

Κοινωνική Πολιτική

Τόμ. 8 (2017)

Κοινωνική Πολιτική #8



**Διαχείριση της Κρίσης, Κατοικία και Υγεία:
Γενίκευση και Μέτρηση της Στεγαστικής
Επισφάλειας και της Επισφάλειας Υγείας στην
Ελλάδα**

*Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος,
Στέργιος Σερέτης, Μιχάλης Πουλημάς, Αλέξης
Μπένος*

doi: [10.12681/sp.14603](https://doi.org/10.12681/sp.14603)

Copyright © 2017, Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος,
Στέργιος Σερέτης, Μιχάλης Πουλημάς, Αλέξης Μπένος



Άδεια χρήσης [Creative Commons Αναφορά 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Βιβλιογραφική αναφορά:

Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος Δ., Σερέτης Σ., Πουλημάς Μ., & Μπένος Α. (2017). Διαχείριση της Κρίσης, Κατοικία και Υγεία: Γενίκευση και Μέτρηση της Στεγαστικής Επισφάλειας και της Επισφάλειας Υγείας στην Ελλάδα. *Κοινωνική Πολιτική*, 8, 21-49. <https://doi.org/10.12681/sp.14603>

Διαχείριση της κρίσης, κατοικία και υγεία: γενίκευση και μέτρηση της στεγαστικής επισφάλειας και της επισφάλειας υγείας στην Ελλάδα

Δημοσθένης Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος

Υποψήφιος διδάκτορας Πολιτικής Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Στέργιος Σερέτης

Μεταδιδακτορικός ερευνητής Πολιτικής Οικονομίας της Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Μιχάλης Πουλημάς

Μεταδιδακτορικός ερευνητής Κοινωνιολογίας της Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Αλέξης Μπένος

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών
Υγείας – Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία αναλύονται, ως δομικοί προσδιοριστές των ανισοτήτων στην υγεία, η μακρο-οικονομική διαχείριση της κρίσης και η κοινωνική πολιτική της περιόδου 2008-2017, με έμφαση στις πολιτικές για τη στέγαση και την υγεία. Διατυπώνοντας ένα θεωρητικό επιχείρημα στο σημείο συνάντησης της μαρξιστικής κριτικής της πολιτικής οικονομίας (Gough 2008) και της φουκωικής «αναλυτικής της εξουσίας» (Φουκώ 1978 και Foucault 2007) (για τις δυνατότητες της σύνθεσης: Marsden 1999, Jessop 2008, Jessop και Sum 2013, Bidet 2016), αντλώντας δεδομένα από μελέτες της περιόδου, και αξιοποιώντας ειδικότερα την τυπολογία ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας των Οργανώσεων που εργάζονται με τους Αστεγούς (FEANTSA) (Edgar 2005) για την εκτίμηση της στεγαστικής επισφάλειας, τεκμηριώνεται ότι: (α) η διαχείριση της κρίσης μέσω της μακροοικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής, γενικεύει, αντί να προλαμβάνει ή να αμβλύνει τη στεγαστική επισφάλεια και την επισφάλεια υγείας· (β) οι εξεταζόμενες όψεις

της κοινωνικής πολιτικής δεν ανήκουν σε άλλο πολιτικό «παράδειγμα» από αυτό της μακροοικονομικής διαχείρισης – αντίθετα, αποτελούν μηχανισμό πολιτικής νομιμοποίησής της· γ) η στατιστική αποτύπωση των δεδομένων που συνδέονται με τη διαχείριση αυτή, όπως αντίστοιχα και η στατιστική «αφωνία», δεν αποτελούν ουδέτερη χρήση ή έλλειψη στοιχείων – αντίθετα, είναι μέρος της πολιτικής νομιμοποίησης της διαχείρισης αυτής: εξατομικεύουν και συσκοτίζουν παραμέτρους της στεγαστικής επισφάλειας και της επισφάλειας υγείας, περιορίζουν δηλαδή το πρόβλημα στα άκρα του σχετικού «φάσματος» και αντίστοιχα την πρόσληψή του στα όρια του πολιτικά «ανεκτού».

Λέξεις κλειδιά: *Κλειδιά: υγεία, στέγαση, κοινωνικοί προσδιοριστές, ελληνική κρίση, μακροοικονομική πολιτική, λιτότητα*

Abstract

In this article are being analyzed two social-political determinants of inequalities in health; the macro-economic management of the crisis and the social policy in Greece in the period 2008-2017, highlighting here housing and health policies. Articulating a theoretical argument on the meeting point of the Marxist critique of Political Economy (Gough 2008) and the Foucauldian “analytics of power” (Φουκώ 1978 and Foucault 2007) (for the epistemological frame of this synthesis: Marsden 1999, Jessop 2008, Jessop and Sum 2013, Bidet 2016), using data from studies of the same period, and building especially on ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (Edgar 2005) for assessing housing insecurity, it will be shown that: (a) crisis management via macroeconomic and social policy generalizes, instead of preventing or reduce, housing and health insecurity; (b) the social policy, in its aspects examined here, does not make part of a different political “paradigm”, comparing to that of the macroeconomic management – in reality, it consists a mechanism of its political legitimization; c) both the statistical monitoring of the crisis management and the lack of reliable statistic data (statistical “silence”), do not reflect a neutral use or lack of evidence – in contrary, they both make part of the political “paradigm” of the crisis management, as they individualize and obscure aspects of housing and health insecurity, limiting thus the problem in the edges of its “continuum” and, correspondently, limiting its comprehension in the limits of politically/ideologically “tolerable”.

Key-words: *health, housing, social determinants, greek crisis, macroeconomic policies, austerity*

«Η ιδέα της αυστηρής διάκρισης μεταξύ υγείας και νόσου», λέει ο βρετανός καθηγητής Ιατρικής Τζωρτζ Πίκερινγκ, «είναι μια ιατρική κατασκευή για την οποία η φύση, αν τη συμβουλευτούμε, δεν παρέχει καμία υποστήριξη» (Rose 2017). Υγεία και ασθένεια δεν αποτελούν διακριτές συμπαγείς οντότητες· αντίθετα, συνθέτουν από κοινού ένα συνεχές (φάσμα), στα άκρα του οποίου βρίσκονται οι «ασθενείς» και στο κύριο σώμα οι «φυσιολογικοί». Το κατώφλι της «παθολογίας» μετατοπίζεται, έτσι, *μαζί* με αυτό του πλειοψηφικού «φυσιολογικού»: αυτή είναι η βασική παραδοχή της πληθυσμιακής προσέγγισης της υγείας – της ιδέας ότι η υγεία αποτελεί γνώρισμα του πληθυσμού ως συνόλου.

Μολονότι οι ρίζες της προσέγγισης αυτής φτάνουν ως τον Ιπποκράτη, η ίδια επικαιροποιείται μόλις τον 19ο αιώνα· έκτοτε, ωστόσο, ανανεώνεται διαρκώς¹. Από το πρώτο κιόλας καταστατικό του, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά [ως] απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» (WHO 1946). Μελετώντας τη σύνδεση χοληστερόλης-στεφανιαίας νόσου και τα συμπτώματά της κατάθλιψης, ο (συντηρητικός) βρετανός επιδημιολόγος Τζέφρι Ρόουζ γράφει ότι «οι πρωταρχικοί παράγοντες των νόσων είναι κυρίως οικονομικοί και κοινωνικοί» (Rose 2017). Λίγο αργότερα, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση της επιδημιολογικής «μετάβασης» των ανεπτυγμένων καπιταλιστικών κοινωνιών, από τα λοιμώδη νοσήματα στα καρδιαγγειακά και τα αυτοάνοσα, ο Ρίτσαρντ Ουίλκινσον κάνει λόγο για «ανθυγιεινές κοινωνίες». Ο ίδιος εξηγεί δε ότι το επίπεδο υγείας και το προσδόκιμο ζωής σε κάθε χώρα δεν προσδιορίζονται από την οικονομική και την τεχνολογική ανάπτυξη, αλλά από το εύρος των ανισοτήτων στο εσωτερικό της (Wilkinson 1996). Στο ίδιο μήκος, όσον αφορά την «ανάπτυξη» και την αντιστροφή της, οι Stuckler και Basu τονίζουν πως «πραγματικός κίνδυνος για τη δημόσια υγεία δεν είναι η ύφεση αυτή καθαυτήν, αλλά η λιτότητα» (Stuckler & Basu 2013, Πετμεζίδου 2015).

Παρά τη μεθοδολογική συνοχή και την εξαντλητική τεκμηρίωση (βλ. πιο πρόσφατα, ενδεικτικά: Navarro & Shi 2001, WHO 2003, Kondilis et. al. 2013, Navarro & Muntaner 2014), η κοινωνική/πληθυσμιακή προσέγγιση της υγείας αμφισβητείται συχνά ως «ιδεολογική». Η κοινωνική ευθύνη, σημειώνει ο αμερικανός οικονομολόγος της υγείας Victor Fuchs (1998), δεν μπορεί να απολυτοποιείται: «Η θετική υγεία μπορεί να επιτευχθεί μόνο χάρη στην έξυπνη προσπάθεια κάθε ατόμου [και] καμιά κυβέρνηση, τώρα ή στο προβλέψιμο μέλλον, δεν μπορεί να εξασφαλίσει υγεία για κάθε άτομο».

Ενώ λοιπόν η πληθυσμιακή προσέγγιση ωθεί την πολιτική υγείας προς την ανάληψη δράσης με άξονα τους κοινωνικούς προσδιοριστές, με βάση δηλαδή τα κοινωνικά χαρακτηριστικά στο πλαίσιο των οποίων εκτυλίσσεται η διαβίωση (Tarlon στο Blane D. et. al. 1996), η ατομική προ-

1. Με τις μελέτες του «πατέρα» της Κοινωνικής Ιατρικής Ρούντολφ Βίρχοφ για την επιδημία τύφου στην Άνω Σιλεσία και την επιδημία χολέρας στο Βερολίνο (βλ. Rose 2017)· αυτές του άγγλου γιατρού Τζων Σνόου, ενός από τους πρωτεργάτες της σύγχρονης επιδημιολογίας, για τη χολέρα στο Σόχο της Αγγλίας· εκείνες του Φρίντριχ Ένγκελς, για την κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία και το ζήτημα της κατοικίας (Engels 1974, 2012)· αλλά και με την εμβληματική στην εποχή της κοινωνιολογική προσέγγιση της αυτοκτονίας, του Εμίλ Ντυρκέμ (1897).

σέγγιση, που διαθέτει επίσης μακρά παράδοση², προκρίνει μια *συμπτωμική* (όχι δηλαδή ριζική, αλλά προσανατολισμένη προς το σύμπτωμα) στρατηγική. Στο όνομα της «αποτελεσματικότητας», η στρατηγική αυτή θέτει σε προτεραιότητα τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες «υψηλού κινδύνου». Παραγνωρίζει, έτσι, πως «μεγάλος αριθμός ανθρώπων σε μέτριο κίνδυνο μπορεί να δώσει περισσότερες περιπτώσεις νόσου απ' ό,τι ένας μικρός αριθμός ατόμων σε μεγάλο κίνδυνο» (Rose 2017). Υπό το πρίσμα λοιπόν αυτό, και σε ιδεολογικό πια επίπεδο, άλλοτε ευνοεί την ενοχοποίηση του θύματος (βλ. σχετικά: Crawford 1976, Navarro 1993)· και άλλοτε απλώς νομιμοποιεί, ως ικανοποίηση της απαίτησης για ατομική ελευθερία (ενδεικτικά: Χάγκεν 2013, Κυριόπουλος 2017), πολιτικές ιδιωτικοποιήσεων της φροντίδας υγείας.

Αν τα άτομα έχουν την κύρια ή την αποκλειστική ευθύνη για την κατάσταση της υγείας τους, τότε η κοινωνική/κρατική εγγύηση της φροντίδας υγείας πρέπει να περιορίζεται σε όσες και όσους την έχουν απόλυτη ανάγκη: το δόγμα αυτό καθοδηγεί τον σχεδιασμό των πολιτικών υγείας στα χρόνια της «νέας πολιτικής» για το κοινωνικό κράτος (βλ. Πετμεζίδου στο Esping Andersen 2014: 14-16) – της μετάβασης, δηλαδή, από το «καθολικό» στο «σημειακό»/στοχευμένο κοινωνικό κράτος, και σήμερα, στο νεοφιλελεύθερης έμπνευσης «δίκτυ ασφαλείας» (safety net) για τους χαμένους της δομικής προσαρμογής (για συγκεκριμένες «εφαρμογές» του δόγματος αυτού, βλ. World Bank 1993, Πετμεζίδου και Παπαναστασίου 2015, IMF 2017). Αναμενόμενα, τα αποτελέσματα είναι τα αντίθετα από τα διακηρυγμένα: ενώ, ιδίως στις κρίσεις, οι ανισότητες οξύνονται, οδηγώντας σε πολλαπλασιασμό των αναγκών για φροντίδα υγείας, η εμπλοκή της αγοράς στο πεδίο ακυρώνει τις προσδοκίες αναδιανεμητικής λειτουργίας της κοινωνικής πολιτικής και «κλειδώνει» την παροχή φροντίδας υγείας σε αναλογία αντίστροφη με τις ανάγκες του πληθυσμού (inverse care law· βλ. Hart 1971). Τον «κανόνα» αυτό εμβαθύνει η λεγόμενη «νέα πολιτική», η στρατηγική δηλαδή που έπεται, χρονικά, της «χρυσής περιόδου» 1945-1975: σε επίπεδο μεταρρυθμίσεων, η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει την περιστολή της δαπάνης, την επανεμπορευματοποίηση (την ενίσχυση, δηλαδή, της κάλυψης μέρους ή του συνόλου των αναγκών μέσω της αγοράς) και την επαναρρύθμιση του συστήματος παροχών με το βλέμμα στις «ευπαθείς ομάδες» και τους «νέους κινδύνους» (βλ. Πετμεζίδου 2014: 14-16). Για την νομιμοποίηση των μεταρρυθμίσεων αυτών, αποδεικνύεται κρίσιμο ένα μείγμα ελιγμών, όπως η απόκρυψη των βασικών στόχων των μεταρρυθμίσεων («συσκότιση»), η παροχή αντισταθμιστικών ωφελημάτων προς συγκεκριμένες ομάδες (compensation) και τακτικές τύπου «διαίρει και βασίλευε» (Πετμεζίδου 2014).

Σε ό,τι ακολουθεί, θα αναλυθούν οι δομικοί/κοινωνικοπολιτικοί προσδιορισμοί που δημιουργούν και επιτείνουν ανισότητες στη υγεία στη χώρα μας κατά την περίοδο 2008-2017, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία ως «πλήρη σωματική, διανοητική και κοινωνική ευεξία» (επισφάλεια υγείας). Θα δώσουμε έμφαση στην μακρο-οικονομική διαχείριση και την κοινωνική πολιτική, και ως

2. «Είναι πασίγνωστο το γεγονός», παραθέτει ο Ένγκελς (2012) από τον Αυστριακό οικονομολόγο Εμίλ Ζαξ, «ότι πολλοί απ' αυτούς (τους εργάτες) από επιπολαιότητα, κυρίως όμως από άγνοια, στερούν τον οργανισμό τους –και μάλιστα μπορούμε να πούμε με δεξιотехνία- απ' τους όρους φυσιολογικής ανάπτυξης και υγιεινής διαβίωσης κι αυτό γιατί δεν έχουν την ελάχιστη ιδέα από υγιεινή σώματος και ιδιαίτερα γιατί δεν ξέρουν πόσο τεράστια σημασία έχει σ' αυτό το ζήτημα η κατοικία».

προς την τελευταία, στα σκέλη της στεγαστικής πολιτικής και της πολιτικής υγείας. Αντλώντας υλικό από μελέτες και στατιστικά δεδομένα της περιόδου, αξιοποιώντας ειδικότερα την τυπολογία ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας των Οργανώσεων που εργάζονται με τους Αστεγούς (FEANTSA) (Edgar 2005 και 2007) για την εκτίμηση της στεγαστικής επισφάλειας, και αρθρώνοντας ένα θεωρητικό επιχείρημα στο σημείο συνάντησης της μαρξιστικής κριτικής της πολιτικής οικονομίας (Gough 2008) και της φουκωικής «αναλυτικής» της εξουσίας (Φουκώ 1978 και Foucault 2007 – για τις δυνατότητες σύνθεσης: Marsden 1999, Jessop 2008, Jessop και Sum 2013, Bidet 2016), θα τεκμηριωθεί ότι:

(α) η διαχείριση της κρίσης μέσω της μακροοικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής, γενικεύει, αντί να προλαμβάνει ή να αμβλύνει, τη στεγαστική επισφάλεια και την επισφάλεια υγείας· (β) ότι οι εξεταζόμενες όψεις της κοινωνικής πολιτικής δεν ανήκουν σε άλλο πολιτικό «παράδειγμα» από αυτό της μακροοικονομικής διαχείρισης – αντίθετα, αποτελούν μηχανισμό ταξικής διαστρωμάτωσης (Esping-Andersen 2014) και τελικά νομιμοποίησής της· (γ) ότι η στατιστική αποτύπωση των δεδομένων που συνδέονται με τη διαχείριση αυτή, όπως αντίστοιχα και η στατιστική «αφωνία», δεν αποτελούν προϊόντα ουδέτερης χρήση ή έλλειψης στοιχείων· αντίθετα, αποτελούν επίσης μέρος της πολιτικής νομιμοποίησης της διαχείρισης αυτής – κι αυτό γιατί αποκρύπτουν ή εξατομικεύουν παραμέτρους της στεγαστικής επισφάλειας και της επισφάλειας υγείας, δηλαδή περιορίζουν το πρόβλημα στα άκρα του σχετικού «φάσματος» (τα «ευπαθή» άτομα ή ομάδες), και αντίστοιχα, την πρόσληψη του προβλήματος εντός των ορίων του πολιτικά «ανεκτού».

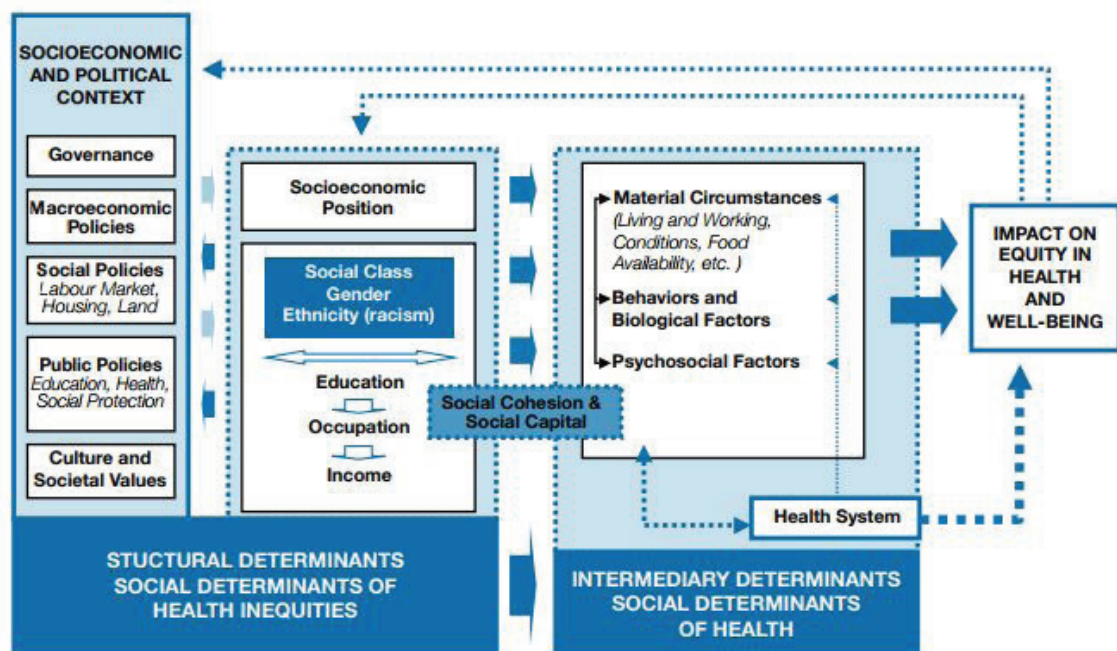
Η εργασία διαρθρώνεται σε τρία μέρη: Στο πρώτο θα αναλυθούν οι δομικοί προσδιοριστές των ανισοτήτων στην υγεία (WHO 2003, Solar-Irwin 2010) στο πλαίσιο του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής και της φιλελεύθερης *κυβερνολογικής* (Foucault 2007). Στο δεύτερο θα αναδειχτούν οι παράμετροι της μακροοικονομικής διαχείρισης της κρίσης που έχουν ισχυρότερη συνάφεια με τις ανισότητες στην υγεία και τη στεγαστική επισφάλεια. Στο τρίτο μέρος θα εκτεθούν βασικές πτυχές της στεγαστικής πολιτικής και της πολιτικής υγείας που σχετίζονται με τη στεγαστική επισφάλεια και την επισφάλεια υγείας την περίοδο 2008-2017. Εν είδει επιλόγου, στο τέλος της εργασίας θα εκθέσουμε τα βασικά συμπεράσματα.

Πρώτο μέρος

Δομικοί προσδιοριστές των ανισοτήτων στην υγεία

Το 2008, η Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας θα απευθύνει έκκληση για δράση με επίκεντρο τους παράγοντες που θα λέγαμε «ουστημικούς»: «τη φύση και το βαθμό της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, την παγκόσμια και εθνική οικονομική και κοινωνική πολιτική, τις διαδικασίες διακυβέρνησης σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο» (WHO 2008: 42). Σε μια πρόσφατη προσπάθεια να ιεραρχηθούν οι παράγοντες αυτοί, οι Solar και Irwin (2010) θα προτείνουν μια διάκριση ανάμεσα στους *δομικούς προσδιοριστές*, που ευθύνονται για τη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία, και τους *ενδιάμεσους κοινωνικούς προσδιοριστές*, που επηρεάζουν το ίδιο το αγαθό της υγείας.

Πίνακας 1: Δομικοί προσδιοριστές-κοινωνικοί προσδιοριστές των ανισοτήτων στην υγεία και ενδιάμεσοι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας



(Πηγή: Solar-Irwin 2010)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, η διακυβέρνηση, οι μακροοικονομικές πολιτικές και η κοινωνική πολιτική, τμήμα της οποίας αποτελούν και οι πολιτικές για την υγεία και τη στέγαση, συγκαταλέγονται στους *δομικούς κοινωνικούς προσδιοριστές* της υγείας – αυτούς που σχετίζονται με τις υγειονομικές ανισότητες.

Οι υλικές συνθήκες της διαβίωσης, από την άλλη πλευρά, συγκαταλέγονται στους *ενδιάμεσους κοινωνικούς προσδιοριστές*, καθώς «υπερπροσδιορίζονται» από τους προαναφερθέντες δομικούς.

Μακροοικονομική διαχείριση και υγεία

Από μια μακρο-οπτική, οικονομία και υγεία συνδέονται μέσω τριών τουλάχιστον μηχανισμών (Παπαναστασίου 2015):

- α) η περικοπή των μισθών επιδεινώνει το βιοτικό επίπεδο, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία, και αποκλείοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού·
- β) η όξυνση της ανεργίας αυξάνει τη νοσηρότητα του πληθυσμού· και
- γ) η περιστολή των δημοσίων δαπανών για την υγεία μειώνει την ποσότητα και την ποιότητα των δημοσίων παροχών υγείας.

Επιπλέον, η συρρίκνωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας περιορίζουν σημαντικά τις ασφαλιστικές εισφορές και τη δυνατότητα άντλησης φόρων, που με τη σειρά τους επηρεάζουν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Παπαναστασίου 2015).

Από την άποψη της μακροοικονομικής διαχείρισης, κομβική παράμετρος είναι η λιτότητα, καθώς οδηγεί σε «εκτίναξη της ανεργίας, διεύρυνση της εισοδηματικής ανισότητας, όξυνση του κοινωνικού αποκλεισμού και φαινόμενα που σχετίζονται αρνητικά τόσο με το επίπεδο υγείας (βιολογική, ψυχολογική και συναισθηματική φθορά των ατόμων), όσο και με το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας (συρρίκνωση των αναγκαίων υλικών και μη υλικών πόρων του συστήματος)» (Πετμεζίδου και Παπαναστασίου 2015).

Στεγαστική πολιτική, επισφαλής στέγαση και πολιτική υγείας

Η στεγαστική πολιτική είναι «το σύνολο των μέτρων που σχεδιάζονται για να ρυθμίσουν την ποιότητα, την ποσότητα, τις τιμές, την ιδιοκτησία και τον έλεγχο της κατοικίας» (Κουραχάνης 2017). Αντίστοιχα, η πολιτική υγείας είναι το σύνολο των παρεμβάσεων που επιδιώκουν α) την εγκαθίδρυση, τη διατήρηση και την ενίσχυση των πολιτικών, οικονομικών και πολιτισμικών δομικών προσδιοριστών που προάγουν την υγεία· β) την επίδραση στους παράγοντες που συνδέονται με τον ατομικό τρόπο ζωής και γ) τη σύνδεση των δύο προηγούμενων (Navarro 2007).

Η συσχέτιση κατοικίας, σχέσεων ιδιοκτησίας και (πολιτικής) υγείας οφείλει πολλά στις παρατηρήσεις των Μαρξ και Ένγκελς για την «υποταγή» της υπαίθρου στην πόλη και τη δημιουργία των μεγαλουπόλεων υπό την αιγίδα της αστικής τάξης. Ιδίως χάρη στις εργασίες του Ένγκελς, οι εργατικές συνοικίες στα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης αποκαλύφθηκαν ως «εστίες λοιμωδών νόσων – φριχτές σπηλιές και τρύπες όπου ο κεφαλαιοκρατικός τρόπος παραγωγής κλείνει κάθε νύχτα τους εργάτες [και όπου] η χολέρα, ο τύφος, ο τυφοειδής πυρετός, η ευλογιά και άλλες εξολοθρευτικές αρρώστιες σκορπάνε στο μολυσμένο αέρα και στο δηλητηριασμένο νερό αυτών των εργατικών συνοικιών τα μικρόβιά τους» (Ένγκελς 2012). Ιδιόκτητη ή μη, υποστηρίζει ο Ένγκελς, στα χρόνια του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, η κατοικία παραμένει εμπόρευμα – γι' αυτό και το στεγαστικό πρόβλημα δεν μπορεί να επιλυθεί στο πλαίσιο του καπιταλισμού και των μεγάλων αστικών κέντρων.

Επισημαίνοντας την κρισιμότητα της κατοικίας ως κοινωνικού προσδιοριστή της υγείας, ο ΠΟΥ σημειώνει ότι στις αναπτυγμένες χώρες, το 80-90% της μέρας περνά σήμερα σε δομημένα περιβάλλοντα, και κυρίως στο σπίτι (WHO 2010). Με βάση μελέτες του Οργανισμού, περισσότεροι από τους μισούς θανάτους παιδιών κάτω των 5 ετών λόγω λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού οφείλονταν στη χρήση στερεών καυσίμων στο σπίτι. Ο ίδιος δε ο ΠΟΥ υπολογίζει σε 4.3 εκ. τους ανθρώπους που πεθαίνουν πρόωρα κάθε χρόνο από ασθένειες σχετικές με τη χρήση των καυσίμων αυτών (12% από πνευμονία, 34% από εγκεφαλικό, 26% από ισχαιμικά επεισόδια, 22% από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και 6% από καρκίνο του πνεύμονα) (WHO 2016).

Η ποιότητα του εξαερισμού, η ασφάλεια, ο θόρυβος, η υγρασία και η ανάπτυξη παρασίτων και μούχλας, οι εσωτερικές θερμοκρασίες, το ραδόνιο, πτητικές οργανικές ενώσεις, η έλλειψη

εξοπλισμού καθαριότητας και υγιεινής, ο κακός φωτισμός και ο συνωστισμός είναι, σύμφωνα με τον Bonnefoy (2007), μερικές από τις πιο κοινές απειλές για την υγεία που συνδέονται με την κατοικία. Η κατοικία, λέει ο ίδιος, είναι ένα καθημερινό τοπίο που, είτε υποστηρίζει, είτε περιορίζει τη φυσική και ψυχοκοινωνική ευεξία των ενοίκων της.

Αντίστοιχα όμως και η *στεγαστική επισφάλεια*, η οριακή δηλαδή κατάσταση διαβίωσης και διατήρησης της κατοικίας (Αράπογλου 2015), έχει πολλαπλές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Έρευνες έδειξαν ότι όσες και όσοι βιώνουν στεγαστική επισφάλεια, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα στρες, καθυστερούν τις επισκέψεις σε γιατρούς αδυνατώντας να καλύψουν το κόστος εξετάσεων και θεραπειών, καπνίζουν συχνότερα και γενικότερα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα υγείας (Stahre et. al. 2011). Αν ο μέσος ενήλικας χρειάζεται 6-9 ώρες νυχτερινού ύπνου, οι άστεγοι κοιμούνται κατά μέσο όρο 3,5 ώρες (TUCK 2017). Η χρόνια έλλειψη ύπνου –λόγω του θορύβου από διερχόμενα οχήματα ή πεζούς, των φώτων του δρόμου ή του ήλιου, ακραίων καιρικών συνθηκών, φόβων για την ασφάλεια ή σωματικών παθήσεων– αυξάνει τον κίνδυνο της παχυσαρκίας, του διαβήτη, σχιζοειδών συμπτωμάτων, της εκδήλωσης βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς και της απώλειας μνήμης (TUCK 2017).

Ενώ η επισφαλής κατοικία συνιστά κεντρικό ζήτημα δημόσιας υγείας, από τη σκοπιά των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στην υγεία, έρευνα που αξιοποιεί τον «νόμο της αντίστροφης φροντίδας» (Hart 1971) στα συμφοραζόμενα της στεγαστικής πολιτικής στην Αγγλία, (Blane et. al. 2000) έδειξε τη συσχέτιση μεταξύ κακής ποιότητας κατοικίας, κλίματος, και (κακής) λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος – μελέτη που, σημειωτέον, δημοσιεύτηκε πριν από την έναρξη της ύφεσης, σε μια από τις χώρες-ατμομηχανές της καπιταλιστικής ανάπτυξης.

Τα προαναφερθέντα μας φέρνουν μπροστά στο ζήτημα των δομικών προσδιορισμών της στεγαστικής επισφάλειας: την έλλειψη ποιοτικής κατοικίας χαμηλού κόστους λόγω της εμπορευματοποίησής της· των υψηλών ποσοστών φτώχειας· των γενικότερων οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών· και του επιπέδου της φροντίδας υγείας (βλ. και Elliott-Crivo 1991). Το 2005, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των Οργανώσεων που εργάζονται με τους Αστεγούς (FEANTSA) πρότεινε την τυπολογία ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion), σε μια προσπάθεια να αναδείξει την πολλαπλότητα των παραγόντων που συνδέονται με τη στεγαστική επισφάλεια – αλλά και να προσανατολίσει τη στεγαστική πολιτική στην προληπτική αντιμετώπισή τους. Με βάση την προσέγγιση της FEANTSA, η στεγαστική επισφάλεια δεν στοιχειοθετείται μόνο στην περίπτωση έλλειψης κατοικίας ή επαρκούς κατοικίας (φυσική διάσταση): εκτείνεται στην περίπτωση των περιορισμένων δικαιωμάτων ή της απουσίας δικαιωμάτων για παραμονή σε κατοικία (νομική διάσταση), καθώς και στην περίπτωση που μια κατοικία δεν παρέχει επαρκή ιδιωτικότητα, ασφάλεια, χώρους για κοινωνικοποίηση κ.λπ. (κοινωνική διάσταση) (για την τυπολογία και την κριτική της: Κουραχάνης 2017).

Η τυπολογία ETHOS διακρίνει, βάσει των προαναφερθέντων, τέσσερις κατηγορίες πληθυσμών στο φάσμα της στεγαστικής επισφάλειας:

α) τους άστεγους στο δρόμο (roofless), όσες/ους δηλαδή δεν έχουν κανενός είδους κατάλυμα· β) τους στερούμενους/ες κατοικίας (houseless), όσες/ους δηλαδή διαβιούν σε ξενώνες, προνοιακά ή σωφρονιστικά ιδρύματα ή άλλα προσωρινά καταλύματα· γ) τους διαβιούντες σε επισφαλής κατοικία (insecure housing), όσες/ους δηλαδή απειλούνται σοβαρά να χάσουν τη στέγη για οικονομικούς, νομικούς ή κοινωνικούς λόγους, όπως π.χ. λόγω έξωσης ή ενδοοικογενειακής

βίας· και δ) τους διαβιούντες σε ακατάλληλη κατοικία (inadequate housing), όσες/ους δηλαδή ζουν σε παράτυπους καταυλισμούς, караβάνια, ερειπωμένα κτίρια ή σε συνθήκες συνωστισμού.

Μακροοικονομική διαχείριση, κοινωνική πολιτική και φιλελεύθερη «κυβερνολογική»

Οι δομικοί προσδιοριστές εντείνουν τις ανισότητες στην υγεία επιδρώντας κατά μόνος όσο και συνδυαστικά, στο βαθμό που και οι ίδιοι αλληλοπροσδιορίζονται. Άμεσα επηρεαζόμενη από τη μακροοικονομική διαχείριση, μέσω των δημόσιων δαπανών, η κοινωνική πολιτική, που περιλαμβάνει την πολιτική υγείας και τη στεγαστική πολιτική υπό δημόσια ευθύνη, δεν είναι γενικώς ένα σύνολο δημόσιων παρεμβάσεων για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών· αντίθετα, πρόκειται για το πολιτικό εργαλείο που, δεδομένου του δομικού της ρόλου στις καπιταλιστικές κοινωνίες, προορίζεται να *διαχειριστεί τις συνέπειες* των ανισοτήτων στο επίπεδο της καπιταλιστικής παραγωγής (Gough 2008), *όχι δηλαδή να εξαλείψει τις αιτίες τους*. Στρατηγική μέριμνά της είναι η νομιμοποίηση της μακροοικονομικής διαχείρισης – η διασφάλιση συναινέσεων για την κατά το δυνατόν πιο απρόσκοπτη επανεκκίνηση της διαδικασίας συσσώρευσης κεφαλαίου. Αυτή η συνθήκη ορίζει και την εγγενή αντιφατικότητα του κοινωνικού κράτους: εργαλείο άμβλυνσης των ανισοτήτων, ικανοποίησης κοινωνικών συμφερόντων και αποτέλεσμα διεκδικήσεων, από τη μια· εργαλείο κοινωνικής ενσωμάτωσης και ταξικής διαστρωμάτωσης από την άλλη (Esping Andersen 2014). «Εργαλείο διαστρωμάτωσης» σημαίνει ότι η κοινωνική πολιτική δεν ανταποκρίνεται γενικώς στην ανάγκη προσέλκυσης ψηφοφόρων, ούτε εξαντλείται στην αναπαραγωγή υφιστάμενων ανισοτήτων· αντίθετα, πρόκειται για το πεδίο όπου συναντιούνται η κοινωνική αλληλεγγύη, η δόμηση και η διαίρεση κοινωνικών τάξεων – όπου δηλαδή στρώματα, τάξεις και μερίδες ενοποιούνται απέναντι σε άλλα.

Υπό το πρίσμα αυτό, οι επιμέρους «συνιστώσες» της κοινωνικής πολιτικής ανήκουν σε μια μεταβαλλόμενη ενίοτε, πάντοτε όμως ενιαία τεχνοτροπία και λογική άσκησης της εξουσίας («κυβερνολογική», βλ. Foucault 2007): συνθέτουν από κοινού ένα πλήθος σχέσεων δύναμης, σχηματίζουν «σύστημα», υπαγορεύονται από ένα γενικό σχέδιο και αποκρυσταλλώνονται θεσμικά στους κρατικούς μηχανισμούς, στη διατύπωση του νόμου και, εντέλει, στις κοινωνικές ηγεμονίες (Φουκώ 1978). Δεν επιδιώκουν την πρόληψη ή την ακύρωση φαινομένων, όπως η επισφάλεια της υγείας και η στεγαστική επισφάλεια, δεδομένου ότι δεν προσανατολίζονται στις *αιτίες* των φαινομένων αυτών: «Η φιλελεύθερη εξουσία», λέει ο Αγκάμπεν (2013), «διεκδικεί τη συναίνεση υποδυόμενη ότι ελέγχει τις *συνέπειες*» (η υπογράμμιση δική μας). Στόχος των παρεμβάσεων αυτών, λοιπόν, είναι περισσότερο η προοδευτική αυτο-ακύρωση των φαινομένων, μέσα από την εκδήλωσή τους και τον περιορισμό τους μέσα σε αποδεκτά όρια: σκοπός, σε τελική ανάλυση, είναι η *ασφάλεια του πληθυσμού*, μέσω μιας εξαντλητικής επιτήρησης και μέτρησης, με την οποία *εξατομικεύονται* συλλογικά φαινόμενα, όπως οι ασθένειες – η ασφάλεια του πληθυσμού νοούμενη ως *ασφάλεια του ηγεμόνα* (Foucault 2007). Η κρισιμότητα της επιτήρησης και της μέτρησης εξηγεί και τη θέση-αποστροφή του Φουκώ ότι «η στατιστική είναι η επιστήμη του κράτους» (Foucault 2007, και για τη σχέση σώματος, πληθυσμού και μέτρησης: Φουκώ 1978).

Μέρος δεύτερο

Η μακρο-οικονομική διαχείριση της κρίσης ως δομικός προσδιοριστής των ανισοτήτων στην υγεία

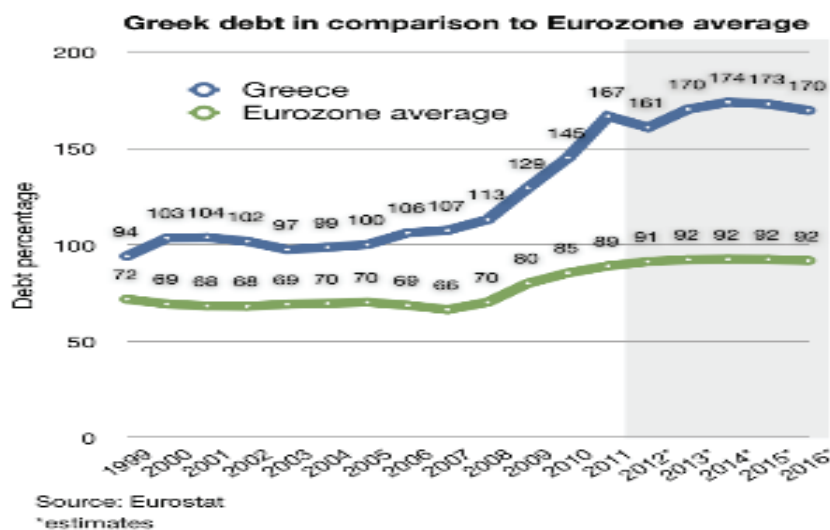
Όπως προαναφέρθηκε, η περικοπή των μισθών, η όξυνση της ανεργίας και η περιστολή των δημοσίων δαπανών είναι οι τρεις βασικές παράμετροι της μακρο-οικονομικής πολιτικής που σχετίζονται ισχυρότερα με την υγεία. Τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής, ιδίως μετά το 2010, συνδέονται και με τις τρεις, όπως θα δούμε παρακάτω. Στόχος των προγραμμάτων αυτών, θεωρητικά, είναι να αποκαταστήσουν την πιστοληπτική ικανότητα του ελληνικού Δημοσίου και να προωθήσουν τις μεταρρυθμίσεις που θα επαναφέρουν τον ελληνικό καπιταλισμό σε τροχιά ανάπτυξης. Η έκδηλη αποτυχία τους (απογείωση του χρέους, βύθιση του ΑΕΠ, εκτίναξη της ανεργίας) αποτυπώνεται στους παρακάτω πίνακες:

Πίνακας 2: Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη 2004-2016

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		2011	2012	2013	2014	2015	2016
(% μεταβολή, εκτός άλλης αναφοράς)														
Εγχώρια οικονομία														
ΑΕΠ σε τιμές έτους αναφοράς 2010	5.1	0.6	5.7	3.3	-0.3	-4.3	-5.5		-9.1	-7.3	-3.2	0.4	-0.2	0.0
Συνολική εγχώρια ζήτηση (συμβολή)	2.9	0.2	8.5	5.9	-0.7	-7.3	-7.4		-12.0	-10.5	-4.4	0.5	-1.2	0.5
Ιδιωτική κατανάλωση	3.6	3.2	2.8	4.1	3.6	-1.7	-6.5		-9.7	-8.0	-2.6	0.4	-0.2	1.4
Δημόσια κατανάλωση	4.1	4.1	6.8	5.4	-2.3	2.0	-4.2		-7.0	-6.0	-6.4	-1.4	0.0	-2.1
Ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου	3.0	-11.9	19.4	15.9	-7.2	-13.9	-19.3		-20.5	-23.5	-8.4	-4.6	-0.2	0.1
Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	18.6	3.3	5.2	10.6	3.5	-18.5	4.9		0.0	1.2	1.5	7.8	3.4	-2.0
Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	4.4	0.9	13.3	15.5	1.3	-20.4	-3.4		-9.4	-9.1	-2.4	7.6	0.3	-0.4
Αποπληθωριστής ΑΕΠ	3.1	2.2	3.5	3.4	4.3	2.6	0.7		0.8	-0.4	-2.4	-1.8	-1.0	0.1
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές (δισεκατομμύρια €)	193.7	199.2	217.9	232.7	242.0	237.5	226.0		207.0	191.2	180.7	177.9	175.7	175.9
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	8.3	2.9	9.3	6.8	4.0	-1.8	-4.8		-8.4	-7.6	-5.5	-1.5	-1.3	0.1
Εθνικός ΔΤΚ ⁽¹⁾ (μέσος δείκτης 12μηνου)	2.9	3.5	3.2	2.9	4.2	1.2	4.7		3.3	1.5	-0.9	-1.3	-1.7	-0.8
Εν. ΔΤΚ ⁽²⁾ (μέσος δείκτης 12μηνου)	3.0	3.5	3.3	3.0	4.2	1.3	4.7		3.1	1.0	-0.9	-1.4	-1.1	0.0
Πυρίλας Πληθωρισμού ⁽³⁾ (μέσος δείκτης 12μηνου)	3.1	3.3	2.2	2.7	2.9	2.4	2.7		1.0	-0.3	-2.8	-1.4	-1.3	-0.4
Ανεργία (μέσο ετήσιο ποσοστό)	10.6	10.0	9.0	8.4	7.8	9.6	12.7		17.9	24.4	27.5	26.5	24.9	23.5
(% του ΑΕΠ)														
Δημόσια οικονομικά (Γενική Κυβέρνηση) ⁽⁴⁾														
Σύνολο εσόδων			39.2	40.4	40.7	38.9	41.3		44.1	46.6	49.1	47.0	47.9	
Σύνολο δαπανών			45.1	47.1	50.8	54.1	52.5		54.4	55.4	62.3	50.6	55.4	
Πρωτογενείς δαπάνες			40.7	42.6	46.0	49.0	46.6		47.1	50.3	58.3	46.6	51.8	
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης			-5.9	-6.7	-10.2	-15.1	-11.2		-10.3	-8.8	-13.2	-3.6	-7.5	
Πρωτογενές ισοζύγιο			-1.5	-2.2	-5.4	-10.1	-5.3		-3.0	-3.7	-9.1	0.4	-3.9	
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης κατά Μάστροχη ⁽⁵⁾			103.6	103.1	109.4	126.7	146.2		172.1	⁽⁶⁾ 159.6	177.4	179.7	177.4	
Ισοζύγιο πληρωμών ⁽⁷⁾⁽⁸⁾														
Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών						-12.4	-11.4		-10.0	-3.8	-2.0	-2.1	-0.1	
Εμπορικό ισοζύγιο και ισοζύγιο υπηρεσιών						-9.1	-8.1		-6.1	-3.8	-2.8	-2.3	-0.2	
Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών						18.9	21.9		25.3	28.6	30.5	32.6	29.9	
Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών						28.0	30.1		31.5	32.4	33.2	34.8	30.1	
Τρέχουσες μεταβιβάσεις						-0.4	-0.8		-0.7	-0.5	1.0	-0.2	-0.3	
Καθαρές εισπράξεις ενοδημάτων						-2.8	-2.5		-3.2	0.4	-0.3	0.3	0.4	
Καθαρή διεθνής επενδυτική θέση			-66.9	-75.6	-82.6	-93.7	-75.8	-87.5	-88.8	-115.9	-130.4	-132.5	-134.6	
(% μεταβολή, εκτός άλλης αναφοράς)														
Επιτόκια και χρηματοδότηση ⁽⁹⁾														
Επιτόκιο δανεισμού ⁽¹⁰⁾	5.9	5.9	6.7	7.2	7.2	5.7	6.5		7.6	7.2	6.9	6.1	5.8	
Χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα ⁽¹¹⁾	19.8	21.2	21.1	21.5	15.9	4.1	0.0		-3.1	-4.0	-3.9	-3.1	-2.0	
Συναλλαγματικές ισοτιμίες ⁽¹²⁾														
Ονομαστική σταθμισμένη συναλλαγματική ισοτιμία	1.7	-1.0	0.0	1.3	2.4	1.2	-2.8		0.5	-2.0	2.0	0.7	-2.7	
Πραγματική σταθμισμένη συναλλαγματική ισοτιμία (με βάση τον ΔΤΚ)	1.9	-0.1	0.8	1.6	2.4	1.5	-0.4		0.3	-3.5	-0.7	-1.8	-4.5	

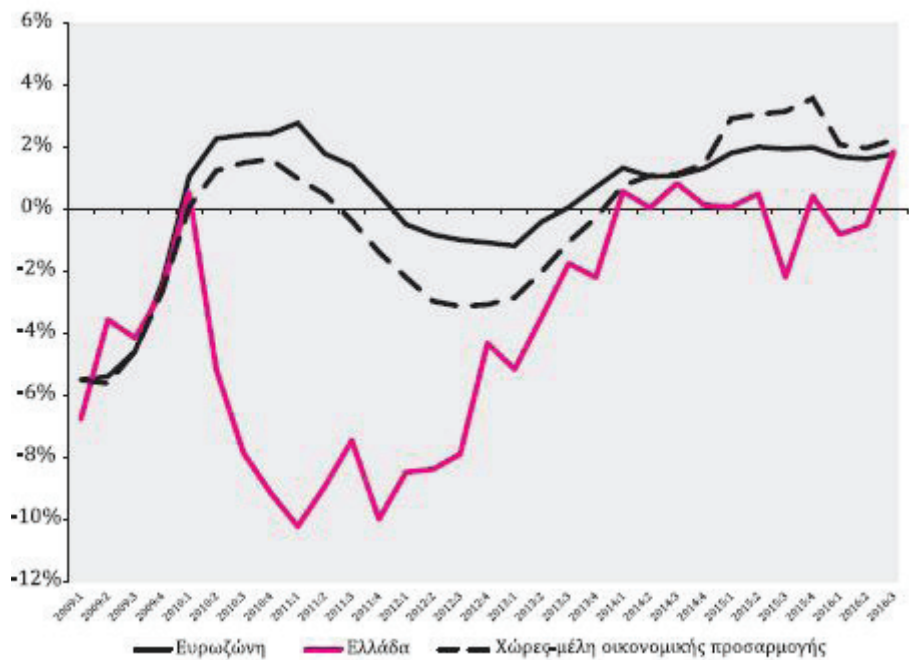
(Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Απρίλιος 2017)

Πίνακας 3: Εξέλιξη του ελληνικού χρέους σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωζώνης 1999-2016



(Πηγή: Eurostat)

Πίνακας 4: Εξέλιξη του ΑΕΠ 2009-2016 σε Ελλάδα, Ευρωζώνη και χώρες οικονομικής προσαρμογής

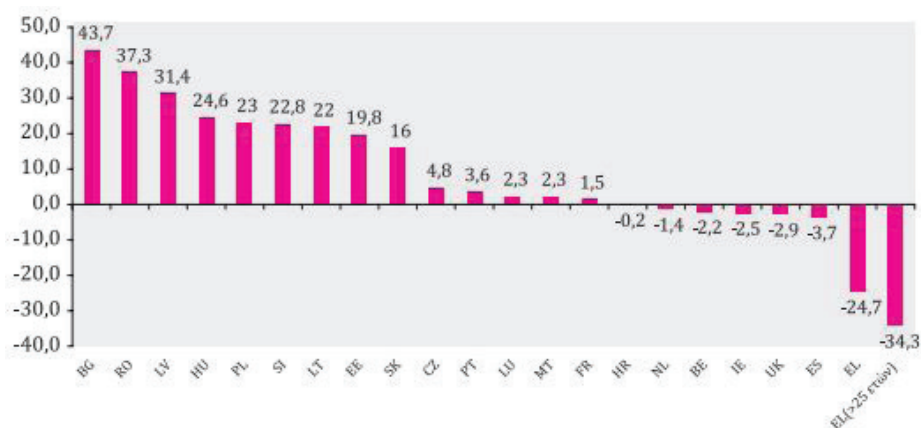


(Πηγή INE-ΓΣΕΕ 2017)

Η ανάκαμψη που καταγράφεται το 2016 (Πίνακας 4) μπορεί να αποτιμηθεί υπό τριπλό πρίσμα: α) σε σύγκριση με τη ραγδαία απώλεια εθνικού προϊόντος επί σειρά ετών (υπ' αυτή την έννοια, πρόκειται μάλλον για σταθεροποίηση)· β) σε σχέση με τη διατηρησιμότητά της, ενόσω συνεχίζονται η χαμηλή επένδυση (PWC 2017) και η δημοσιονομική προσαρμογή (υπ' αυτή την έννοια, είναι δύσκολα διατηρήσιμη)· και γ) σε αντιπαραβολή με τους κοινωνικούς δείκτες (υπ' αυτή την έννοια, πρόκειται για μεγέθυνση πλήρως αναντίστοιχη με τη βελτίωση κοινωνικών δεικτών, όπως θα δείξουμε στη συνέχεια).

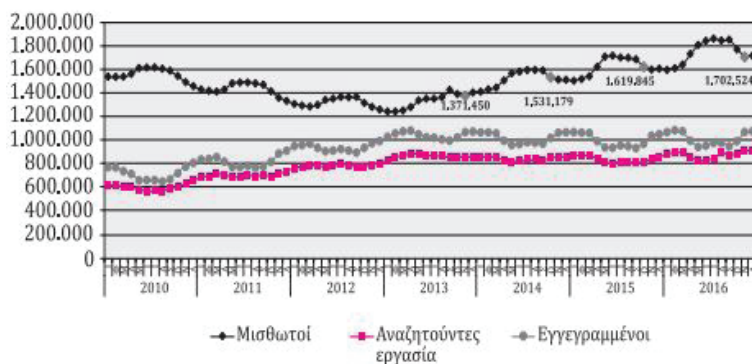
Χαρακτηριστική εδώ είναι η παρατεταμένη καθήλωση των μισθών (Πίνακας 5) και η αναλογία σχεδόν 1 προς 1 μεταξύ μισθωτών και αναζητούντων εργασία-εγγεγραμμένων στα μητρώα του ΟΑΕΔ (Πίνακας 6).

Πίνακας 5: Σωρευτική μεταβολή κατώτατων πραγματικών μισθών στην ΕΕ 2010-2015



(Πηγή: INE-ΓΣΕΕ 2016)

Πίνακας 6: Μηνιαία εξέλιξη της μισθωτής εργασίας και των ανέργων 2010-2016



(Πηγή: INE-ΓΣΕΕ 2017, Πληροφοριακό Σύστημα ΟΑΕΔ-Εργάνη)

Αντίστοιχα ζητήματα εγείρουν και οι έρευνες εργατικού δυναμικού της ΕΛΣΤΑΤ και του πληροφοριακού συστήματος ΕΡΓΑΝΗ του υπ. Εργασίας (Ιούνιος 2017), σύμφωνα με τις οποίες στο α' εξάμηνο του 2017 καταγράφεται αύξηση της απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα (+255.903 νέες θέσεις) και μείωση της ανεργίας στο 21,7%³. Η ετήσια έκθεση του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ για το 2017 (Πίνακες 7 και 8), και τα ίδια τα στοιχεία της ΕΡΓΑΝΗ (Πίνακας 9), δείχνουν ότι πρόκειται για τη μισή αλήθεια: η άλλη μισή είναι η μετατροπή θέσεων πλήρους απασχόλησης σε θέσεις επι-σφαλούς εργασίας.

Πίνακας 7: Μετατροπή συμβάσεων πλήρους εργασίας 2009-2016

Έτος	Μετατροπή σύμβασης πλήρους εργασίας σε:					
	Μερική απασχόληση	Εκ περιτροπής με σύμφωνη γνώμη του εργαζόμενου	Εκ περιτροπής με μονομερή γνώμη του εργοδότη	Σύνολο εκ περιτροπής	Γενικό σύνολο μετατροπών	Συμμετοχή εκ περιτροπής στο σύνολο μεταβολών (%)
2016	32.600	13.211	5.451	18.662	51.262	36
2015	30.928	15.641	10.682	26.323	57.251	46
2014	25.488	12.405	7.896	20.301	45.789	44
2013	28.410	14.258	15.386	29.644	58.054	51
2012	49.640	21.478	13.372	34.850	84.490	41
2011	32.420	19.128	7.414	26.542	58.962	45
2010	18.713	6.527	1.013	7.540	26.253	29
2009	12.219	4.146	612	4.758	16.977	28
Απόκλιση 2009-2016	20.381	9.065	4.839	13.904	34.285	41
Απόκλιση 2009-2016 (%)	166,80	218,64	790,69	292,22	201,95	144,70
Απόκλιση 2015-2016	1.672	-2.430	-5.231	-7.661	-5.989	128
Απόκλιση 2015-2016 (%)	5,41	-15,54	-48,97	-29,10	-13,08	288,52

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Πληροφοριακό Σύστημα ΕΡΓΑΝΗ (επεξεργασία ΙΝΕ ΓΣΕΕ)

(Πηγή: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ 2017)

Πίνακας 8: Η ακούσια μερική απασχόληση στην Ελλάδα γ' τρίμηνο 2008- γ' τρίμηνο 2016

Ποσοστό (%) ανεργίας γ' τριμήνου του 2016	Αριθμός υποαπασχολούμενων με μερική απασχόληση το γ' τρίμηνο του 2016	Αριθμός υποαπασχολούμενων με μερική απασχόληση το γ' τρίμηνο του 2008	Ποσοστό (%) ανεργίας, αποθάρρυνσης και υποαπασχόλησης γ' τριμήνου του 2016
22,6%	266,1 χιλιάδες άτομα	96,2 χιλιάδες άτομα	29,6%

(Πηγή: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ 2017)

3. Συνέντευξη στον ρ/σ Στο Κόκκινο, 7.7.2017.

Πίνακας 9: Νέες προσλήψεις, ανά είδος σύμβασης εργασίας από 1.1.2017 έως 30.6.2017

ΜΗΝΑΣ	ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑ ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ 01.01.2017 ΕΩΣ 30.06.2017			
	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΕΚ ΠΕΡΙΤΡΟΠΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2017	58.813	49.283	18.405	126.501
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2017	59.775	55.309	23.158	138.242
ΜΑΡΤΙΟΣ 2017	63.935	63.897	22.978	170.810
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2017	123.101	74.265	26.815	224.181
ΜΑΙΟΣ 2017	134.264	98.350	31.973	264.587
ΙΟΥΝΙΟΣ 2017	118.189	114.820	40.366	273.375
ΣΥΝΟΛΟ Α' ΕΞΑΜΗΝΟΥ 2017	578.077	455.924	163.655	1.197.696

(Πηγή: ΕΡΓΑΝΗ 2017)

Όπως λοιπόν προκύπτει από τα στοιχεία του ΕΡΓΑΝΗ, α) οι 1.197.696 προσλήψεις του α' εξαμήνου αντιστοιχούν σε 941.793 αποχωρήσεις στο ίδιο διάστημα (491.785 ως αποτέλεσμα καταγγελιών συμβάσεων αορίστου χρόνου ή λήξεων συμβάσεων ορισμένου χρόνου, 450.008 οικειοθελείς αποχωρήσεις)· και β) οι νέες θέσεις πλήρους απασχόλησης ανέρχονται σε 48,27% του συνόλου: το υπόλοιπο 51,73% είναι θέσεις μερικής (38,07%) και εκ περιτροπής (13,66%) απασχόλησης.

Η προστασία (ή, εν προκειμένω, η έλλειψη προστασίας) της εργασίας είναι στοιχείο (αν)αποτελεσματικότητας της κοινωνικής πολιτικής – η «εξειδίκευση», δηλαδή, της μακροοικονομικής διαχείρισης της κρίσης στο πεδίο των εργατικών κοινωνικών δικαιωμάτων. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος, λοιπόν, θα παρουσιαστούν οι αντίστοιχες «εξειδικεύσεις» στο πεδίο της στέγασης και της υγείας.

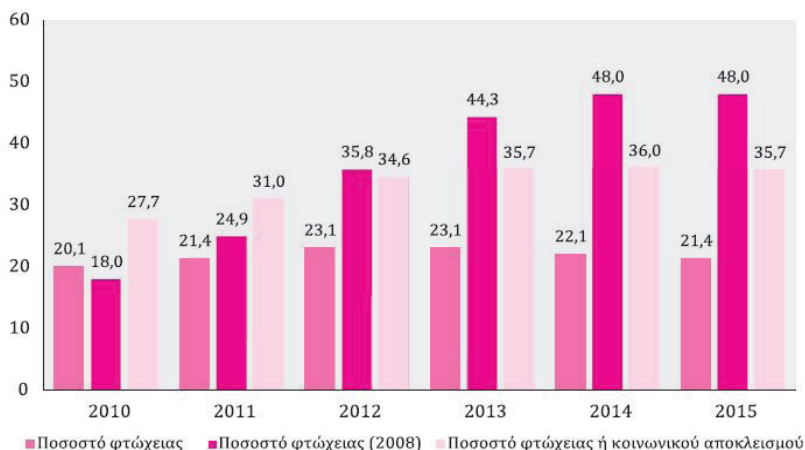
Μέρος τρίτο

Η κοινωνική πολιτική ως δομικός προσδιοριστής των ανισοτήτων στην υγεία: στεγαστική πολιτική και πολιτική υγείας 2008-2017

Κεντρικό στοιχείο της μακροοικονομικής διαχείρισης της κρίσης είναι ο μηχανισμός της λιτότητας, που στην Ελλάδα «θεσμοποιείται» με τη δέσμευση στους στόχους των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνια Ι, ΙΙ και ΙΙΙ). Η πολιτική μείωσης του κόστους της κοινωνικής πολιτικής, μέσω της περιστολής των δαπανών, προηγείται βεβαίως των μνημονιακών δεσμεύσεων για υψηλά πρωτογενή πλεονάσματα (βλ. και ευρωπαϊκό Σύμφωνο Δημοσιονομικής Σταθερότητας)· μετά το 2010, ωστόσο, και βέβαια την επαύριο της πρόσφατης συμφωνίας για επίτευξη πλεονασμάτων μέχρι το 2060 (με πρόβλεψη, μάλιστα, για ενεργοποίηση αυτόματου «κόφτη» δαπανών), η πολιτική αυτή παγιώνεται, ώστε το ελληνικό δημόσιο χρέος να αποκτήσει exέγγυα βιωσιμότητας.

Η εξέλιξη αυτή μπορεί να γίνει κατανοητή στις διαστάσεις της αν ληφθεί υπόψη η τέλεια, μέχρι σήμερα, απουσία αναδιανεμητικής επίδρασης της κοινωνικής πολιτικής, όπως αυτή αποτυπώνεται στα στοιχεία για την εκτίναξη της φτώχειας (Πίνακας 10)· η εκτίναξη αυτή, όπως φαίνεται, κάθε άλλο παρά ανακόπτει την μείωση των δαπανών (Πίνακας 11).

Πίνακας 10: Εξέλιξη της φτώχειας στην Ελλάδα 2010-2015 (ποσοστό επί του πληθυσμού)



(Πηγές: Eurostat, INE-ΓΣΕΕ 2017)

Μένοντας στο διάστημα 2009-2014, οι δαπάνες για την υγεία μειώνονται κατά 45,6%, αυτές για την κοινωνική προστασία κατά 15,1% και οι δαπάνες για στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας κατά 41,2%.

Πίνακας 11: Εξέλιξη δημόσιων δαπανών ανά κατηγορία 2009-2015

Διάρθρωση δημόσιων δαπανών	% ΑΕΠ					Κατά κεφαλήν € σε τιμές 2009				
	EL	EL	EA-19	EL	EA-19	EL	EL	EA-19	EL	EA-19
	2015	2014		Μεταβολή 2009-2014		2015	2014		Ποσοστιαία (%) μεταβολή 2009-2014	
Συνολικές δαπάνες	55,4	50,6	49,3	-3,5	-1,4	9.378	8.528	14.033	-26,3	-0,2
1. Γενικές δημόσιες υπηρεσίες	9,9	10,1	7	-2,0	-0,1	1.673	1.698	2.004	-34,3	1,6
2. Άμυνα	2,7	2,7	1,2	-0,6	-0,2	462	451	336	-36,4	-12,3
3. Δημόσια τάξη & ασφάλεια	2,1	2,1	1,7	0,3	-0,1	356	357	489	-6,5	-1,9
4. Οικονομικές υποθέσεις	8,9	4,1	4,4	-1,3	-0,6	1.505	696	1.251	-39,7	-9,3
5. Προστασία περιβάλλοντος	1,5	1,5	0,8	0,6	-0,1	251	249	238	32,5	-6,7
6. Στέγαση και υποδομές κοινής ωφέλειας	0,2	0,3	0,7	-0,1	-0,2	41	47	197	-41,2	-23,5
7. Υγεία	4,5	4,7	7,3	-2,1	-0,1	768	792	2.077	-45,6	1,5
8. Αναψυχή, πολιτισμός και θρησκεία	0,7	0,7	1,1	0,0	-0,1	118	116	303	-17,7	-7,7
9. Εκπαίδευση	4,3	4,4	4,8	0,3	-0,2	731	739	1.355	-16,3	-2,2
10. Κοινωνική προστασία	20,5	20,1	20,3	1,5	0,3	3.473	3.384	5.784	-15,1	4,2

Πηγή: Eurostat, AMECO, Νοέμβριος 2016 (επεξεργασία INE ΓΣΕΕ)

(Πηγές: AMECO και Eurostat, σε: INE-ΓΣΕΕ 2017)

Σε μια προσπάθεια να υπερασπιστεί ένα διαφορετικό «μείγμα» πολιτικής συγκριτικά με αυτό των κυβερνήσεων 2010-2015, η παρούσα κυβέρνηση επεδίωξε μια «φοροκεντρική» λιτότητα, με παράλληλη αύξηση των δαπανών (βλ. Γραφείο Προϋπολογισμού 2016). Με βάση, ωστόσο, τα προσωρινά στοιχεία του υπουργείου Οικονομικών (Μάιος 2017), «μειωμένες έναντι του στόχου ήταν κυρίως οι επιχορηγήσεις νοσοκομείων, ΥΠΕ-ΠΕΔΥ κατά 140 εκατ. ευρώ, το Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης κατά 39 εκατ. ευρώ, οι αποδόσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά 28 εκατ. ευρώ, τα επιδόματα πολυτέκνων κατά 30 εκατ. ευρώ και οι αποδιδόμενοι πόροι κατά 291 εκατ. ευρώ».

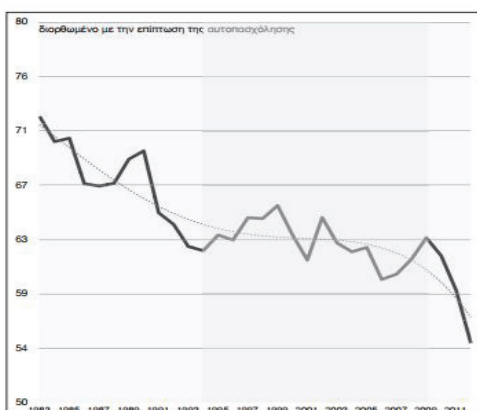
Σε ό,τι ακολουθεί, θα δούμε πώς εξειδικεύονται οι τάσεις αυτές στη στεγαστική πολιτική και την πολιτική υγείας.

Στεγαστική πολιτική

Η στεγαστική πολιτική στα χρόνια της κρίσης έπεται μιας ήδη αποτυχημένης, με βάση τις αναδιανεμητικές ανάγκες, κυβερνολογικής. Η άλλη όψη αυτής της αποτυχίας, ωστόσο, είναι η πλήρης εμπορευματοποίηση της κατοικίας, που ακολουθεί και εμβαθύνει τον κανόνα της μεταπολεμικής περιόδου: από το 1950 ως το 1987, και από τις 3.000.000 νέες κατοικίες που ανεγέρθηκαν στο μεταξύ, μόνο οι 50.000 κατασκευάστηκαν από δημόσιους φορείς (Ζαμάνη & Γρηγοριάδης 2013).

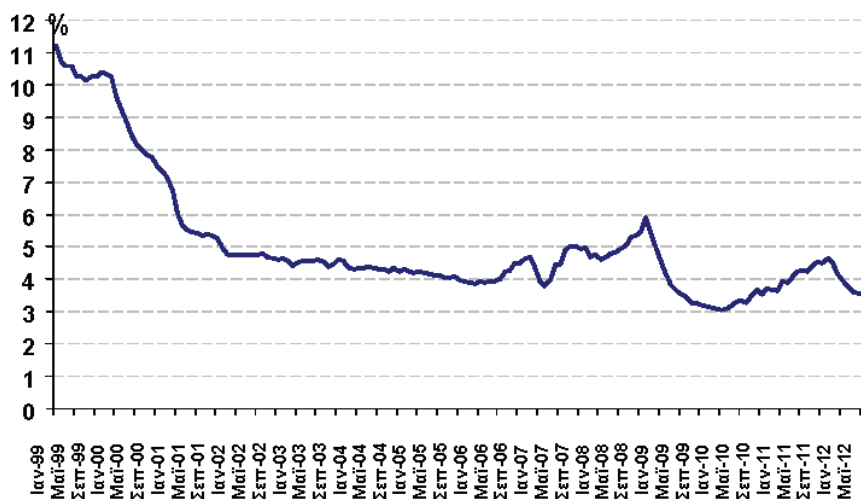
Η τάση της εμπορευματοποίησης ενισχύθηκε από τη δεκαετία του '80, και βεβαίως σε ολόκληρη τη δεκαετία του '90, χάρη σε ένα «μείγμα» πολιτικής που συνίστατο α) στη μείωση των μισθών (Πίνακας 12), την οποία θα συγκαλύπτει ο φτηνός δανεισμός ως και το 2010 (Πίνακας 13)· β) στην απόσυρση του κράτους από την εγγύηση της κοινωνικής κατοικίας (Ζαμάνη & Γρηγοριάδης 2013, Κουραχάνης 2017, Κατερίνη 2017)· και γ) στην υπερεπέκταση του τραπεζικού τομέα (και) στη στέγαση (Πίνακας 14) – στην ελαχιστοποίηση, δηλαδή, των επιτοκίων στεγαστικών δανείων, ιδίως στην περίοδο 1999-2008 (Πίνακας 13), πολιτική χάρη στην οποία οι χορηγήσεις στεγαστικών δανείων αυξάνονται ιλιγγιωδώς ήδη από τη δεκαετία του '80 (Πίνακες 14 και 15).

Πίνακας 12: Μερίδιο της εργασίας στο ΑΕΠ στην Ελλάδα σε τιμές συντελεστών παραγωγής (%), 1983-2012



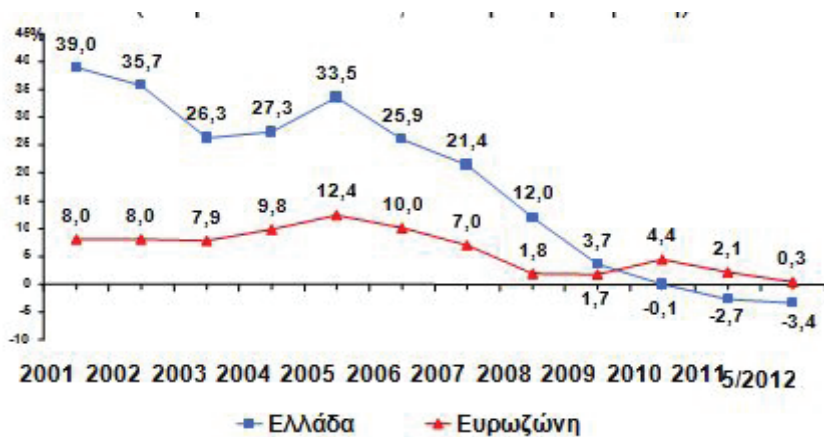
(Πηγή: INE-ΓΣΕΕ 2012)

Πίνακας 13: Επιτόκια νέων στεγαστικών δανείων στην Ελλάδα 1999-2012 (ποσοστιαίες μονάδες)



(Πηγή: Τριχιάς 2016, με στοιχεία από την Τράπεζα της Ελλάδος)

Πίνακας 14: Ρυθμοί πιστωτικής επέκτασης, Ελλάδα & Ευρωζώνη 2001-5/2012 (Στεγαστικά δάνεια, % ετήσια μεταβολή)



**Πίνακας 15: Χορηγήσεις στεγαστικών δανείων στην Ελλάδα 1985-1996, ανά φορέα
(Α=Εθνική Κτηματική, Β=Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, Εθνική
Στεγαστική Τράπεζα, Ταχυδρομικό Ταμιευτήριο, Ιδιωτικές Τράπεζες)**

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΕΚΤΕ (Α)	ΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΤΠΔ, ΕΣΤ.ΤΤ, ΙΔ.ΤΡ.ΕΠΕΝΔ (Β)
1985	90.979	588.327
1986	117.860	706.172
1987	153.958	816.944
1988	237.833	959.643
1989	337.267	1.133.233
1990	407.264	932.067
1991	457.518	813.412
1992	509.127	655.085
1993	528.783	737.586
1994	557.746	652.802
1995	607.695	787.799
1996	705.758	907.961

(Πηγή: Αναγνωστούδη 2006, με στοιχεία από Τράπεζα της Ελλάδος)

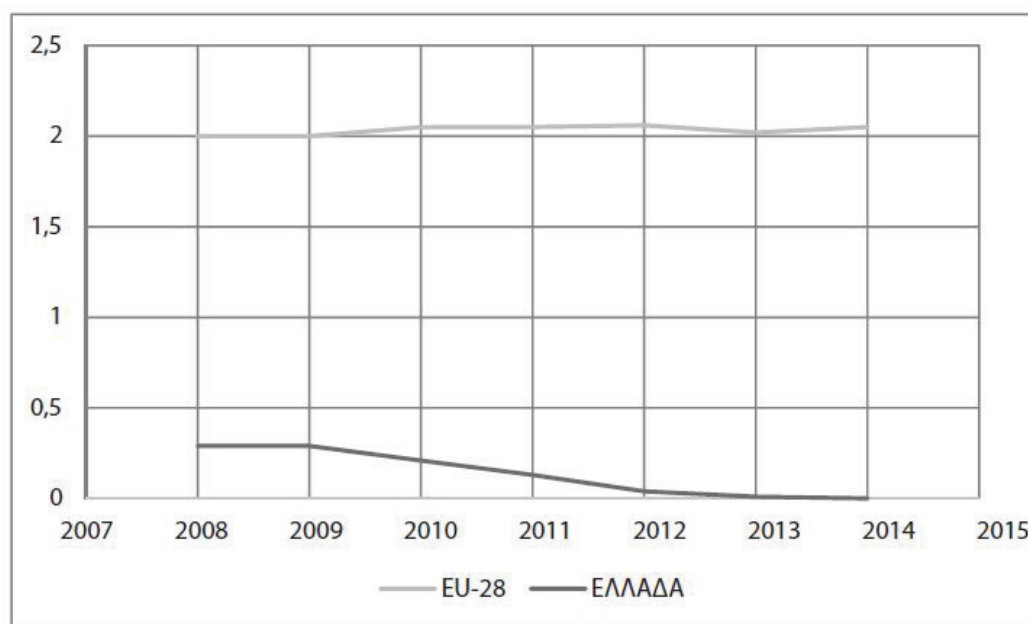
Στα συμφραζόμενα αυτά –ενώ δηλαδή οι μισθοί και οι δαπάνες για τη στέγαση συρρικνώνονται, αλλά οι ελληνικές τράπεζες παρέχουν στεγαστικά δάνεια πάνω από τον μέσο όρο στην Ευρωζώνη, ακόμα και μετά το ξέσπασμα της παγκόσμιας κρίσης–, είναι ερμηνεύσιμη η επιλογή «ενός βραχυπρόθεσμου σχεδιασμού με κοινωνική δράση ανά περίπτωση» (Κουραχάνης 2017), όσον αφορά τη στεγαστική πολιτική. Αποτέλεσμα του σχεδιασμού αυτού, σημειώνει ο Κουραχάνης, ήταν η «διαμόρφωση ενός υπολειμματικού, κατακερματισμένου και διαχειριστικού πλαισίου κοινωνικής πολιτικής για τους άστεγους»: κοινωνική κατοικία περιορισμένη σε αποπληρωτέες παροχές, στους παλιννοστούντες και σε μερικές εκατοντάδες πολιτικούς πρόσφυγες, διευκόλυνση στεγαστικών δανείων για τους Ρομά, επιμερισμός της ευθύνης μεταξύ ΜΚΟ, Εκκλησίας, Δήμου Αθηναίων και κράτους.

Στο πρότυπο και της «νέας πολιτικής» για το κοινωνικό κράτος (βλ. Πρώτο Μέρος), οι κυβερνήσεις των τελευταίων ετών επέλεξαν την περαιτέρω απόσυρση/«αποκέντρωση» της κοινωνικής πολιτικής, παραχωρώντας έδαφος σε εθελοντικούς φορείς, κυρίως μη κυβερνητικές οργανώ-

σεις, και την εκκλήσιν: η κρατική κοινωνική πολιτική θα ενεργοποιούνταν «μόνο σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης» και με μια συγκεκριμένη πολιτική ορθολογικότητα – την «ιεράρχηση μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων, με κριτήριο το δίπολο οικονομικό κόστος-πολιτικό όφελος» (Κουραχάνης 2017). Χαρακτηριστικό, εδώ, είναι ότι ο κύριος όγκος των (αποπληρωτέων) παρεμβάσεων του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας (ΟΕΚ) (έτοιμη κατοικία και δάνεια για αγορά, ανέγερση, επισκευή, επέκταση ή αποπεράτωση πρώτης κατοικίας, επιδότηση ενοικίου μετά το 2000) επικεντρώνονταν κατά κανόνα στα μικρομεσαία εισοδήματα (Καϊλα 2014, Κουραχάνης 2017: 88).

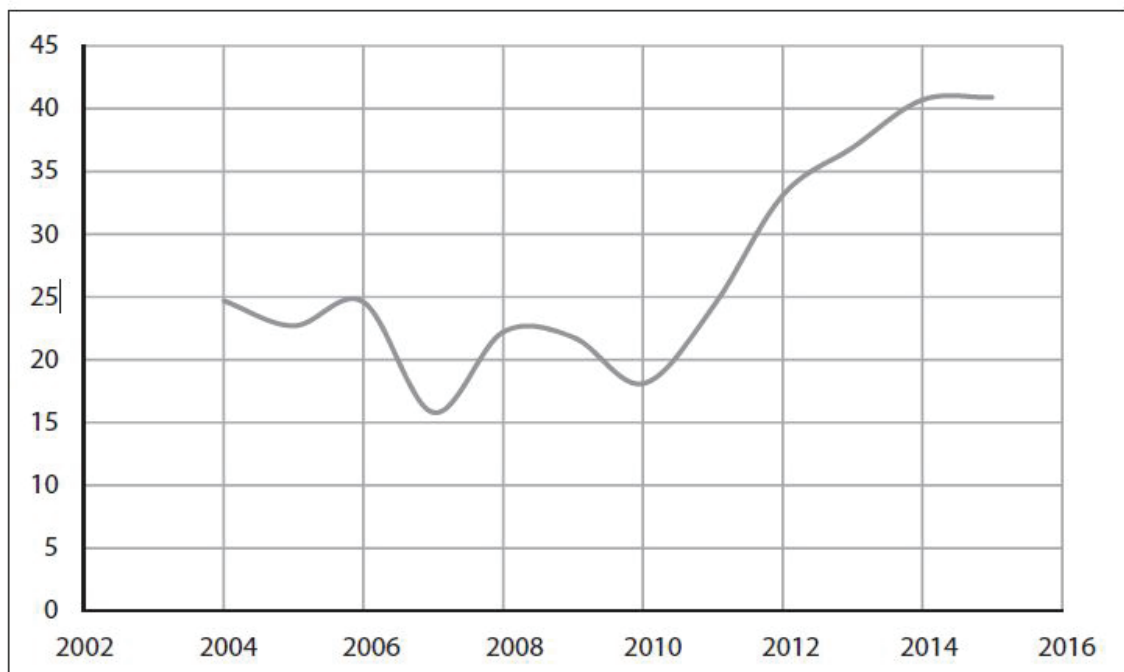
Είναι στο πλαίσιο αυτό που οι βασικές παράμετροι της στεγαστικής πολιτικής μετά το 2008 συμβάλλουν στη γενίκευση της στεγαστικής επισφάλειας: σε οικονομικό επίπεδο, με τη μείωση των δημόσιων δαπανών για τη στέγαση (Πίνακας 16) και τη φορολόγηση που αυξάνει τα έξοδα συντήρησης της ιδιόκτητης κατοικίας («χαράτσι», θέσπιση και διατήρηση του ΕΝΦΙΑ – βλ. Πίνακα 17)· αλλά και σε θεσμικό επίπεδο, με την κατάργηση του ΟΕΚ (Ν. 4046/2012) για την μείωση του οικονομικού χαρακτήρα των βαρών των εργοδοτών και την αυστηροποίηση του «νόμου Κατσέλη», οι εύνοιες του οποίου προϋποθέτουν τη «συνεργασιμότητα» του δανειολήπτη.

Πίνακας 16: Δημόσιες δαπάνες για στέγαση 2008-2014 σε ΕΕ-28 και Ελλάδα



(Πηγή: Eurostat online, Κουραχάνης 2017)

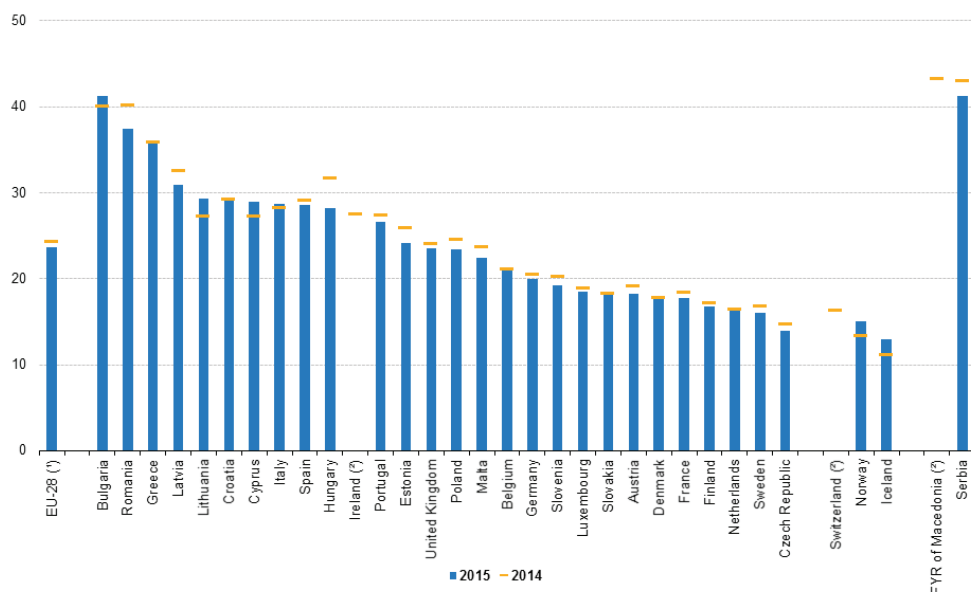
Πίνακας 17: Ποσοστό Στεγαστικής Επιβάρυνσης των Φτωχών Νοικοκυριών στην Ελλάδα 2004-2015



(Πηγή: Eurostat online, Κουραχάνης 2017)

Πώς μπορεί να μετρηθούν, όμως, όσες και όσοι εξωθούνται στο φάσμα της στεγαστικής επισφάλειας; «Η εμμένουσα και διαχρονική απουσία αξιόπιστων δεδομένων για το ζήτημα της έλλειψης στέγης», σχολιάζει ο Κουραχάνης, «δυσκολεύει, αν όχι συσκοτίζει, κομβικές διαστάσεις ενός σοβαρού κοινωνικού προβλήματος [...] Ελλείψει πρωτογενών δεδομένων άμεσου ενδιαφέροντος για την έλλειψη στέγης, διαπιστώσεις μπορούν να εξαχθούν μονάχα από έμμεσους παράγοντες που εμφανίζουν ορισμένες ενδείξεις για την διακύμανση των επιπέδων έλλειψης στέγης (2017: 100-101). Από αυτή τη σκοπιά, η έρευνα της Eurostat για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, είναι απολύτως εύγλωττη: πρόκειται για το 1/3 του συνολικού πληθυσμού (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Άνθρωποι σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα (ποσοστό επί του πληθυσμού 2014 και 2015)



(*) 2015: estimate.
(†) 2015: not available

(Πηγή: Eurostat, Δεκέμβριος 2016)

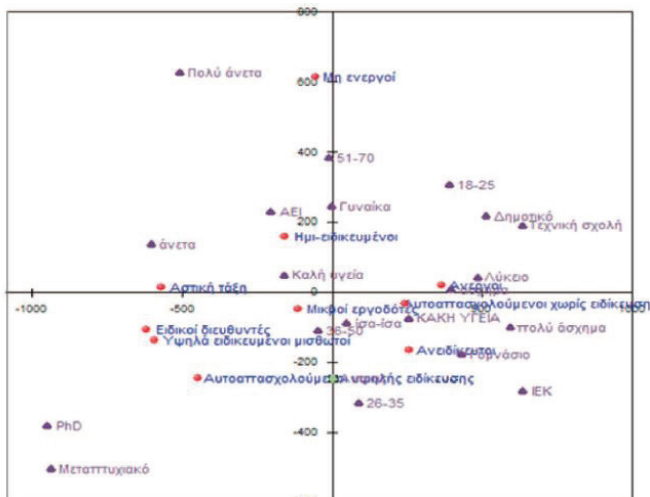
Το ποσοστό αυτό, μάλιστα, δεν περιλαμβάνει τους δεκάδες χιλιάδες πρόσφυγες που έμειναν στη χώρα από το 2015: σύμφωνα με έκθεση του ΚΕΕΛΠΙΝΟ, «η μακροχρόνια διαβίωση αυτών των καταρχάς υγιών πληθυσμών [στα κέντρα φιλοξενίας]», και δη σε απαράδεκτες συνθήκες από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού (ΚΕΕΛΠΙΝΟ 2016). Είναι επίσης άγνωστο ποιο μέρος περιλαμβάνει από τους χιλιάδες δανειολήπτες στεγαστικών δανείων (21% των συνολικών μη εξυπηρετούμενων ανοιγμάτων, βλ. Τράπεζα της Ελλάδος 2017), για τους οποίους παύει η οριζόντια προστασία της πρώτης κατοικίας με το τέλος του 2017.

Πολιτική υγείας

Η υγεία και η φροντίδα υγείας, ως «συνιστώσα» της κοινωνικής πολιτικής, συμμετέχουν επίσης στις αντιφάσεις του κοινωνικού κράτους: διαχρονικά παίζουν ρόλο στην εκπλήρωση δύο θεμελιωδών, αλλά συχνά αντιφατικών λειτουργιών, για τη διατήρηση και την αναπαραγωγή του καπιταλισμού – δηλαδή της συσσώρευσης (με τη συντήρηση της εργασιακής δύναμης των μισθωτών, που ήταν απαραίτητη για την άντληση της υπεραξίας) και της νομιμοποίησης (με την ελεγχόμενη αναδιανομή πόρων, χάριν της «λείανσης» του ταξικού ανταγωνισμού) (Παπαναστασίου και Πετμεζίδου 2015). Στο διάστημα 2008-2017, η γενίκευση της επισφάλειας υγείας στον πληθυσμό, λόγω της κρίσης (στην πραγματικότητα: λόγω της λιτότητας, διά της οποίας προσδοκάται η επα-

Η γενίκευση αυτή καταγράφεται και τεκμηριώνεται συστηματικά: Το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (24%), παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012, με την υπερχοληστερολαιμία και την αρτηριακή υπέρταση να κατέχουν σταθερά τις πρώτες θέσεις (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016). Ιδίως στην περίοδο 2012-2015 καταγράφηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας της τάξης του 55,5% το 2013 και του 39% το 2015, ενώ το 2015, σχεδόν το 1/3 (28,5%) του πληθυσμού αξιολογούσε την κατάσταση της υγείας του ως μέτρια και κακή (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016). Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα εμφανίζει αύξηση των κρουσμάτων του HIV/AIDS κατά 52%, διπλασιασμό των αυτοκτονιών, αύξηση των ανθρωποκτονιών και επανεμφάνιση της ελονοσίας (Παπαναστασίου και Πετμεζίδου 2015, Stuckler and Basu, 2013, Kondilis et. al. 2013). Σε ό,τι αφορά ειδικότερα την ψυχική υγεία, στην περίοδο 2009-2014, ο επιπολασμός της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης παρουσιάζει αύξηση 80,8%, και το ποσοστό των γυναικών εμφανίζεται εδώ ως και τετραπλάσιο έναντι αυτού των ανδρών (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ 2016).

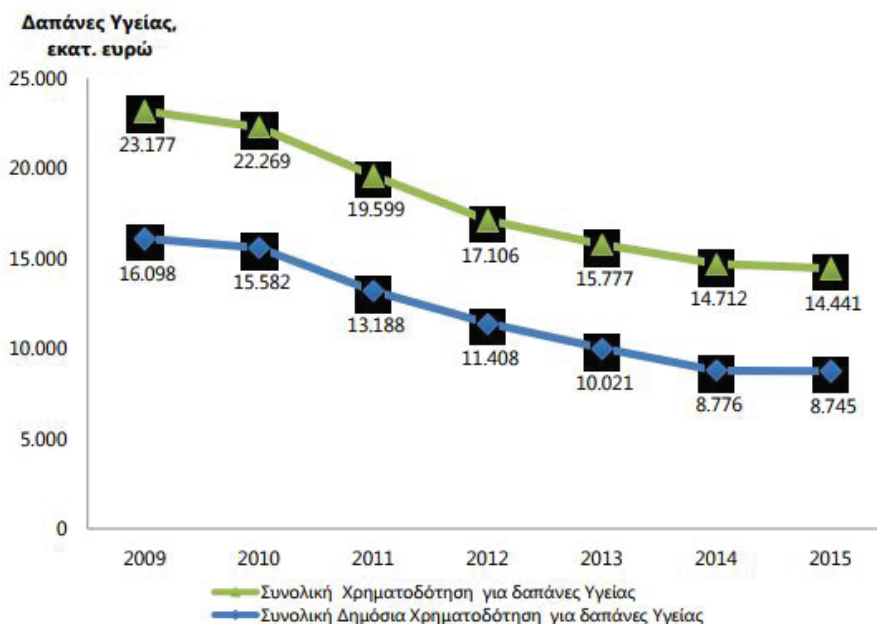
Πίνακας 19: Ψυχική υγεία και κοινωνική τάξη



42 • Κοινωνική Πολιτική • Ιούνιος

Σε συνθήκες γενίκευσης λοιπόν της επισφάλειας υγείας, ενός φαινομένου με κοινωνικό-ταξικό πρόσημο, η απόσυρση του κράτους από τον εγγυητικό του ρόλο, και κατά συνέπεια η εξατομίκευση (είναι το άτομο που καλείται πια να διαχειριστεί τη διακινδύνευση και την ευαλωτότητα με προσωπικά μέσα, σε ένα γενικότερο περιβάλλον «ξηλώματος» του κοινωνικού κράτους, βλ. Παπαναστασίου και Πετμεζίδου 2015) αποτυπώνει την κυβερνολογική της περιόδου. Η τάση αυτή έχει το ισοδύναμό της στην αρνητική εξέλιξη των δαπανών για την υγεία στο διάστημα 2009-2015:

Πίνακας 20: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και συνολική δημόσια χρηματοδότηση



(Πηγή: IOBE 2017)

Έχει ενδιαφέρον, εδώ, ότι επιμέρους εξαιρέσεις στον «κανόνα», όπως η αύξηση των δαπανών του ΙΚΑ για την φροντίδα υγείας των ασφαλισμένων του, που καταγράφεται στο διάστημα 1999-2010, οφείλεται «σχεδόν αποκλειστικά στην αγορά και διάθεση φαρμάκων, και όχι στις δαπάνες για άλλες δράσεις και υπηρεσίες υγείας όπως είναι η προληπτική φροντίδα υγείας, οι άμεσες ιατρικές υπηρεσίες και η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών» (INE-ΓΣΕΕ 2012).

Οι αντίρροπες τάσεις που αναπτύσσονται μετά το 2015, σχετικοποιούνται εξαιτίας της μακροοικονομικής στρατηγικής. Ενδεικτική, εδώ, είναι η αύξηση, από 1/7/2016, της εισφοράς υγειονομικής περίθαλψης υπέρ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για παροχές ασθενοείας σε είδος των συνταξιούχων, στο 6% (εγκύκλιος Φ.10070/οικ. 23637/977/8.8.2016, διατάξεις του άρθρου 44 του ν. 4387/2016). Παραπάνω, δε, αναφερθήκαμε στα προσωρινά στοιχεία για το 2017, όπου επίσης καταγράφεται μείωση των δαπανών για την υγεία, ώστε να επιτευχθεί το πρωτογενές πλεόνασμα για το 2017.

Είναι στο πλαίσιο αυτό που πρέπει να αποτιμηθεί και η αναδιανεμητική επίδραση της νομικής κατοχύρωσης της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας για ανασφάλιστους και «ευάλωτες κοινωνικές ομάδες» (άρθρο 33, Ν. 4368/2016). Ενδεικτικό, από αυτή την άποψη, είναι ότι το (αναμφισβήτητο θετικό) μέτρο υιοθετείται από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ως πρακτική υποστηρικτική για τα προγράμματα δομικής προσαρμογής που το ίδιο (συγ)χρηματοδοτεί – σε χώρες όπως η Ρουάντα, η Αϊτή, η Ιορδανία και η Ουκρανία. Ο υποστηρικτικός ρόλος έγκειται, σύμφωνα με το ΔΝΤ, στο γεγονός ότι η στόχευση στους «πιο ευάλωτους» (στα άκρα του φάσματος της επισφάλειας υγείας) συνδυάζει δημοσιονομική βιωσιμότητα και οικονομική αποδοτικότητα (IMF 2017).

Συμπεράσματα

Τα προγράμματα δομικής προσαρμογής (προσαρμογής στις δομές της καπιταλιστικής συσσώρευσης) «εκτροχιασμένων» χωρών, όπως η Ελλάδα, μπορεί να αποτυγχάνουν ως προς τους διακηρυγμένους στόχους τους (βλ. Δεύτερο Μέρος· επίσης: Μαυρουδέας 2016). Τα ίδια, ωστόσο, καταγράφουν σοβαρές «επιτυχίες» από την άποψη της εμπορευματοποίησης της κατοικίας και της υγείας – της εμβάθυνσης, με βάση την προβληματική της παρούσας εργασίας, της «νέας πολιτικής» για το κοινωνικό κράτος. Εκκινώντας με την εκτίμηση ότι ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός οφείλεται στο «σπάταλο» κράτος, η «νέα πολιτική» για το κοινωνικό κράτος περνά σε «ανώτερο» επίπεδο: στη φάση της περαιτέρω εξατομίκευσης της κοινωνικής πολιτικής, μέσω της ανάπτυξης στοχευμένων δικτύων ασφαλείας, για τη στήριξη των «χαμένων» της δομικής προσαρμογής και την εξώθηση του ενεργού πληθυσμού στην «ευέλικτη» αγορά εργασίας («Μετα-Συναίνεση της Ουάσιγκτον», βλ. Παπαναστασίου-Πετμεζίδου 2015).

Η εξέλιξη αυτή μπορεί να κατανοηθεί στο πλαίσιο μιας διαχρονικής συσχέτισης τριών διαδικασιών: πρώτον, της εντυπωσιακής χρηματοπιστωτικής επέκτασης και της έκρηξης των στεγαστικών δανείων, που παρέχουν τους όρους για την περαιτέρω εμπορευματοποίηση της κατοικίας (αποτέλεσμα αυτής της επέκτασης είναι σε μεγάλο βαθμό και τα επίπεδα ιδιοκατοίκησης στην Ελλάδα)· δεύτερον, της απορρύθμισης της εργασίας και επιδείνωσης της θέσης της εργατικής τάξης στον ανταγωνισμό κεφαλαίου-εργασίας (ιδίως μετά το 2008)· τρίτον, της συρρίκνωσης και του κατακερματισμού της κοινωνικής πολιτικής (στην πραγματικότητα: της ενίσχυσης του σκέλους της που αφορά τη νομιμοποίηση της μακρο-οικονομικής στρατηγικής υπό την αιγίδα του χρηματοπιστωτικού κεφαλαίου, σε βάρος της αναδιανεμητικής της λειτουργίας). Αν αυτά αποτελούν τη «συνέχεια», υπάρχει βεβαίως και «τομή»: η διασφάλιση των τραπεζών έναντι κοινωνικών στρωμάτων-στηριγμάτων της μακρο-οικονομικής στρατηγικής, διά της συμπίεσης της ιδιοκατοίκησης και της αύξησης του κόστους συντήρησης ακινήτων. Αυτά είναι τα συμπραζόμενα μέσα στα οποία μπορεί να κατανοηθεί η γενίκευση της στεγαστικής επισφάλειας και της επισφάλειας της υγείας. Το φαινόμενο, δηλαδή, δεν αφορά γενικώς άτομα· προσδιορίζεται με δομικούς-ταξικούς κοινωνικούς όρους.

Ανάλογα ισχύουν και για την πολιτική υγείας: το γεγονός ότι μέχρι το 2012 το 39,7% των δαπανών υγείας ήταν ιδιωτικές υπήρξε μια από τις βασικές πτυχές της εμπορευματοποίησης της

φροντίδας υγείας (INE ΓΣΕΕ 2012). Η διαρκής μείωση των δαπανών, και δη τη στιγμή που οι ανάγκες για φροντίδα υγείας πολλαπλασιάζονται, υπαινίσσονται μια λογική «διακυβέρνησης» της κρίσης του τύπου «live and let die».

Στα συμφραζόμενα λοιπόν αυτά, η πρόταση μιας εναλλακτικής πολιτικής δεν μπορεί να είναι απλώς «τοπική» και «σημειακή», ένας αντικατοπτρισμός δηλαδή της νεοφιλελεύθερης κυβερνολογικής. Όπως εκτέθηκε παραπάνω, σε ό,τι αφορά την υγεία, η λογική της «διακυβέρνησης» της κρίσης εξαντλεί τη μέριμνά της στις «ομάδες κινδύνου», όπως κατ' αντίστοιχα στη στέγαση, στις «ευπαθείς ομάδες». Και στις δύο περιπτώσεις, δηλαδή, εντοπίζεται στα πλέον ευάλωτα άτομα: όσες και όσους βιώνουν ατομικά τις ακραίες συνέπειες μιας ταξικής στρατηγικής. Γιατί ταξική στρατηγική; Γιατί η ενεργοποίηση του μηχανισμού της λιτότητας, η θεσμική της «θωράκιση» (από τους διεθνείς και εγχώριους «θεσμούς» που την επιβάλλουν και την εποπτεύουν) και η μονιμοποίησή της συνιστούν ένα πρόγραμμα κοινωνικού κατακερματισμού/εξατομίκευσης και μόνιμης αναδιανομής πόρων και εξουσιών προς την πλευρά του κεφαλαίου, τόσο στο επίπεδο της παραγωγής, όσο και σε αυτό της αναδιανομής· ένα πρόγραμμα που, με βάση και τα παραπάνω, σηματοδοτεί την άνευ ορίων εντατικοποίηση της πολιτικής πάνω (και ενάντια) στη ζωή.

Απειλώντας «προνομιακά» τους ανέργους, τους εργαζόμενους, τις γυναίκες και τους πρόσφυγες –μια ευρύτατη, πλέον, κοινωνική πλειοψηφία: όχι κάποιες «ευπαθείς ομάδες»–, ένα τέτοιο συνολικό «πρόγραμμα εν δράσει» μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με μια αντίστοιχα ριζική και εφ' όλης της ύλης (επί)δραση στους δομικούς κοινωνικούς προσδιοριστές. Πρόκειται για τη συγκυρία όπου το «τοπικό» και το «μερικό» της πολιτικής συμπίπτει με το «καθολικό» και το «γενικό» – δηλαδή το «συστημικό».

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

– Papers in Journal

- Bonnefoy, X. (2007), 'Inadequate housing and health: an overview', *Int. J. Environment and Pollution*, Vol. 30, Nos. 3/4, pp. 411–429 [διαθέσιμο εδώ: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/121832/E90676.pdf]
- Blane, D., Mitchell, R., Bartley, M. (2000), "The 'inverse housing law' and respiratory health", *Journal of Epidemiology and Community Health* 54, pp.: 745–749.
- Eliot M. – Krivo L. J. (1991), "Structural Determinants of Homelessness in the United States", *Social Problems*, 38(1): 113-131.
- Hart, J. T. (1971), "The inverse care law", *The Lancet*. Volume 297, Issue 7696, 27 February 1971, Pages 405-412.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A. (2013), *Journal of Public Health*, 103 (6), pp.: 973–979. Published online: June 2013.
- Navarro, V., Shi, L. (2001), "The political context of social inequalities and health", *Social Science and Medicine* 52 (2001) 481±491.

- Navarro, V. (2007), “What is a national health policy”, *International Journal of Health Services*, Volume 37, Number 1, Pages 1–14, 2007.
- Stahre M, VanEenwyk J, Siegel P, Njai R. (2011), “Housing Insecurity and the Association With Health Outcomes and Unhealthy Behaviors”, Washington State, 2011. *Preventing Chronic Disease* 2015; 12:140511. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140511>.

– Working papers

- Edgar B. – Meert H. (2005), *Fourth Review on Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS Definition of Homelessness*, Brussels: European Observatory on Homelessness, FEANTSA.
- Eurostat (2016), “People at risk of poverty or social exclusion”, *ec.europa.eu*, Data extracted in December 2016.
- IMF (2017), “Protecting the Most Vulnerable under IMF-supported Programs”, Factsheet, June 2017 [available at <http://www.imf.org/About/Factsheets/Sheets/2016/08/02/21/37/Protecting-the-Most-Vulnerable-under-IMF-supported-Programs?pdf=1>]
- Solar O, Irwin A. (2010), *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, Geneva: World Health Organization.
- WHO (1946), *Constitution of the World Health Organization*, New York [accessible here: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>]
- WHO (2003), *Social determinants of health. The solid facts*, 2nd edition/edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot.
- WHO (2008), *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health*, Commission of Social Determinants on Health, Final Report.
- WHO (2010), *International Workshop on Housing, Health and Climate Change: Developing guidance for health protection in the built environment mitigation and adaptation responses*, Geneva, 13-15 October 2010, Meeting report.
- WHO (2016), *Household air pollution and health*, Fact sheet N° 292 (updated: February 2016).
- World Bank (1993), *Investing in health*, World Development Report.

– Books/Studies

- Bidet, J. (2016), *Marx with Foucault*, London: Zed Books.
- Foucault, M. (2007), *Security, Territory, Population: Lectures at the College de France, 1977-78*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Fuchs, V. (1998) *Who shall live? Health, economics and social choice*, extended version, Singapore: World Scientific.
- Lecourt, D. (1975), *Marxism and Epistemology. Bachelard, Canguilhem and Foucault*, London: New Left Books.
- Marsden, R. (1999), *The Nature of Capital. Marx after Foucault*, London/New York: Routledge.
- Navarro V. (1993), *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*, New York: Monthly Review Press.

- Navarro, V., Muntaner, C. (2014), *The Financial and Economic Crises and Their Impact on Health and Social Well-Being*, Amityville, New York: Baywood Publishing Company.
- Stuckler, D., Basu, S. (2013), *The Body Economic: why austerity kills*, New York: Basic Books.
- Sum, N.-L./Jessop, B. (2013), *Towards a Cultural Political Economy Putting Culture in its Place in Political Economy*, Cheltenham, UK - Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- The World Bank (1993), *World Development Report 1993. Investing in Health*, New York: Oxford University Press.
- Waitzkin, H. (2011), *Medicine and Public Health at the End of the Empire*, New York: Routledge.
- Wilkinson, R. (1996), *Unhealthy societies. The afflictions of social inequalities in health*, London and New York: Routledge.

– Papers in edited books

- Tarlov, A. (1996), “Social Determinants of Health”, in Blane D., Brunner E., Wilkinson R., *Health and Social Organization*, London: Routledge.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

– Βιβλία/Μελέτες

- Gough, I. (2008), *Η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους* (μτφρ. Λεωνίδας Βατικιώτης), Αθήνα: Σαββάλας.
- PWC (2017), *Από την ύφεση στην αναιμική ανάκαμψη*, Ιούνιος 2017.
- Rose, G. (2017), *Η στρατηγική της προληπτικής Ιατρικής* (μτφρ. Αλέξης Μπένος, Αντώνης Κούτης), Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Τράπεζας της Ελλάδος.
- Αναγνωστούδης, Μ. (2006), *Η στεγαστική πίστη στην Ελλάδα*, Α δημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Αράπογλου, Β., Γκούνης, Κ., Σιατίτσα, Δ., Σουλελέ Δ. (2015), *Κοινωνική επισφάλεια και έλλειψη στέγης στην Αθήνα, Διαδρομές αποκλεισμού και ένταξης*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕΠαρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτη 39, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, σσ.: 21-64
- Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους (2016), «Εκθεση επί του σχεδίου προϋπολογισμού», *pbo.gr*, Νοέμβριος 2016.
- ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ (2016), *Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση*, Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016.
- ΕΛΣΤΑΤ (2017), Απρίλιος [διαθέσιμη εδώ: http://www.statistics.gr/documents/20181/2810654/greek_economy_13_04_2017.pdf/1322685c-6138-4b6f-8509-63b8dfc5d535].
- Ένγκελς, Φ. (1974), *Η κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία* (μτφρ.: Λευτέρης Αναγνώστου), Αθήνα: Μπάυρον.
- Ένγκελς, Φ. (2012), *Για το ζήτημα της κατοικίας*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.
- Ζαμάνη, Α., Γρηγοριάδης, Α. (2013), «Τυπολογία και χωρική κατανομή της κοινωνικής κατοικίας στην Ελλάδα», 1ο Συνέδριο Χωρικής Ανάλυσης: Πρακτικά, Αθήνα, 2013 [διαθέσιμο εδώ: http://gisc.gr/sac/docs/proceedings_sac1/43_Zamani_Grigoriadis_SAC1.pdf].

- Ζήση, Α., Σταλίδου, Γ., Μπένος, Α. (2017), «Κοινωνική τάξη και ψυχική υγεία. Εμπειρικά ευρήματα μιας συγκριτικής μελέτης», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1):75-85
- ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ (2012), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση.
- ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ (2016), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση.
- ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ (2017), *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση.
- IOBE (2017), *Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016*, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
- Καϊλα, Ε. (2014), «Η εμπειρία της κοινωνικής κατοικίας ως ανταποδοτικής παροχής: δυνατότες αξιοποίησής της – προοπτικές», Εισήγηση στο εργαστήριο «Πολιτικές και αιτήματα για την κατοικία την περίοδο της κρίσης ΕΜΠ, Σχολή Αρχιτεκτόνων Μηχανικών, 3- 4 Απριλίου 2014, *encounterathens.wordpress.com*.
- ΚΕΕΛΠΝΟ (2016), «Γνωμάτευση για την κατάσταση των κέντρων φιλοξενίας προσφύγων από την οπτική της δημόσιας υγείας», *keelpno.gr*, 21.7.2016
- Κουραχάνης, Ν. (2017), *Κοινωνικές πολιτικές στέγασης. Η ελληνική υπολειμματική προσέγγιση*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Γ. (2017), *Υγεία και ιατρική φροντίδα*, Αθήνα: Παπαδόπουλος.
- Μαυρουδέας, Σ. «Μνημόνιο ΕΕ-ΕΚΤ-ΔΝΤ: ένα αποτυχημένο πρόγραμμα», *greekmarketresearch.com*, 8th International Conference EBEEC 2016, 'The Economies of Balkan and Eastern Europe Countries in the changed world', Split, Croatia, May 2016 (δημοσιεύτηκε στις 10.5.2016).
- Παπαναστασίου, Στ. (2015), «Μια εποπτική διαχρονική διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας: Η Ελλάδα σε συγκριτική σκοπιά», στο: ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ, *Υγεία και μακροχρόνια Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων στην Ελλάδα*, Οκτώβριος 2015.
- Παπαναστασίου, Στ. - Πετμεζίδου, Μ. (2015), «Οικονομική κρίση, λιτότητα και ανισότητες στην υγεία: Πολιτικές επιλογές και προσεγγίσεις στο ζήτημα της ανισότητας», στο: ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ, *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα*, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων στην Ελλάδα, Οκτώβριος 2015.
- Πετμεζίδου, Μ. (2015), «Οι 'επιταγές' των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία: Κριτική επισκόπηση», στο: ΙΝΕ-ΓΣΣΕΕ, *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα*, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων στην Ελλάδα, Οκτώβριος 2015.
- Eurobank (2012), «Η ελληνική αγορά ακινήτων στα χρόνια της κρίσης» (επιμ. Θεοδόσιος Σαμπανιώτης, Γκίκας Χαρδούβελης), *Οικονομία και αγορά*, Τόμος VII, Τεύχος 2, Ιούλιος.
- Τζέσοπ, Μ. (2008/2007), *Κρατική εξουσία: Μια στρατηγική-οχεσιακή προσέγγιση* (μτφρ. Χ. Μπουκάλας), Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου.
- Τράπεζα της Ελλάδος (2017), «Έκθεση για τους Επιχειρησιακούς Στόχους Μν Εξυπηρετούμενων Ανοιγμάτων», Απρίλιος 2017, *bankofgreece.gr*.
- Υπουργείο Οικονομικών, «Εκτέλεση Κρατικού Προϋπολογισμού Ιανουαρίου - Μαΐου 2017 (προσωρινά στοιχεία)», *minfin.gr*, Μάιος 2017.
- Φουκώ, Μ. (1978), *Ιστορία της σεξουαλικότητας. Η δίψα της γνώσης* (μτφρ. Γ. Ροζάκη), τόμ. 1, Αθήνα: Ράππας.
- Χάγκεκ, Φ. (2013), *Ο δρόμος προς τη δουλεία* (μτφρ. Γιώργος Καράμπελας), Αθήνα: Παπαδόπουλος.

– Άρθρα σε εφημερίδες και διαδίκτυο

Κατερίνη, Τ. «Από την υπερχρέωση στους ε-πλειστηριασμούς», *RedNotebook*, 8.2.2017

Τριχιάς, Κ., «Το ζήτημα της κατοικίας στην Ελλάδα», *Τετράδια μαρξισμού*, τεύχος 2, Φθινόπωρο 2016.