπιταλιστική Ρωσία ο αριθμός των εργαζομένων που δουλεύουν σε συνθήκες που δεν ανταποκρίνονται στους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας έφτασε το 2002 στο 19,2% του συνόλου των εργαζομένων. Αμεσο αποτέλεσμα είναι η αύξηση των εργατικών ατυχημάτων κατά 16,5%. Τα συνδικάτα καταγγέλλουν πως αυτό το ποσοστό είναι πολύ μεγαλύτερο, αλλά εξαιτίας της εργοδοτικής τρομοκρατίας και του φόβου της ανεργίας πολλοί εργαζόμενοι δε δηλώνουν τους τραυματισμούς ως «εργατικά ατυχήματα». Κάθε χρόνο στη Ρωσία πεθαίνουν στην εργασία τους 6.000 εργαζόμενοι, ενώ σημειώνονται 5 εκατομμύρια ατυχήματα.

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε περιληπτικά την οργάνωση και ορισμένες βασικές παροχές των υγειονομικών και προνοιακών συστημάτων σε δύο χώρες που οικοδόμησαν το σοσιαλισμό, για να κατανοηθεί καλύτερα η λειτουργία τους μέσα από τα συγκεκριμένα παραδείγματα.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΣΣΔ

Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΠΙΤΑΛΙΣΤΙΚΗ ΡΩΣΙΑ

Το κρατικό σοβιετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (που δημιουργήθηκε μετά το 1917) καθιέρωνε τη δωρεάν ιατρική περίθαλψη σε όλον τον πληθυσμό. Η προεπαναστατική Ρωσία κατείχε την πρώτη θέση στην εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών. Η πανούκλα, η χολέρα, η ευλογιά και άλλες επιδημίες αποδεκάτιζαν τον πληθυσμό και προκαλούσαν τεράστιες καταστροφές στην οικονομία. Το 1912 περίπου 13 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν προσβληθεί από επιδημικές ασθένειες. Μέχρι το 1924 περιορίστηκαν οι επιδημίες και άρχισαν να λύνονται αποτελεσματικά μια σειρά από δύσκολα προβλήματα όπως: Σχετικά με ιατρικά στελέχη, ανάπτυξη δικτύου θεραπευτικών-προληπτικών ιδρυμάτων, ο εξοπλισμός τους με τεχνικά μέσα, εξάλειψη διαφορών στην ιατρική περίθαλψη. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 περνούσαν κάθε χρόνο 160 εκατομμύρια άνθρωποι από προληπτικό έλεγχο και πάνω από 35 εκατομμύρια βρίσκονταν σε διαρκή ιατρική παρακολούθηση (παιδιά, εργάτες, χρόνια πάσχοντες). Λειτουργούσαν πάνω από 28 χιλιάδες γυναικεία ιατρεία και παιδικές πολυκλινικές, ενώ στην προεπαναστατική Ρωσία υπήρχαν μόνο εννέα (9) τέτοια ιατρεία. Για πρώτη φορά στον κόσμο καθιερώθηκε η γενική ιατρική παρακολούθηση των παιδιών από παιδίατρος και μόνιμες νοσηλεύτριες.

Υπήρχε ενιαίο όργανο διεύθυνσης, το Υπουργείο Υγιεινής. Αυτό κατηύθυνε, συντόνιζε, έλεγχε τη δουλιά των ιδρυμάτων πρόληψης και θεραπείας, εφάρμοζε ενιαίους δοκιμασμένους τρόπους προφύλαξης, διάγνωσης και θεραπείας. Με ευθύνη του κράτους λειτουργούσαν στα ιατρικά ινστιτούτα ειδικά μαθήματα για την «τελειοποίηση» της εκπαίδευσης των γιατρών. Μια φορά στα πέντε χρόνια όλοι οι γιατροί περνούσαν από αυτά.

Οι γιατροί δούλευαν με βάση τη μειωμένη εργάσιμη εβδομάδα, σε σύγκριση με το μέσο όρο που ίσχυε γενικά. Είχαν επίσης -σύμφωνα με την εργατική νομοθεσία- μεγαλύτερη από το μέσο όρο ετήσια πληρωμένη άδεια.

Η παραμονή κάποιου ασθενή στο νοσοκομείο, η θεραπεία του και η αποκατάσταση της υγείας του ήταν δωρεάν. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του όχι μόνο δεν κινδύνευε να απολυθεί από την εργασία του, αλλά έπαιρνε και επίδομα για την προσωρινή απώλεια της ικανότητάς του για εργασία[17].

Στην ΕΣΣΔ συνηθισμένος τρόπος αποκατάστασης των σωματικών και πνευματικών δυνάμεων των εργαζομένων ήταν οι διακοπές σε θέρετρα -αναρρωτήρια. Το 30% του κόστους το πλήρωναν οι εργαζόμενοι. Το υπόλοιπο επιδοτούνταν από τον προϋπολογισμό των κοινωνικών ασφαλίσεων. Ο προϋπολογισμός αυτός χρηματοδοτούνταν από το κράτος και όχι από τις αποδοχές των εργαζομένων. Υπήρχαν 300 λουτροπόλεις, πάνω από 500 πηγές μεταλλικού νερού, 700 τοποθεσίες με ιαματικές

λάσπες και 450 περιοχές ευνοϊκές για ανάπαυση και θεραπεία. Στα 16.000 αναρρωτήρια διαφόρων τύπων αναπαύονταν και θεραπεύονταν κάθε χρόνο 63 εκατομμύρια εργαζόμενοι[18].

Με την καπιταλιστική παλινόρθωση χάθηκε το βασικό χαρακτηριστικό του σοσιαλιστικού συστήματος υγείας: Η ισότιμη δωρεάν πρόσβαση όλων των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από τα εισοδήματά τους και την κοινωνική τους θέση.

Έχει σε μεγάλο βαθμό μειωθεί η οικοδόμηση νέων δημόσιων νοσοκομείων. Έχει συρρικνωθεί το πλατύ δίκτυο από ιατρικά και θεραπευτικά κέντρα που υπήρχε ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές.

Το 1989 στη Ρωσία αναλογούσαν 1.387 νοσοκομειακές κλίνες ανά 10.000 κατοίκους, το 1994 ο αριθμός αυτός των κλινών μειώθηκε σε 127,4 και το 2000 έφτασε στις 115,9 κλίνες ανά 10.000 κατοίκους[19].

Ταυτόχρονα με τη μείωση των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων λειτουργούν σύγχρονες ιδιωτικές κλινικές που για τη νοσηλεία σε αυτές δε φτάνει το ετήσιο εισόδημα του εργάτη και του υπάλληλου.

Σε πολλά δημόσια νοσοκομεία οι ασθενείς για να εισαχθούν θα πρέπει να φέρουν μαζί τους τα σεντόνια, τα φάρμακα και ό,τι άλλο χρειάζεται για τη νοσηλεία τους. Μόνο για το 2004 υπολογίζεται ότι οι Ρώσοι εργαζόμενοι πλήρωσαν από την τσέπη τους 90 δισ. ρούβλια (όσο περίπου ο μισός κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία) για υπηρεσίες που τους παρείχαν τα δημόσια νοσοκομεία[20].

Η παραγωγή πολλών φαρμάκων σταμάτησε. Χαρακτηριστικά η παραγωγή αντιβιοτικών έχει μειωθεί κατά 4,5 φορές, ενώ η παραγωγή βιταμινών έπεσε κατά 8 φορές[21].

Το συνέδριο των Ρώσων παιδιάτρων και γυναικολόγων που έγινε στη Μόσχα το 2004 κατήγγειλε με αποφασιστικό τρόπο τα νέα κυβερνητικά σχέδια της ρωσικής κυβέρνησης για να κλείσει τις δωρεάν παιδιατρικές κλινικές και τα γυναικολογικά εξωτερικά ιατρεία που αποτελούσαν στο σοβιετικό υγειονομικό σύστημα την πρωτοβάθμια εξειδικευμένη βαθμίδα για παιδιά και γυναίκες. Με βάση τα κυβερνητικά σχέδια η δωρεάν πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα θα παρέχεται μόνο από γιατρό - παθολόγο, ενώ δεν προβλέπεται πλέον η ύπαρξη της δωρεάν πρωτοβάθμιας παιδιατρικής και γυναικολογικής εξέτασης με το επιχείρημα ότι εισάγεται ο θεσμός του «οικογενειακού γιατρού».

Οι επιστήμονες εκτιμούν ότι με την εφαρμογή αυτών των σχεδίων (αν υλοποιηθούν) θα αυξηθούν οι θάνατοι μεταξύ των παιδιών και τα ποσοστά παιδικής αναπηρίας.

Για την κατάσταση που έχει δημιουργηθεί -τα τελευταία χρόνια- στο σύστημα υγείας στη Ρωσία, με πολύ χαρακτηριστικό τρόπο δίνει την εικόνα το παρακάτω απόσπασμα από συνέντευξη μιας νοσηλεύτριας επί 36 χρόνια σε μια μικρή πόλη της Κεντρικής Ρωσίας: «Όλα τριγύρω καταρρέουν! Όλα γίνονται επί πληρωμή! Οι εγχειρήσεις, οι σοβαρές εργαστηριακές εξετάσεις είναι πλέον επί πληρωμή. Όσοι δεν έχουν μεγάλο εισόδημα, δεν είναι σε θέση να αγοράσουν τα ακριβά φάρμακα που τους γράφουν οι γιατροί. Το μόνο που -προς το παρόν- είναι δωρεάν είναι σήμερα «οι πρώτες βοήθειες», όπως και η ιατρική εξέταση. Βέβαια ο γιατρός απαιτεί από τον κάθε επισκέπτη να έχει μαζί του την «ασφαλιστική κάρτα». Αυτή η κάρτα, πέρα από τη δωρεάν εξέταση, δεν παρέχει κάτι άλλο, ούτε εκπώσεις στα φάρμακα ούτε εκπώσεις στις εργαστηριακές εξετάσεις (εξαίρεση γίνεται μόνο στα άτομα με ειδικές ανάγκες που έχουν έκπτωση στα φάρμακα κατά 50%[22]).

Στην ΕΣΣΔ ανάλογο με το σύστημα υγείας ως προς τη λειτουργία του, την έκτασή του και το σκοπό που επιτελούσε ήταν και το σύστημα πρόνοιας, αναπόσπαστα δεμένο με το ευρύ φάσμα των κοινωνικών ασφαλίσεων. Θα περιοριστούμε να αναφέρουμε ως παραδείγματα τη λειτουργία του προνοιακού συστήματος μόνο στην προσχολική ηλικία.

Στη Σοβιετική Ένωση η ικανοποίηση των αναγκών της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής ανάπτυξης των παιδιών, αποτελούσε αντικείμενο υψηλής φροντίδας. Το 1987 πάνω από 16

εκατομμύρια σοβιετικά παιδιά πήγαιναν σε 140 χιλιάδες δημόσιους παιδικούς σταθμούς, ενώ το 1914 σε ολόκληρη την τσαρική Ρωσία υπήρχαν μόνο 150 παιδικοί σταθμοί.

Μετά την καπιταλιστική παλινόρθωση το 1998 αυτά τα ιδρύματα και πάλι μειώθηκαν σε 56,6 χιλιάδες, στα οποία πηγαίνουν 44 εκατομμύρια παιδιά.

Στην ΕΣΣΔ όταν το παιδί γινόταν ενός έτους, οι περισσότεροι γονείς προτιμούσαν τους παιδικούς σταθμούς. Αυτοί οι σταθμοί ήταν ο πρώτος κρίκος στο σοβιετικό σύστημα προσχολικής εκπαίδευσης για παιδιά μέχρι 3 ετών. Το προσωπικό τους αποτελούνταν από ανθρώπους ειδικά εκπαιδευμένους - υγειονομικούς, δασκάλους και εκπαιδευτικούς βοηθούς. Το καθημερινό πρόγραμμα και τα γεύματα ήταν επιστημονικά προγραμματισμένα. Είχαν καθιερωθεί πρότυπα υγιεινής για όλους τους χώρους (παιχνιδιού, κτίρια, έπιπλα) και το προσωπικό ήταν υποχρεωμένο να τα ακολουθεί.

Σε αυτούς τους σταθμούς γίνονταν μια σειρά μαθημάτων καθημερινά, όπως μουσικής, γυμναστικής, διδασκαλία χρωμάτων, σχημάτων, διαστάσεων αντικειμένων, που εντάσσονταν στο ειδικό πρόγραμμα που υπήρχε για την πνευματική, ηθική και αισθητική εκπαίδευση των παιδιών έως 3 ετών. Τα παιδιά σε αυτούς τους σταθμούς βρίσκονταν κάτω από συνεχή ιατρική παρακολούθηση. Διαιρούνταν σε 3 ομάδες, σύμφωνα με την ηλικία τους. Κάθε ομάδα είχε το δικό της ειδικό πρόγραμμα που επεξεργάζονταν παιδίατροι και φυσιολόγοι. Όταν το παιδί συμπλήρωνε τα 3 του χρόνια μεταφερόταν από τον παιδικό σταθμό στο νηπιαγωγείο, όπου μεγάλωνε και εδώ σύμφωνα με ένα ειδικό σύστημα ανάλογα με την ηλικία, τις ανάγκες και τα ταλέντα του.

Το 1977 υπήρχαν στην ΕΣΣΔ περισσότερα από 106.000 νηπιαγωγεία και παιδικοί σταθμοί, με ικανότητα υποδοχής 11.700.000 παιδιών. Επιπλέον υπήρχαν ειδικά νηπιαγωγεία για ανάπηρα ή καθυστερημένα παιδιά. Αυτά ήταν εξοπλισμένα με ειδικά εκπαιδευμένους δασκάλους, νοσηλευτές και γιατρούς. Ειδικές μέθοδοι χρησιμοποιούνταν για να ενισχύσουν τη διανοητική και φυσιολογική τους ανάπτυξη. Υπήρχαν ακόμη νηπιαγωγεία για παιδιά με ολική ή μερική αναπηρία στην ακοή, στην όραση, στο συντονισμό των μυών, στην ομιλία και με νευρικές διαταραχές.

Σε καθένα από αυτά τα νηπιαγωγεία το διδακτικό και ιατρικό προσωπικό προσπαθούσε να διορθώσει αυτές τις ανωμαλίες, να θεραπεύσει και να ανεβάσει το επίπεδο της γενικής διανοητικής ανάπτυξης στο ίδιο ή σε υψηλότερο επίπεδο από αυτό των φυσιολογικών παιδιών.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δινόταν στο ζήτημα της όμοιας εκπαίδευσης στο σπίτι, που αποτελεί βασικό συστατικό της ολοκληρωμένης και κατάλληλης ανατροφής του παιδιού. Οι νέοι γονείς παρακολουθούσαν συγκεντρώσεις, συμμετείχαν ενεργά στη δουλιά των Κέντρων παιδικής πρόνοιας και τους προσφέρονταν ειδικευμένες και χρήσιμες παιδαγωγικές συμβουλές.

Η αύξηση του αριθμού των παιδικών ιδρυμάτων, οι πολύπλευρες μορφές της δουλιάς τους αποδείκνυαν ότι η κοινωνική διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των εφήβων αποκτούσε όλο και περισσότερη αναγνώριση. Ωστόσο, η διαπαιδαγωγική επιρροή της οικογένειας στα παιδιά όχι μόνο δε μειωνόταν, αλλά αντίθετα αυξανόταν, καθώς εμπλουτιζόταν με πείρα στη διαδικασία της από κοινού διαπαιδαγωγικής δραστηριότητας.

Η οικογένεια επιδρούσε στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού με την άμεση επίδραση σε αυτή των ενήλικων μελών της οικογένειας, σε συνδυασμό με το σύστημα κοινωνικής διαπαιδαγώγησης. Ο χαρακτήρας αυτής της επιρροής εξαρτιόταν σε μεγάλο βαθμό από την παιδαγωγική κατάρτιση των γονιών, τη γνώση των ψυχολογικών ιδιομορφιών της ανάπτυξης του παιδιού[23].

Βέβαια, τα παραπάνω δεδομένα δε δίνουν μια ολοκληρωμένη αντίληψη και των ελλείψεων ή προβλημάτων στη διαχείριση του όλου συστήματος, ζήτημα που απαιτεί ανάλογη έρευνα, με πολύ περισσότερες πηγές. Όμως η όλη εμπειρία, η ιστορική καταγραφή της, δείχνει ότι επρόκειτο για σύστημα ανώτερο από τα ανάλογα στον καπιταλισμό. Μόνο και μόνο γιατί ήταν πρωτίστως κοινωνική

υπόθεση, ενώ στον καπιταλισμό είναι ατομική.

Η εικόνα της σημερινής καπιταλιστικής Ρωσίας στον τομέα της προσχολικής αγωγής των παιδιών δίνει άλλη μια απόδειξη της ανωτερότητας της πρώτης απόπειρας οικοδόμησης του σοσιαλισμού και της ιδιαίτερης μέριμνας και προστασίας που επέδειξε το σοσιαλιστικό κράτος για τα παιδιά: Μεταξύ 1990 και 1995 τουλάχιστον 700.000 παιδιά ορφάνεψαν πρόωρα (τα περισσότερα από πατέρα). Οι αυτοκτονίες των νέων έχουν αυξηθεί τρομακτικά, όπως και τα εγκλήματα με ανήλικα θύματα και θύτες[24].

Αυξήθηκε η παιδική εγκληματικότητα, ο εθισμός των νέων στα ναρκωτικά. Το 44% των μαθητών και το 25% των μαθητριών της Μόσχας έχουν κάνει έστω και μία φορά χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Το 16% των νεογέννητων είναι ανάπηρα. Οι γονείς πολλών από αυτά είναι αλκοολικοί, ναρκομανείς, χωρίς μόνιμη απασχόληση ή σταθερό μισθό. Τα κρούσματα ενεργητικής φυματίωσης από 34,2 σε κάθε 100.000 κατοίκους που ήταν το 1990, έφτασαν στο 90,4 το 2000. Το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων με φυματίωση είναι στις νεαρές ηλικίες από 25 έως 34 χρονών. Τα κρούσματα φυματίωσης ανάμεσα στα παιδιά αυξήθηκαν στο 33% και η θνησιμότητα εξαιτίας αυτής της πάθησης έφτασε στο 82%[25].

Το 90% των μαθητών έχει προβλήματα υγείας. Ανάλογο ποσοστό υποφέρει από αβιταμίνωση. Η κατάσταση 4.000.000 παιδιών χωρίς κηδεμόνα δε ρυθμίζεται από κανένα νομικό καθεστώς.

Η Ρωσία θεωρείται ως νέα αγορά για εμπορία παιδιών με σκοπό τις παράνομες υιοθεσίες, την παιδική πορνεία και πορνογραφία[26].

Η ρωσική αστυνομία υπολογίζει ότι 1,5 με 2 εκατομμύρια εγκαταλελειμμένα παιδιά (αυτά που συχνάζουν στους δρόμους για να επιβιώσουν) δε φοιτούν σε κανένα σχολείο[27]. Το νούμερο αυτό είναι κατά τρεις φορές μεγαλύτερο (!) από την περίοδο μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο.

Η έκθεση της Γιούνισεφ το 2004 αναφέρει ότι ένα στα τρία παιδιά στη Ρωσία ζουν στη φτώχεια. Η ίδια έκθεση παρακάτω σημειώνει ότι μολονότι η οικονομία ορισμένων χωρών της πρώην ΕΣΣΔ ανέκαμψε, κοινωνικά προβλήματα όπως ο αλκοολισμός (το 2004 άνοιξε το πρώτο ίδρυμα για αλκοολικά παιδιά στη Μόσχα) και η χρήση ναρκωτικών οδηγούν σε υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και μόλυνσης από AIDS μεταξύ των ανηλίκων[28].

Στη Ρωσία έχει θεσμοθετηθεί το «δικαίωμα» στην εργασία από τα 14 χρόνια. Επίσης το 30% των παιδιών δεν έχει πλέον την οικονομική δυνατότητα να τρώει πρωινό ή γεύμα στο εστιατόριο του σχολείου. Την τελευταία δεκαετία τα νοσήματα στα παιδιά έως 15 χρόνων αυξήθηκαν κατά 43,8%, ενώ στα παιδιά 15-17 χρόνων υπάρχει αύξηση των νοσημάτων κατά μιάμιση φορά. Μάλιστα δεν πρόκειται μόνο για παιδικές ασθένειες, αλλά και τέτοιες που πριν θεωρούνταν ασθένειες των ενηλίκων, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, κακοήθειες όγκοι, ενδοκρινικές παθήσεις, ψυχικές ασθένειες.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΚΗ ΛΑΟΚΡΑΤΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ (ΓΛΔ)

Στη ΓΛΔ ολόκληρο το σύστημα υγείας ήταν κρατικά οργανωμένο. Οι γιατροί που εργάζονταν εκεί ήταν υπάλληλοι του κράτους[29]. Όλοι οι εργαζόμενοι και τα μέλη των οικογενειών τους ήταν ασφαλισμένοι στις ενιαίες κοινωνικές ασφαλίσεις. Αυτές παρείχαν εντελώς δωρεάν φάρμακα, χωρίς περιορισμούς στη συνταγογράφηση. Κάθε επίσκεψη, κάθε θεραπεία ή εγχείριση όσο δαπανηρή και αν ήταν, κάθε αναρρωτική άδεια ήταν για τον ασθενή και τους οικείους του δωρεάν.

Η πρόληψη των ασθενειών ήταν το πιο σημαντικό καθήκον όλων των υγειονομικών υπηρεσιών με τη βοήθεια μιας ενιαίας διαδικασίας από μέτρα προφύλαξης, έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης

των ασθενειών, μετασθενικής φροντίδας και αποκατάστασης της υγείας, καθώς και της ενότητας της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, επιδίωκαν την οργάνωση της ιατρικής περίθαλψης με τρόπο ώστε ο καθένας, είτε από τον τόπο της κατοικίας είτε από τον τόπο της δουλιάς του, να μπορούσε να καλέσει γρήγορα σε βοήθεια το γιατρό.

Η έγκαιρη παρακολούθηση ενός ορισμένου τμήματος του πληθυσμού ήταν για παράδειγμα η ιατρική παρακολούθηση των εργαζομένων, κατά προτεραιότητα στις επιχειρήσεις παραγωγής. Σε αυτή τη μορφή υπάγονταν και οι επιβεβλημένες από το νόμο ακτινογραφικές εξετάσεις του πληθυσμού, οι συμβουλευτικές εξετάσεις εγκύων και μητέρων και η προστασία των νέων, τα προστατευτικά εμβόλια.

Το κράτος διέθετε μεγάλα ποσά και για την παρασκευή καινούργιων αποτελεσματικότερων εμβολίων.

Η προαγωγή υγείας ήταν κοινωνικό καθήκον. Σημαντικοί φορείς αυτής της δουλιάς ήταν η Επιτροπή Υγιεινής Αγωγής της ΓΛΔ, καθώς και οι αντίστοιχες επιτροπές των διοικητικών περιφερειών και των νομών. Επιδίωξή τους ήταν να ανυψώσουν την προσωπική και κοινωνική ευθύνη για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και μια διαμόρφωση του περιβάλλοντος που να προάγει την υγεία. Στην εκπλήρωση των καθηκόντων τους υποστηρίζονταν από το Γερμανικό Μουσείο Υγιεινής της ΓΛΔ στη Δρέσδη, στο οποίο ήταν ενσωματωμένη και μια επιχείρηση παραγωγής υλικού διδασκαλίας, καθώς και από κοινωνικές οργανώσεις, σχολεία, ραδιόφωνο, τηλεόραση.

Αυτή η στροφή προς την προφύλαξη και την προαγωγή της υγείας είχε ως συνέπεια τα τελευταία χρόνια να ανέβει το προσδόκιμο όριο ζωής. Είχαν περιοριστεί οι ειδικές αρρώστιες, η πρώιμη αναπηρία, η συχνότητα των ασθενειών και η συχνότητα της περιπλοκής των ασθενειών. Επίσης επιδιωκόταν η ενότητα της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής ιατρικής περίθαλψης.

Το νοσοκομείο και η πολυκλινική του νομού καθοδηγούσαν, ως κεντρικά ιδρύματα στον ειδικό τομέα, όλα τα κατώτερα ή παράλληλα υγειονομικά ιδρύματα του νομού και είχαν την ευθύνη για τη συνεχή επιμόρφωση των συνεργατών τους.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καλυπτόταν από ένα σύγχρονο κλιμακωτό σύστημα παροχής βασικών και ειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Αυτό στηριζόταν ιδιαίτερα στις πολυκλινικές και στους σταθμούς κοινοτικών νοσηλευτριών που ήταν διαμοιρασμένες σε ολόκληρη τη χώρα. Οι πολυκλινικές ήταν υγειονομικά κέντρα (Κέντρα Υγείας), όπου συνεργάζονταν γιατροί, τουλάχιστον έξι διαφορετικών ειδικοτήτων. Διέθεταν εκτός από τις αίθουσες εξέτασης και θεραπείας και από ένα διαγνωστικό εργαστήριο, ένα ακτινογραφικό τμήμα, ένα φαρμακείο και ένα τμήμα φυσιοθεραπείας.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία βασιζόταν στην αρχή ότι έπρεπε να παρέχονται εκεί που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι. Για την εξωνοσοκομειακή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη φρόντιζαν δίπλα στις πολυκλινικές και τα εξωτερικά πολυ-ιατρεία και ιατρεία, δημόσιοι γιατροί και οδοντίατροι. Το σύστημα του οικογενειακού γιατρού συνέβαλλε στη σύσφιξη των σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στο γιατρό και τον άρρωστο.

Σε πυκνοκατοικημένες περιοχές δημιουργούνταν στοματολογικές πολυκλινικές. Τα παιδιά υποβάλλονταν σε σχολικές οδοντιατρικές εξετάσεις και λειτουργούσαν και ιδιαίτερες οδοντιατρικές κλινικές για νέους. Η εισαγωγή φθορίου στο πόσιμο νερό, σε πολλές περιοχές, ήταν βέβαια ένα δαπανηρό αλλά και πολύ αποτελεσματικό μέτρο για την καταπολέμηση της τερηδόνας, με αυτό επιτεύχθηκε όμως, μείωση του σαπίσματος των δοντιών σε παιδιά κατά 70%.

Το νοσοκομειακό δίκτυο ήταν τόσο πυκνό, ώστε η απόσταση από τον τόπο κατοικίας ή της δουλιάς ως την πλησιέστερη κλινική να μην ήταν μεγαλύτερη από 20-25 χιλιόμετρα.

Η εργοστασιακή Πολυκλινική ιδρύονταν για τη βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης των εργαζομένων της επιχείρησης και των κατοίκων που έμεναν τριγύρω από αυτήν.

Όλες οι επιχειρήσεις που είχαν πάνω από 4.000 εργαζόμενους διέθεταν δικές τους πολυκλινικές με όλα τα σύγχρονα μέσα που είχαν ανάγκη οι γιατροί για τη θεραπεία των ασθενών.

Στην πολυκλινική κάθε εργοστασίου υπήρχε ένα κέντρο διάγνωσης καθώς επίσης και σύγχρονα μηχανήματα οδοντιατρείου. Τα βασικότερα τμήματα της ιατρικής, όπως γενική ιατρική, παθολογία, χειρουργική, γυναικολογία, ωτορινολαρυγγολογικό και ορθοπαιδικό τμήμα, αντιπροσωπεύονταν στην πολυκλινική. Με αυτόν τον τρόπο σε όλους τους σπουδαιότερους κλάδους, από την προληπτική προστασία της υγείας, τη φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας και την περίθαλψη μετά την ανάρρωση, εξασφαλιζόταν ολόπλευρη ιατρική περίθαλψη.

Οι γιατροί και οι νοσοκόμες που δούλευαν σε πολυκλινική εργοστασίου υπάγονταν στο Υπουργείο Υγείας, όμως είχαν το δικαίωμα να κάνουν συστάσεις στην επιχείρηση και να ελέγχουν την πραγματοποίησή τους.

Οι υπηρεσίες της πολυκλινικής είχαν πολλές απασχολήσεις: Από τις προληπτικές εξετάσεις καρκίνου - εκτενή γυναικολογική περίθαλψη - όλες οι γυναίκες του εργοστασίου εξετάζονταν προληπτικά μια φορά το χρόνο - μέχρι αναλύσεις στον τόπο της εργασίας, γυμναστική στα διαλείμματα. Εκτός από αυτά, το εργοστάσιο διέθετε δική του σάουνα.

Οι υπηρεσίες των επιχειρήσεων φρόντιζαν ιδιαίτερα για την προστασία της υγείας των εργαζομένων με βαριά σωματική δουριά σε συνθήκες υψηλής θερμοκρασίας, σκόνης, τοξικών υλών, θορύβου ή που δούλευαν με βάρδιες.

Θεσμοθετημένη ήταν και η συνδικαλιστική επιτροπή για την προστασία της εργασίας με αρμοδιότητα στον εντοπισμό των κινδύνων υγείας σε θέσεις εργασίας, των βλαβερών περιβαλλοντικών συνθηκών και την πάλη για την εξάλειψή τους. Ακόμη, τον έλεγχο των διευθυντών στα καθήκοντά τους για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας στον τόπο εργασίας, την εφαρμογή των μέτρων προστασίας.

Το κράτος χρηματοδοτούσε την ασφάλεια εργασίας και την υγιεινή στους τόπους εργασίας, στις λαϊκές επιχειρήσεις της ΓΛΔ.

Οι επιτροπές των συνδικάτων αποφάσιζαν και για ζητήματα θεραπείας και ποιος θα έπαιρνε αναρρωτική άδεια. Στην επιτροπή για τα ζητήματα θεραπείας έπαιρναν μέρος συνδικαλιστικά στελέχη μαζί με γιατρούς και απλούς έμπειρους εργαζόμενους.

Η κάθε επιτροπή είχε στη διάθεσή της θέσεις για προληπτικές άδειες θεραπείας σε σπίτια ανάπαυσης της επιχείρησης. Κατ' αρχήν εκεί στέλνονταν εργάτες παραγωγής, εργαζόμενοι που έκαναν βαριές δουλιές ή που δούλευαν με βάρδιες και οι πολύτεκνες οικογένειες. Η διαμονή, που διαρκούσε τρεις εβδομάδες, ήταν για τους εργαζόμενους τελείως δωρεάν. Στο διάστημα αυτό έπαιρναν το 90% του μέσου μηνιαίου μισθού και δωρεάν τα εισιτήρια για το ταξίδι.

Η εργατική Πρόνοια

Ένα από τα κεντρικά καθήκοντα των συνδικάτων ήταν το φαγητό στο εργοστάσιο. Προσφέρονταν 5-6 ποικιλίες φαγητών σε όλες τις βάρδιες. Οι έγκυες γυναίκες έπαιρναν ένα ειδικό φαγητό, τελείως δωρεάν. Σε ένα εργοστάσιο μπορεί να μαγειρεύονταν φαγητό και για άλλες μικρότερες επιχειρήσεις και για τους μαθητές των κοντινών σχολείων. Στα διαλείμματα προσφέρονταν αναψυκτικά.

Κοινωνική Πρόνοια

Για μια σειρά καθηκόντων κοινωνικής φροντίδας για τους εργαζόμενους υπεύθυνο ήταν το Υπουργείο Υγιεινής. Σε αυτά τα καθήκοντα ανήκαν ο προγραμματισμός και η οργάνωση νηπιαγωγείων και παιδικών σταθμών, η υποστήριξη πολύτεκνων οικογενειών, η αποκατάσταση αναπήρων, η φροντίδα για τους ηλικιωμένους, καθώς και η λύση βασικών κοινωνικοπολιτικών καθηκόντων σε

συνεργασία με τις Κοινωνικές Ασφαλιστικές και άλλες κοινωνικές οργανώσεις. Το 60% των βρεφών είχε θέση σε βρεφικούς και το 86% των παιδιών σε παιδικούς σταθμούς. Η ολοήμερη φροντίδα από προσωπικό με ιατρικές και παιδαγωγικές γνώσεις ήταν δωρεάν.

Για τη νέα οικογένεια: σε νιόπαντρα ζευγάρια έως 26 ετών, δίνονταν άτοκα δάνεια μέχρι 5.000 μάρκα (τιμές 1978). Από αυτό το δάνειο χαρίζονταν 1.000 μάρκα με τη γέννηση του πρώτου παιδιού, 1.500 στο δεύτερο και 2.500 στο τρίτο παιδί.

Ειδική φροντίδα του κράτους υπήρχε και για τις ανύπαντρες μητέρες και για τις πολύτεκνες οικογένειες.

Επιδόματα πολυτέκνων οικογενειών: δίνονταν κρατικές επιχορηγήσεις για αγορά ρουχισμού, επίπλων, θέρμανσης. Περισσότερες θέσεις για διακοπές, δωρεάν φαγητό στους παιδικούς σταθμούς[30].

Η Λαϊκή Αλληλεγγύη, με τα δύο εκατομμύρια μέλη το 1981, ήταν μια από τις μεγάλες κοινωνικές οργανώσεις που πρόσφεραν σημαντικές υπηρεσίες στον τομέα της κοινωνικής και πολιτιστικής μέριμνας για τους ηλικιωμένους[31].

Για τους ηλικιωμένους αναπτύχθηκαν διάφορες μορφές κατοικίας, όπως: Κατοικίες σε κοινοτικά και δημοτικά κτίρια, ειδικά σπίτια και σπίτια με διαμερίσματα για γέροντες, γηροκομεία και σπίτια περιποίησης γερόντων.

Επίσης λειτουργούσαν υπηρεσίες για την ανακαίνιση των κατοικιών των γερόντων, το πλύσιμο των ρούχων, η υπηρεσία μεταφοράς πραγμάτων, η παροχή γειτονικής βοήθειας, η προσφορά ζεστού μεσημεριανού φαγητού από κοντινές καντίνες επιχειρήσεων, εστιατόρια ή λέσχες της Λαϊκής Αλληλεγγύης ή από εκπαιδευμένους βοηθούς του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού της ΓΛΔ.

Οι επιχειρήσεις διατηρούσαν την επαφή με τους εργαζόμενους τους που αποχωρούσαν για λόγους ηλικίας ή υγείας, τους προσκαλούσαν σε κοινωνικές εκδηλώσεις και είχαν τη φροντίδα τους για κοινωνικά ζητήματά τους.

Ο Γερμανικός Ερυθρός Σταυρός (ΓΕΣ)

Ο ΓΕΣ οργάνωνε τις μεταφορές των αρρώστων και υποστήριζε τη γρήγορη ιατρική βοήθεια. Εκπαίδευε πολλά πρόσωπα στην Πρώτη Βοήθεια, στην περιποίηση αρρώστων και βρεφών και συνέβαλε στην προστασία του πληθυσμού σε περίπτωση καταστροφής και άμυνας.

Ο ΓΕΣ διατηρούσε χιλιάδες Σταθμούς Βοήθειας για θύματα ατυχημάτων και Σταθμούς Αναγγελίας ατυχημάτων, οργάνωνε την Υπηρεσία Διάσωσης Λουομένων και Ορειβατών και την Υπηρεσία Πρώτης Βοήθειας στους σιδηροδρομικούς σταθμούς[32].

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι κατακτήσεις των εργαζομένων στην υγεία, όπως και στην παιδεία και τον πολιτισμό, στις κοινωνίες της σοσιαλιστικής οικοδόμησης είχαν αναγνωριστεί από επιστημονικούς φορείς των καπιταλιστικών κοινωνιών, είχαν εμπνεύσει την πάλη του εργατικού και λαϊκού κινήματος. Αυτό είναι ένα αντικειμενικό κριτήριο για την τάση αντιμετώπισης της φροντίδας υγείας ως καθολικό κοινωνικό δικαίωμα από το κράτος στις χώρες της σοσιαλιστικής - κομμουνιστικής οικοδόμησης.

Βεβαίως, όπως ήδη αναφέραμε, παραμένει ανοικτό ζήτημα που αφορά και τον τομέα της υγείας - πρόνοιας, το πώς εξασφαλιζόταν συνεχώς η διευρυνόμενη ικανοποίηση των λαϊκών αναγκών. Σαφέστατα, άλλο ήταν το επίπεδο των αναγκών στις δεκαετίες του 1920 και 1930, άλλο στις δεκαετίες του 1950 και 1960 και άλλο στη δεκαετία του 1970 και 1980. Είναι φανερό ότι υπό την επίδραση

πολλών παραγόντων της ταξικής πάλης, εσωτερικά και διεθνώς, δεν πραγματοποιήθηκε η απαιτούμενη ανοδική ελικοειδής στροφή. Μπορεί και πρέπει να βγούμε σοφότεροι, χωρίς μηδενισμό και κυρίως με καθαρή τη δυνατή ταξική προοπτική. Είναι ζήτημα πάλης σε όλα τα επίπεδα, ιδεολογικής - πολιτικής και αλλαγής του συσχετισμού τελικά για την ανατροπή της υπάρχουσας εξουσίας. Είναι ζήτημα που αφορά όλους γενικά τους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους, μαζί με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Το μέτωπο πάλης στην υγεία μπορεί να γίνει ένας μεγάλος παραπόταμος για το μεγάλο ποτάμι του Λαϊκού Μετώπου που θα διεκδικεί τη λαϊκή εξουσία.

Η Μαρία Λαμπρινού είναι μέλος της ΚΕ του ΚΚΕ, της Συντακτικής Επιτροπής της ΚΟΜΕΠ και υπεύθυνη του Τμήματος Υγείας-Πρόνοιας.