

ΓΙΑΝΝΗΣ ΝΙΚ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει τις υπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη-μέλη. Αναλύεται συνοπτικά το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο και το χάσμα ανάμεσα στις Βόρειο- και Νοτιο-ευρωπαϊκές χώρες, όπως, επίσης, και η διαφορά ανάμεσα στη Δυτική και Ανατολική Ευρώπη. Οι Ευρωπαίοι πολίτες ανησυχούν ιδιαίτερα για τις συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων και τις διευρυνόμενες ανισότητες του τομέα υγείας σε επίπεδο εθνών, περιφερειών και κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας, περισσότεροι από το 50% των Βουλγάρων, Ουκρανών, Ρώσων και άλλων πολιτών της Ανατολικής Ευρώπης θεωρούν ότι οι συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων είναι υπερβολικά κακές ή πολύ κακές. Στην Ελλάδα, το 46,5% του πληθυσμού ανησυχεί για τις υπάρχουσες και μελλοντικές συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων.

Όσον αφορά τις ανισότητες στον τομέα υγείας, η Ιρλανδία, η Κύπρος και η Ελλάδα είναι ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες με τον υψηλότερο δείκτη ανισοκατανομής με βάση το συντελεστή Gini.

Η πρόσφατη οικονομική κρίση έχει επιφέρει την όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την περικοπή των κοινωνικών δαπανών. Από τα δεδομένα τεκμηριώνεται η αρνητική σχέση μεταξύ κοινωνικών δαπανών και φτώχειας. Η διεύρυνση του κράτους πρόνοιας θα είχε σημαντική επίδραση στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ταυτόχρονα, θα έπρεπε να υιοθετηθούν μεταρρυθμίσεις στην υγεία και την κοινωνία, με στόχο την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, οι οποίες θα στόχευαν στην ορθολογική χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.

JOHN NIC. YFANTOPOULOS

THE EUROPEAN SOCIAL MODEL AND SOCIAL INEQUALITIES

ABSTRACT: The purpose of this study is to make use of the European Social Survey 2008-2009 in order to highlight the existing social inequalities across the European Member States. The European Social Model is briefly described and the gap between the Northern versus the Southern European Countries is portrayed as well as the gap between Western versus the Eastern Europe is analyzed. The European Citizens express increasing concerns about the living conditions of the pensioners and the widening inequalities in health status among nations, regions and socio-economic groups. According to European Social Survey more than 50% of the Bulgarian, Ukrainian, Russian and other Eastern European Citizens found the living conditions of their pensioners extremely bad or very bad. In Greece 46,5 % of the population express their agony about the current and future living condition of the pensioners. As far as health inequalities are concerned Ireland, Cyprus and Greece are among the European countries with the highest estimates of Gini coefficients.

The recent economic crisis has a profound impact in increasing social inequalities and curtailing social expenditures. Evidence is presented, using aggregate data, on the negative relationship between social expenditures and poverty. The expansion of the welfare state would have a profound impact on fighting poverty and social exclusion. At the same time social and health reforms should be introduced aiming at the reorganization of welfare and health services towards more efficiency and more equitable utilization of social services.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνική έρευνα που διεξάγεται σήμερα στις χώρες Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποβλέπει στη συγκρότηση μιας τεκμηριωμένης θεωρητικής και εμπειρικής βάσης για τη χάραξη αποτελεσματικής και κοινωνικά δίκαιης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Υπό την έννοια αυτή, οι ερευνητικές προσπάθειες που αναπτύσσονται από τα πανεπιστήμια και τα ερευνητικά κέντρα έχουν ως κύριο στόχο τη μελέτη των προβλημάτων της ευρωπαϊκής κοινωνίας και τη διαμόρφωση θεωρητικών προσεγγίσεων και στατιστικών αναλύσεων με τη χρήση κοινωνικών δεικτών για την καταγραφή και ανάλυση των πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών, δημογραφικών και πολιτισμικών εξελίξεων. Για την ικανοποίηση των στόχων αυτών η έρευνα διεξάγεται επαναληπτικά μέσα στα πλαίσια οργανωμένων ερευνητικών δικτύων, δηλαδή ομάδων ερευνητών από διαφορετικές χώρες που συνεργάζονται μεταξύ τους, προσφέροντας την εμπειρία και τη γνώση τους για την εκπόνηση διακρατικών ερευνητικών προγραμμάτων. Στα δίκτυα αυτά συμμετέχουν κοινωνιολόγοι, οικονομολόγοι, δημογράφοι, στατιστικοί αναλυτές, πολιτικοί επιστήμονες και άλλοι ερευνητές διαμορφώνοντας, με τον τρόπο αυτόν, μια διακρατική αλλά και μια «διατομεακή» επιστημονική προσέγγιση για την εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων και τη συγκρότηση προτάσεων για τη χάραξη ευρωπαϊκής πολιτικής. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσα στα πλαίσια ανάπτυξης και προώθησης της έρευνας και της καινοτομίας στις χώρες μέλη, προσδιορίζει τις ερευνητικές προτεραιότητες και προσκαλεί τα ερευνητικά κέντρα και τα πανεπιστήμια να υποβάλουν προτάσεις για την εκπόνηση ερευνών που αφορούν την Ευρωπαϊκή Κοινωνία (EU Commission, 2001) (Eurostat, 2000, 2001).

Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκε ένα ερευνητικό δίκτυο ευρωπαϊκών χωρών μελών της ΕΕ και επιπλέον χωρών όπως η Ελβετία, η Νορβηγία, το Ισραήλ και η Τουρκία για την εκπόνηση μιας πρωτότυπης συγκριτικής έρευνας στον χώρο των κοινωνικών επιστημών, με ονομασία «Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα» (European Social Survey). Ο κύριος στόχος της έρευνας αυτής είναι η καταγραφή των στάσεων, απόψεων και υποκειμενικών εκτιμήσεων των Ευρωπαίων πολιτών για τις κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτιστικές εξελίξεις. Η κεντρική επιστημονική αρχή που ανέλαβε το συντονισμό της έρευνας είναι το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Επιστημών (European Science Foundation). Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων συμπεριέλαβε το πρόγραμμα αυτό στις κύριες ερευνητικές της δράσεις και ανέλαβε τη μερική χρηματοδότηση.

Η Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα διέπεται από αυστηρά ακαδημαϊκά και μεθοδολογικά κριτήρια που δίνουν τη δυνατότητα αξιόπιστων συγκρίσεων και επιστημονικών αναλύσεων. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τέσσερις επιτελικούς ερευνητικούς στόχους που αποβλέπουν:

1. Στην καταγραφή και ανάλυση των μακροχρόνιων κοινωνικών αλλαγών τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.
2. Στη μέτρηση των στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων και κοινωνικών αξιών των Ευρωπαίων πολιτών.
3. Στην προαγωγή και ανάπτυξη της συγκριτικής κοινωνικής έρευνας με τη χρήση καινοτόμων επιστημονικών «εργαλείων».
4. Στην ανάπτυξη και εξειδίκευση συγκριτικών κοινωνικών δεικτών σε εθνικό (μεταξύ των περιφερειών) και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών χρησιμοποιείται ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο που είναι κατάλληλο για τη συλλογή και ανάλυση αξιόπιστων ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων. Το μεθοδολογικό πλαίσιο διεξαγωγής της κοινωνικής έρευνας βασίζεται σε αυστηρά κριτήρια για την ακριβή μετάφραση και απόδοση των εννοιών που χρησιμοποιούνται στο ερωτηματολόγιο καθώς και τη γενικότερη μεθοδολογία συλλογής του υλικού.

Με βάση τα παραπάνω, η ανάλυση που ακολουθεί διαρθρώνεται στις εξής ενότητες:

Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζουμε το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο σε σχέση με την κοινωνία πολιτών. Στη δεύτερη ενότητα σχολιάζουμε τις απόψεις των Ευρωπαίων πολιτών για τη δυνατότητα καταπολέμησης της φτώχειας με κοινωνικές παροχές. Στην τρίτη ενότητα εξετάζουμε την αυξανόμενη αβεβαιότητα στην ευρωπαϊκή κοινωνία λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της οικονομικής ανασφάλειας που προκύπτει από την αδυναμία των συνταξιοδοτικών συστημάτων να αντεπεξέλθουν στις μελλοντικές τους υποχρεώσεις προς τους ασφαλισμένους.

Στην τέταρτη ενότητα αναφερόμαστε στις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, και με τη χρήση των δεικτών ανισότητας Gini, διερευνούμε το μέγεθος των ανισοτήτων στην υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού.

2. ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, στις 23 και 24 Μαρτίου του 2000 στη Λισσαβόνα της Πορτογαλίας, προσδιόρισε μια κοινή στρατηγική για την επίτευξη μιας εναρμονισμένης κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Η Ένωση όρισε ως ενιαίο στρατηγικό στόχο για τη δεκαετία 2000-2010 τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και τη δημιουργία μιας δυναμικής οικονομίας που θα βασίζεται στη γνώση και θα εξασφαλίζει βιώσιμη ανάπτυξη με καλύτερες θέσεις εργασίας και μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού προσκάλεσε τις χώρες μέλη να αναλάβουν μια σειρά δράσεων που θα αποσκοπούσαν:

1) στη ανάπτυξη υγιούς οικονομικής πολιτικής βασισμένης στην κοινωνία της γνώσης με την ενίσχυση της απασχόλησης, των επενδύσεων, της έρευνας και της καινοτομίας·

2) στην αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου, επενδύοντας στον άνθρωπο και το κοινωνικό κεφάλαιο, αναπτύσσοντας ταυτόχρονα πολιτικές για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι μακρο-οικονομικές προοπτικές της Ένωσης κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1990 και τις αρχές της δεκαετίας του 2000 υπήρξαν ιδιαίτερα ευοίωνες. Το πρόγραμμα σταθερότητας και οι υγιείς νομισματικές και δημοσιονομικές πολιτικές είχαν μειώ-

σει σημαντικά τον πληθωρισμό, τα επιτόκια και τα ελλείμματα του δημοσίου. Η εσωτερική αγορά είχε ολοκληρωθεί και το ευρώ απέδιδε σημαντικά οφέλη στην ευρωπαϊκή κοινωνία. Η διεύρυνση από την ΕΕ-15 στην ΕΕ-25 αρχικά και έπειτα στην ΕΕ-27 με τη δημιουργία μιας ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς απέφερε πολλαπλά οφέλη για τους καταναλωτές και τις επιχειρήσεις. Το εργατικό δυναμικό της Ένωσης διαθέτει ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και εξειδίκευσης. Τα συστήματα της κοινωνικής προστασίας καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα κοινωνικών κινδύνων διαθέτοντας το 25% του ΑΕΠ για δαπάνες κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο, παρά τα σημαντικά επιτεύγματα υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες που απαιτούν την επίλυση των μακροχρόνιων προβλημάτων της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Σήμερα περισσότεροι από 15 εκατ. Ευρωπαίοι παραμένουν άνεργοι. Τα ποσοστά απασχόλησης είναι χαμηλά και απαιτούν σημαντικές διαρθρωτικές ενέργειες. Απαιτούνται σημαντικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα κοινωνικών ασφαλίσεων και υγείας καθώς και στο γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό τομέα για την ενδυνάμωση της ανταγωνιστικότητας και της κοινωνικής συνοχής.

Το αντικείμενο της ευρωπαϊκής πολιτικής για τις επόμενες δεκαετίες δεν θα πρέπει να αναφέρεται απλά στο κράτος πρόνοιας, αλλά θα πρέπει να αποσκοπεί κυρίως στην εξασφάλιση ενός ενεργητικού ρόλου του Ευρωπαίου πολίτη στο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα. Το μελλοντικό κράτος πρόνοιας δεν μπορεί μόνο να προστατεύει το άτομο από τους κοινωνικούς κινδύνους, αλλά θα πρέπει να διασφαλίζει ενεργούς κοινωνικούς ρόλους για όλους τους πολίτες κάθε ηλικίας. Η μελλοντική διαμόρφωση των κοινωνικών πολιτικών στην Ευρώπη των 27 δεν θα έχει μόνο ένα απλό επιδοματικό και βοηθητικό χαρακτήρα, αλλά, κυρίως, θα διαμορφώνει ένα νέο πλαίσιο οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής για την παροχή κινήτρων ένταξης των πολιτών στην παραγωγική διαδικασία.

Τα ερωτήματα αρκετών ερευνητών κατά το παρελθόν αφορούν την αποτελεσματικότητα του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη ως προς την κάλυψη των Ευρωπαίων πολιτών από τους κινδύνους της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι Ευρωπαίοι, μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών τους (εργατικών και εργοδοτικών), συμβάλ-

λουν στη χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας. Πόσο όμως το κράτος αυτό είναι ικανό να προσφέρει υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης, συνταξιοδότησης, υγείας και προστασίας από την ανεργία και τη φτώχεια;

Πολλές φορές το σύστημα αυτό έχει δεχθεί κριτική για αναποτελεσματικότητα, προκλητική γραφειοκρατία, πελατειακή συνεργασία μεταξύ ορισμένων ομάδων και για αδυναμία διασφάλισης ικανοποιητικών και βιώσιμων παροχών για συντάξεις και μακροχρόνιες υγειονομικές παροχές. Ορισμένοι επικριτές του συστήματος έχουν υποστηρίξει ότι οι κοινωνίες στην πραγματικότητα λειτουργούν καλύτερα εάν οι πολίτες δημιουργήσουν μια «κοινωνία των πολιτών» και αναπτύξουν αυθόρμητα πολιτικές αλληλεγγύης και κοινωνικής μέριμνας.

Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία του πρώτου γύρου της ΕΚΕ (2002 – 2003), ο Tom Van de Meer¹ και οι συνεργάτες του από το Πανεπιστήμιο Radboud της Ολλανδίας διερεύνησαν τη δυνατότητα επίδειξης κοινωνικής αλληλεγγύης σε σχέση με τις κοινωνικές δαπάνες και το γενικότερο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης. Τα κύρια ευρήματα της έρευνάς τους παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

- Οι υψηλές δαπάνες για κοινωνική προστασία δεν συνεπάγονται τη μείωση της ατομικής πρωτοβουλίας για κοινωνική αλληλεγγύη και κοινωνική υποστήριξη.
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις για την υποστήριξη της υπόθεσης ότι το κράτος πρόνοιας παραγκωνίζει την κοινωνική αλληλεγγύη.
- Όσο υψηλότερο είναι το μέσο εισόδημα σε μια χώρα, τόσο πιο έντονη είναι η τάση των ανθρώπων να μεριμνούν ο ένας για τον άλλον.
- Η οικονομική ασφάλιση περισσότερο ενδυναμώνει παρά αποδυναμώνει τους κοινωνικούς θεσμούς, ίσως επειδή τα

1. Van de Meer, T. Scheepers, P. και te Grotenhuis, M., 2008, «Επηρεάζει η πολιτεία τις άτυπες επαφές μεταξύ των ανθρώπων; Νέες θεσμικές εξηγήσεις της κοινωνικής συμμετοχής στην καθημερινή ζωή», H. Meulemann (ed.), *Κοινωνικό κεφάλαιο στην Ευρώπη: ομοιότητα χωρών και διαφορά ανθρώπων; Πολύ – επίπεδες αναλύσεις της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας*, Leiden & Boston, Brill.

άτομα μόνο όταν έχουν καλυφθεί οι δικές τους βασικές ανάγκες στρέφουν με μεγαλύτερη προθυμία την προσοχή τους στους συνανθρώπους τους.

Τα παραπάνω συμπεράσματα προέκυψαν από τη χρήση στατιστικών δεικτών και κλιμάκων μέτρησης της κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των πολιτών των διαφόρων χωρών.

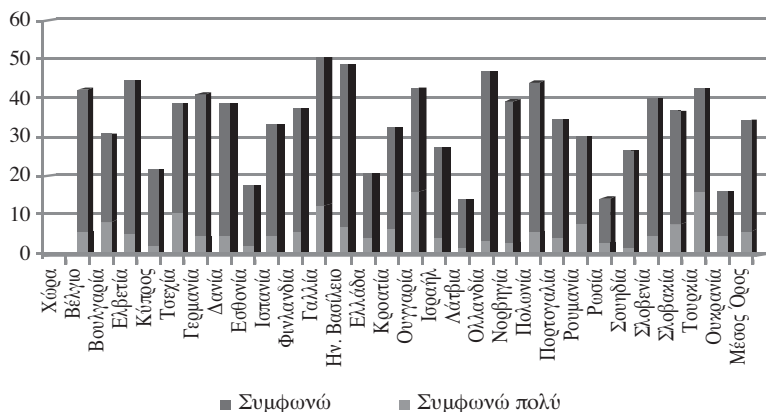
Αξιοποιώντας τα στατιστικά δεδομένα για το έτος 2008-2009 της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας παρουσιάζουμε στο Διάγραμμα 1 τις απόψεις των Ευρωπαίων πολιτών για την κοινωνική αλληλεγγύη. Στην ερώτηση «κατά πόσο νομίζετε ότι οι κοινωνικές παροχές-υπηρεσίες μειώνουν την επιθυμία σας για κοινωνική αλληλεγγύη και υποστήριξη προς τους συνανθρώπους σας», το 34,1 % των ερωτηθέντων στην έρευνα της ΕΚΕ συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί ότι οι κοινωνικές παροχές/υπηρεσίες μειώνουν αυτήν την επιθυμία. Οι πολίτες των χωρών της Βόρειας Ευρώπης, όπως η Γαλλία (50,4%), η Αγγλία (48,8%), η Ολλανδία (46,8%), με ιστορικά παγιωμένα συστήματα κράτους πρόνοιας, τείνουν να εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά αποδοχής μιας κοινωνίας των πολιτών, η οποία βασίζεται σε συστήματα κοινωνικής αλληλεγγύης. Αντίθετα, οι πολίτες της Ρωσίας (14,3%) και άλλων ανατολικών πρώην σοσιαλιστικών χωρών, όπως η Ουκρανία (15,9%), η Λετονία (14,1%) και η Εσθονία (17,7%) υιοθετούν διαφορετική άποψη. Χαμηλά επίσης ποσοστά καταγράφηκαν και για την Ελλάδα (20,5%) και την Κύπρο (21,6%).

3. ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες αυξήθηκε στην Ευρώπη το ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημών για τη μελέτη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Μέσα στο πλαίσιο αυτό έχουν διερευνηθεί τα αίτια της φτώχειας και οι λόγοι για τους οποίους ορισμένα άτομα παραμένουν κοινωνικά αποκλεισμένα από τις ευκαιρίες που παρέχονται από το σύστημα κοινωνικής προστασίας και από την αγορά εργασίας. Οι διάφορες κοινωνικές και οικονομικές θεωρίες χρησιμοποιούν ποικίλους όρους προκειμένου να περιγράψουν τη χρόνια ανεργία, τη διαρκή φτώχεια, την εξαθλίωση, και τη συνεχή εξάρτηση ορισμένων ατόμων από το

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Η κοινωνική αλληλεγγύη και κοινωνική υποστήριξη για την κοινωνία πολιτών



Πηγή: Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα.

κράτος πρόνοιας. Για παράδειγμα, ο Ευρωπαίος κοινωνιολόγος Ralf Dahrendorf αποδίδει στη φτώχεια ορισμένα χαρακτηριστικά που συνδέονται με το σύνδρομο στέρησης που συχνά οδηγεί στην ύπαρξη των «γκέτο». Το σύνδρομο αυτό, υποστηρίζει, αποτελεί ένα φαύλο κύκλο. Αν κάποια άτομα υποβαθμιστούν κοινωνικά, τότε δημιουργούν μια ομάδα underclass που όταν βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας είναι δύσκολο να ξεφύγουν. Άλλοι κοινωνιολόγοι και οικονομολόγοι [Esping-Andersen (1990, 1996, 1999), Ferrera, (2000), Leibfried (2001), Atkinson] ανέπτυξαν διαφορετικές θεωρίες και τεχνικές για τη μέτρηση της έκτασης και της έντασης της φτώχειας.

Χρησιμοποιώντας τις τεχνικές αυτές εκτιμήθηκε ότι στα μέσα της δεκαετίας του 1970 υπήρχαν 30 εκατομμύρια περίπου φτωχοί στις 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το μέγεθος αυτό αποτελεί μια ελαχίστη εκτίμηση, η οποία δεν είναι καθόλου ενδεικτική του όλου προβλήματος, δεδομένου ότι στις στατιστικές καταμέτρησης των φτωχών δεν συμπεριλαμβάνονται αυτοί που διαβιούν σε συλλογικές κατοικίες, όπως γηροκομεία και άλλα ιδρύματα, οι άστεγοι καθώς και άλλες ομάδες που διαβιούν στο περιθώριο και δεν παρουσιάζονται στις στατιστικές απογραφές.

Η αναλυτική παρουσίαση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της φτώχειας είναι πέρα από τους στόχους της μελέτης αυτής. Ενδιαφέρουσες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις των μεθόδων μέτρησης της φτώχειας παρουσιάζονται από τους Μπαλούρδο Δ. (2006),² και Υφαντόπουλο Γ. και συνεργάτες (2009). Στις περισσότερες αναλύσεις η φτώχεια ορίζεται ως ποσοστό της διαμέσου του διαθέσιμου εισοδήματος σταθμισμένου με τις αντίστοιχες κλίμακες ισοδυναμίας.

Στο Διάγραμμα 2, παρουσιάζουμε τις εκτιμήσεις για τη φτώχεια σε ποσοστά 40%, 50% και 60% της διαμέσου του Διαθέσιμου Εισοδήματος σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΕ. Το χαμηλότερο ποσοστό φτώχειας παρουσιάζεται στη Δανία και τη Σουηδία, ενώ το υψηλότερο στις ΗΠΑ και Τουρκία. Στην Ελλάδα το ποσοστό φτώχειας ανέρχεται στο 19,6 %, εάν λάβουμε ως κριτήριο το 60% της διαμέσου του εισοδήματος. Για το 40% της διαμέσου το ποσοστό της φτώχειας στην Ελλάδα είναι 7%, και για το 50% της διαμέσου του εισοδήματος το ποσοστό φτώχειας εκτιμάται στο 12,7% (Βλ. Διάγραμμα 2).

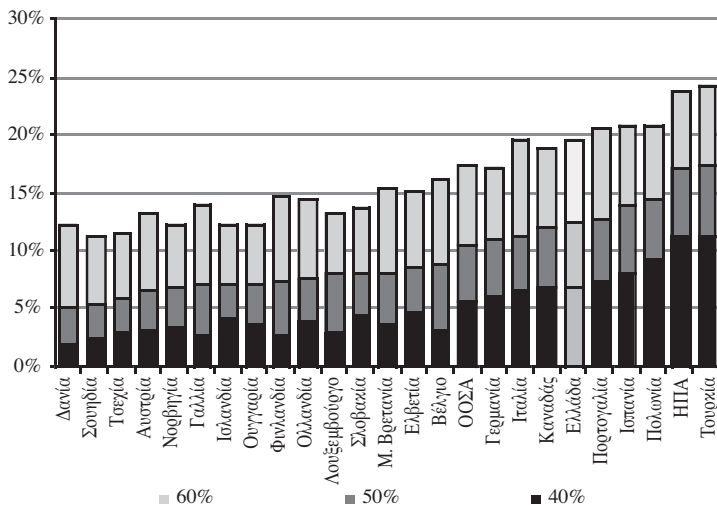
Πρόσφατες έρευνες (ΕΚΚΕ, 2001, 2006, Υφαντόπουλος, 2008, 2009) έδειξαν ότι υπάρχει ένας φαύλος κύκλος μεταξύ χρόνιας ασθένειας, υποσιτισμού, αλκοολισμού, ελλειπών εκπαιδείας, ανειδίκευτης εργασίας, ανεργίας, περιορισμένης πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες.

Στην έρευνα της ΕΚΕ (2008-2009) τέθηκε η ερώτηση: «κατά πόσο νομίζετε ότι οι κοινωνικές παροχές-υπηρεσίες μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη κατά της “εκτεταμένης” φτώχειας». Πάνω από το 54,1% των ερωτωμένων (Βλ. Διάγραμμα 3) απάντησε ότι απλώς συμφωνεί ή συμφωνεί πολύ ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες και παροχές συμβάλλουν στην αποτροπή της φτώχειας.

Υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων πάνω από (60%) καταγράφηκαν σε χώρες που έχουν αναπτυγμένα και στοχευμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, όπως η Ολλανδία, η Ελβετία, η Αγγλία, το Βέλγιο, η Σουηδία. Στις πρώην σοσιαλιστικές

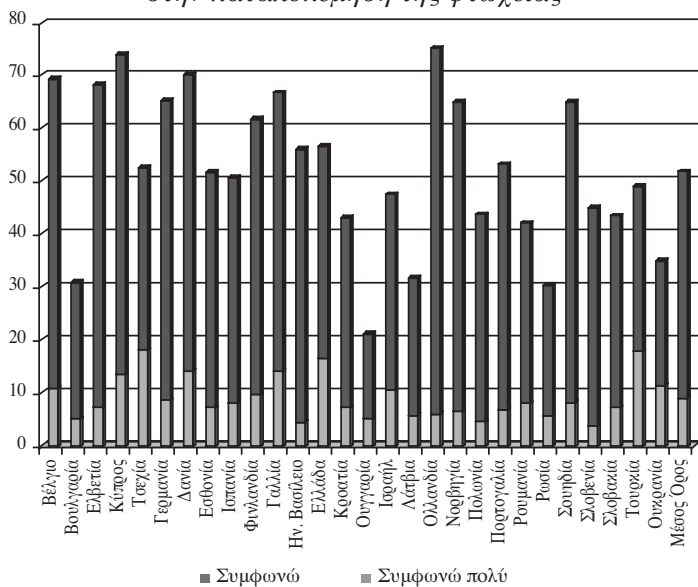
2. Μπαλούρδος Δ., 2006, «Εννοιολογικές και μεθοδολογικές περιπλοκές της φτώχειας», στο *Κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας, 2003-2004*, Αθήνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, ΕΚΚΕ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2
Δείκτες φτώχειας σε ποσοστά 40%, 50% και 60% της Διαμέσου του Εισοδήματος για το 2005



Πηγή: Εκτιμήσεις από βάση δεδομένων ΟΟΣΑ.

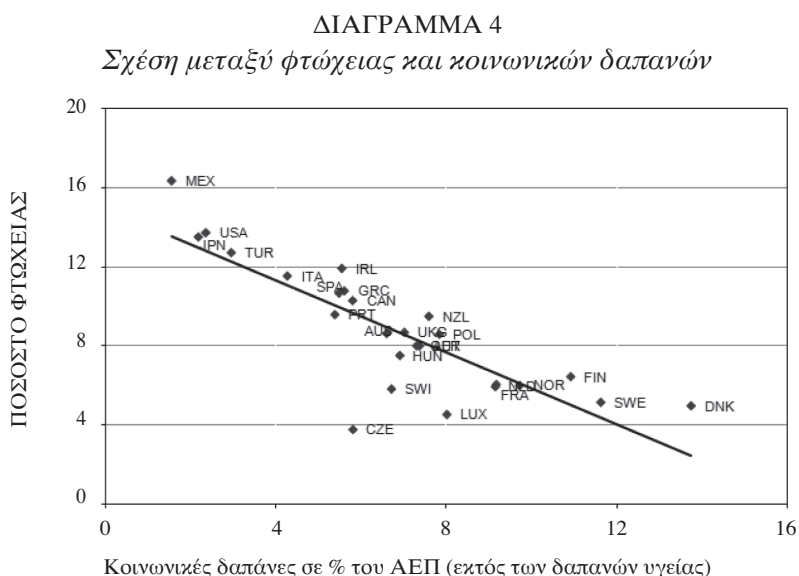
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3
Οι κοινωνικές παροχές συμβάλλουν στην καταπολέμηση της φτώχειας



χώρες, όπως η Ρωσία, η Βουλγαρία και η Ουγγαρία, δεν πιστεύουν τόσο πολύ ότι οι κοινωνικές παροχές μπορούν να λύσουν τα «ενδημικά» προβλήματα της χρόνιας φτώχειας. Τα χαμηλά ποσοστά εμπιστοσύνης προς το κράτος και τις κοινωνικές παροχές για την καταπολέμηση της φτώχειας συνδέονται με την έλλειψη στοχευμένων και αποτελεσματικών πολιτικών αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων. Επιπλέον, υπάρχουν «πατροπαράδοτες» μορφές νοικοκυριών που βρίσκονται σε «χρόνια φτώχεια» και αντιπροσωπεύονται από χρόνια άνεργους, αγροτικά νοικοκυριά, και ηλικιωμένους, με πολύ χαμηλά εισοδήματα που επιβιώνουν σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού.

Προκειμένου να διερευνήσουμε περισσότερο τη σχέση μεταξύ των κοινωνικών παροχών και της φτώχειας, παρουσιάζουμε στο Διάγραμμα 4 τη σχέση μεταξύ κοινωνικών δαπανών (εκτός των δαπανών για υγεία) και των ποσοστών φτώχειας. Στο Διάγραμμα 4 καταγράφεται μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ κοινωνικών δαπανών και φτώχειας.

Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για κοινωνικές παροχές τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό φτώχειας σε μια χώρα. Επομένως, οι κοινωνικές δαπάνες και το κοινωνικό κράτος λειτουργεί ουσιαστικά στην



καταπολέμηση της φτώχειας. Η εκτιμηθείσα σχέση (1) μεταξύ φτώχειας και κοινωνικών παροχών είναι η ακόλουθη:

$$\text{Φτώχεια} = 14,99 - 0,915 \text{ Κοινωνικών Παροχών (1)}$$

$$R^2 = 0,679$$

Ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 δείχνει μια ικανοποιητική εκτίμηση δεδομένου ότι το 68% της διακύμανσης της φτώχειας ανάμεσα στις χώρες του δείγματος μπορεί να ερμηνευθεί από την εκτιμηθείσα εξίσωση.

Εάν από το δείγμα των χωρών αφαιρέσουμε την Τσεχία, τότε ο συντελεστής προσδιορισμού βελτιώνεται σημαντικά δίνοντας μια ισχυρότερη αρνητική σχέση (2) ανάμεσα στην φτώχεια και τις κοινωνικές παροχές.

$$\text{Φτώχεια} = 15,414 - 0,9438 \text{ Κοινωνικών Παροχών (2)}$$

$$R^2 = 0,7999$$

Τα αποτελέσματα της ενότητας αυτής δείχνουν ανάγλυφα ότι η επέκταση του κράτους πρόνοιας έχει ουσιαστική επίπτωση στη καταπολέμηση της φτώχειας.

4. ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ

Τον τελευταίο αιώνα, σύμφωνα με τα δημογραφικά δεδομένα της ΕΕ, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε κατά 30 περίπου χρόνια. Στους άνδρες, από 45,7 έτη που ήταν στις αρχές του αιώνα, έφτασε στα 75 έτη στα τέλη του 20^{ου} αιώνα. Για τις γυναίκες, αντίστοιχα, από 49,6 έφτασε στα 79,9 έτη. Η αύξηση αυτή αποδίδεται κυρίως στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στη διατροφή, στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και στη σύγχρονη ιατρική τεχνολογία. Το προσδόκιμο επιβίωσης προβλέπεται ότι θα συνεχίσει να αυξάνεται και για τα επόμενα χρόνια καθώς η πληθυσμιακή δομή των χωρών της ΕΕ θα χαρακτηρίζεται κυρίως από ηλικιωμένα παρά από μεσήλικα και νεότερα άτομα. Ο αριθμός των ηλικιωμένων 65+ αναμένεται να αυξηθεί από 85 εκατ. το 2008 στα 151 εκατ. το 2060. Οι υπερήλικες 80+ θα τριπλασιαστούν από 22 εκατ. το 2008 στα 61 εκατ. το 2060. Η γήρανση αυτή του πληθυσμού θα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις

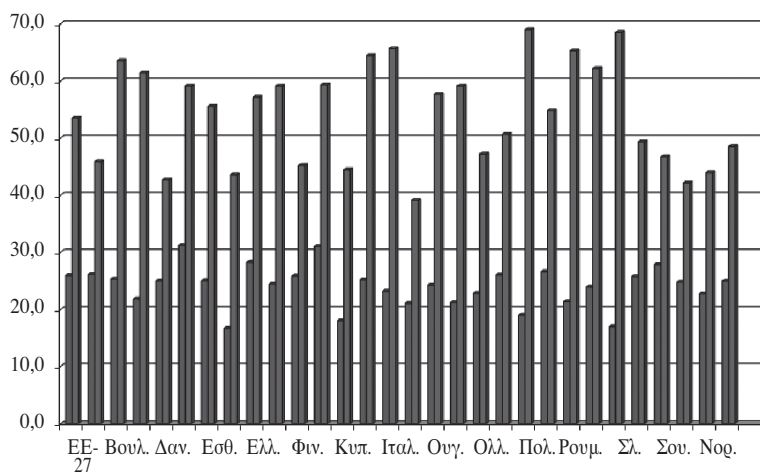
στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα στο εργατικό δυναμικό, το οποίο θα κληθεί να χρηματοδοτήσει με τις εισφορές του τις αυξανόμενες απαιτήσεις για συντάξεις και υγειονομική περίθαλψη ενός αυξανόμενου πληθυσμού συνταξιούχων και υπερηλίκων. Επιπλέον, οι δημόσιες δαπάνες υγείας θα αυξηθούν εκθετικά δεδομένου ότι ένας γερασμένος πληθυσμός θα πάσχει από χρόνια νοσήματα (Αλτσχάιμερ, ψυχιατρικά, καρδιαγγειακά), τα οποία θα χρήζουν δαπανηρής υγειονομικής περίθαλψης.

Με δεδομένη την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη, το κύριο ερώτημα που προκύπτει είναι: «πόσο βιώσιμα θα είναι τα μελλοντικά συνταξιοδοτικά συστήματα για να αντεπεξέλθουν στις μακροχρόνιες υποχρεώσεις των μελλοντικών γενεών συνταξιούχων». Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης δείχνουν ότι τα δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα που είχαν βασισθεί στην αρχή της αλληλεγγύης των γενεών δεν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους (OECD Pensions at a Glance 2005-2010). Η αναλογία ασφαλισμένων συνταξιούχων στα συστήματα αυτά θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη του τέσσερα προς ένα (4/1), δηλαδή τέσσερεις τουλάχιστον εργαζόμενοι θα πρέπει να προσφέρουν εισφορές για τη χρηματοδότηση μίας σύνταξης. Η αναλογία αυτή έχει μειωθεί σημαντικά σε 2 προς 1, δηλαδή 2 μόνο απασχολούμενοι ανά ένα συνταξιούχο. Για να είναι βιώσιμο το σύστημα θα πρέπει ή να μειωθεί η σύνταξη στο αντίστοιχο ποσοστό δηλαδή κατά 50% ή να παρατεθεί ο συντάξιμος χρόνος.

Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζουμε το δείκτη εξάρτησης, δηλαδή την αναλογία 65+ προς το αντίστοιχο τμήμα του ενεργού πληθυσμού 15 ως 64 που αντιπροσωπεύουν τα δυναμικά χρόνια απασχόλησης. Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, ο αριθμητής του κλάσματος (65+) αυξάνει ταχύτερα σε σχέση με τον ενεργό πληθυσμό 15+ ως 65, με αποτέλεσμα μια μέση αύξηση στο δείκτη εξάρτησης στην ΕΕ από 25,4 το 2008 στο 53,5 το 2060.

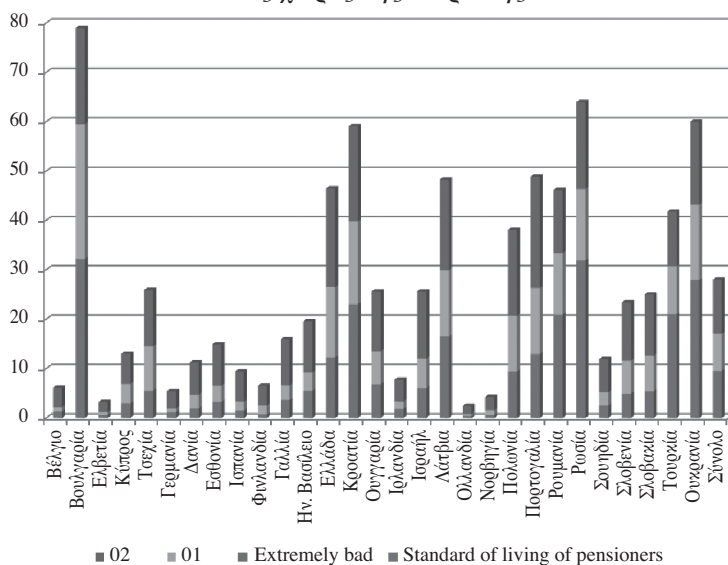
Η παρούσα οικονομική κρίση έχει επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην απασχόληση με υψηλούς δείκτες ανεργίας στους νέους και τις γυναίκες. Η ανεργία σε συνδυασμό με την εισφοροδιαφυγή μειώνει σημαντικά τα προσδοκώμενα έσοδα των ασφαλιστικών φορέων, αυξάνοντας ταυτόχρονα τις πιέσεις για παροχές.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5
Δείκτης εξάρτησης 65+/15-64 στα έτη 2008 και 2060



Πηγή: Eurostat Demographic Data Set.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6
Συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων
στις χώρες της Ευρώπης



Αναλύοντας τα στοιχεία του τελευταίου γύρου 2008-2009 της ΕΚΕ (βλ. Διάγραμμα 6) προκύπτει ότι το 28% περίπου των Ευρωπαίων πολιτών εκφράζουν έντονες ανησυχίες για τις συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, παρουσιάζονται μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών του δείγματος. Στις ανατολικές κυρίως χώρες, με πρώτη τη Βουλγαρία (79%), οι πολίτες εκφράζουν μεγάλη ανησυχία για τις συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων. Υψηλά ποσοστά για τις κακές συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων καταγράφηκαν και στη Ρωσία, Ουκρανία, Κροατία Πορτογαλία, και Λετονία. Στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται στο 46,5%. Η ανησυχία αυτή εκφράζει την ανάγκη μέτρων για την προστασία των συντάξεων και του εισοδήματος των ηλικιωμένων.

5. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη αποδείχτηκε διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία. Οι δυσκολίες αυτές αποδίδονται κυρίως σε ιστορικούς, θεσμικούς, οικονομικούς και πολιτικούς λόγους. Επιπλέον παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη διοικητική και οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας, η οποία επηρέασε σημαντικά την ανάπτυξη και υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έχει προτείνει τρεις βασικούς στόχους για τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, που αφορούν:

1. την ισότητα πρόσβασης των πολιτών κάθε χώρας στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική ή κοινωνική τους κατάσταση,
2. την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, και
3. την αποτελεσματικότητα και την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Παρά τις σημαντικές αρχές που τέθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση για την υλοποίηση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Ορισμένες χώρες πέτυχαν σε μεγάλο ποσοστό

τους παραπάνω στόχους, ενώ άλλες υστερούν σημαντικά στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων (Υφαντόπουλος, 2008). Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων. Επίσης, υπήρξαν πολλές καθυστερήσεις και αναστολές στην εφαρμογή των νόμων και των θεσμικών κειμένων. Η οικονομική δυσπραγία, οι χαμηλοί ή ακόμη και φθίνοντες ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού συνέβαλαν στην αναστολή των μεταρρυθμίσεων. Η υλοποίηση των στόχων μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης, σε μια χώρα, καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων παραγόντων. Στη βιβλιογραφία για την πολιτική υγείας (OECD Health at a Glance, 2005-2008, Υφαντόπουλος, 2008) έχει καταγραφεί και έχει αξιολογηθεί η συμβολή των παραγόντων αυτών στην επιτυχή υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιους παράγοντες που αφορούν: 1) την ιστορικότητα των θεσμών, 2) τις κοινωνικές αξίες όπως καθορίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα, 3) τις μακρο-οικονομικές διακυμάνσεις που καταγράφουν την οικονομική έξαρση (ανάπτυξη) καθώς και την οικονομική ύφεση, 4) το διοικητικό και οργανωτικό σύστημα που αναλαμβάνει τη διοικητική μεταρρύθμιση, και 5) το πολιτικό σύστημα που καθορίζει τόσο τις πολιτικές προτεραιότητες όσο και την «πολιτική βούληση» για την υλοποίηση των στόχων μιας μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας. Η αναλυτική παρουσίαση των παραπάνω παραγόντων ξεφεύγει από τους στόχους της μελέτης αυτής. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια επίπονη διαδικασία, η οποία απαιτεί τη διατομεακή συνεργασία μεταξύ διαφόρων κλάδων των κοινωνικών επιστημών. Επιπλέον, οι παλαιές διοικητικές δομές θα πρέπει να αντικατασταθούν από νέες σύγχρονες μορφές διοίκησης.

5.1 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η καταγραφή, η μέτρηση και η καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί μια ουσιαστική πρόκληση στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η Διεθνής Τράπεζα έχουν αναπτύξει συντονι-

σμένες δράσεις για τη μελέτη των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ανισότητες υγείας (Social Determinants of Health Inequalities). Ήδη από τον 19^ο αιώνα οι μελέτες των Villermé, Chadwick και Virchow επεσήμαναν ότι η ζωή και ο θάνατος σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης. Το 1930 με το «κίνημα της κοινωνικής ιατρικής», οι ανισότητες υγείας διερευνήθηκαν συστηματικά για να απονήσουν από πλευράς επιστημονικού ενδιαφέροντος στις δεκαετίες του 1950 και 1960, να εντατικοποιηθούν ξανά στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και να αποτελέσουν σήμερα ένα σημαντικό επιστημονικό στόχο καταγραφής με εξελιγμένες μορφές στατιστικής παρακολούθησης και τεκμηρίωσης. Τα αποτελέσματα των ερευνών δημιούργησαν ουσιαστικό αντίκτυπο σε πολιτικό επίπεδο, ειδικά τα τελευταία χρόνια, όπου εμφανίσθηκε η βούληση ορισμένων κυβερνήσεων για την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και δράσεων με σκοπό την άμβλυνση των ανισοτήτων. Ήδη αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Ην. Βασίλειο, οι Κάτω Χώρες, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ιταλία, η Λιθουανία και η Σουηδία, έχουν λάβει ανάλογες πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο, είτε με την συγκρότηση ειδικών επιτροπών, είτε με την έκδοση στρατηγικών και σχεδίων δράσεων, είτε με την υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων. Να σημειωθεί πως στις χώρες αυτές τα προγράμματα για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξελίσσονται ανεξάρτητα από την πολιτική ιδεολογία των εκάστοτε κυβερνήσεων.

Ανάλογη πολιτική βούληση αντιμετώπισης των ανισοτήτων έχει επίσης καταγραφεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ήδη το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στα συμπεράσματά του τον Ιούνιο του 2008 ζήτησε να προχωρήσουν οι εργασίες, ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα των συστημάτων υγείας μεταξύ και εντός των κρατών μελών. Επιπλέον, στη Λευκή Βίβλο της Επιτροπής με τίτλο «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013» προαναγγέλλεται η διατύπωση προτάσεων για δράσεις πολιτικής με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Στο πλαίσιο αυτό τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά όργανα (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Συμβούλιο, Επιτροπή Περιφερειών) εξέφρασαν την ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοτήτων. Τέλος, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προανήγγειλε την έκδοση ανακοίνωσης σχετικά με τις ανισότητες στην υγεία στην ΕΕ εντός του 2009, ως μια πρωτοβουλία για την

«αλληλεγγύη στην υγεία». Υπό το πρίσμα αυτό, η Επιτροπή ξεκίνησε ήδη προκαταρκτική διαδικασία διαβούλευσης με στόχο τη στήριξη της μείωσης των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο, ήδη από το 1948 στον καταστατικό χάρτη του ΠΟΥ, γίνονται αναφορές στην ευρύτερη έννοια της υγείας και στο θεμελιώδες δικαίωμα όλων στην υγεία. Έπειτα από μια περίοδο σκεπτικισμού και διαλόγου, ο ΠΟΥ συγκρότησε ειδική Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστικούς Παράγοντες της Υγείας (**WHO Commission on Social Determinants of Health**). Η εν λόγω Επιτροπή, αφού συγκέντρωσε τα απαραίτητα δεδομένα στην Έκθεσή της τον Αύγουστο του 2008, κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι ανισότητες της υγείας, τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μέσα σ' αυτές είναι αδιαμφισβήτητες και σχετίζονται άμεσα με τις συνθήκες διαβίωσης, ενώ προτρέπει τα κράτη να λάβουν συντονισμένες πρωτοβουλίες σε όλους τους σχετικούς τομείς πολιτικής. Η Έκθεση παρουσιάσθηκε στην Σύνοδο του Εκτελεστικού Συμβουλίου του ΠΟΥ τον Ιανουάριο του 2009, όπου οι χώρες, μέλη τόνισαν ότι απαιτείται η λήψη μέτρων και υπογράμμισαν ότι η καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία συνδέεται με την επίτευξη των Στόχων της Χιλιετίας.

Παρά τη συνεχή προσπάθεια των κρατών της ΕΕ και της ΠΟΥ για μεγαλύτερη κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα στον τομέα της υγείας, πολλές μελέτες παρουσιάζουν ότι οι ανισότητες στην υγεία παρέμειναν αγεφύρωτες ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις καθώς και ανάμεσα στις περιφέρειες και τις χώρες της ΕΕ.

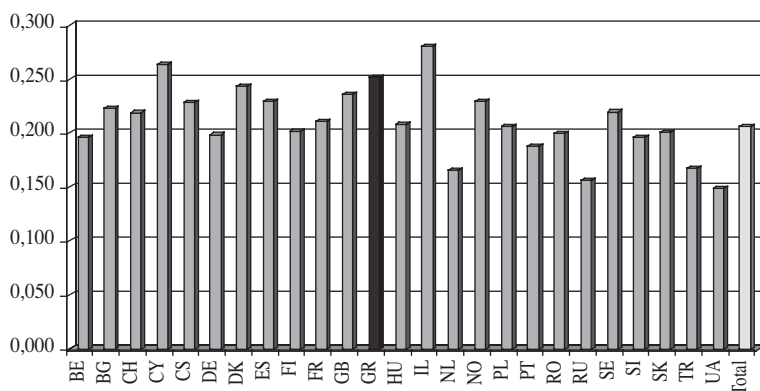
Σύμφωνα με τα παραπάνω και με βάση τα στοιχεία του τελευταίου κύματος για το 2008-2009 της ΕΚΕ, εκτιμήθηκαν οι συντελεστές ανισότητας για την κατάσταση υγείας.

Για να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι κοινωνικές ανισότητες ως προς την κατάσταση υγείας εκτιμήθηκαν συντελεστές ανισοκατανομής GINI (Υφαντόπουλος, 1990). Μαθηματικά ο συντελεστής GINI ορίζεται ως εξής:

$$G = \frac{\frac{1}{n^2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j|}{2\mu}$$

Ο συντελεστής αυτός λαμβάνει τιμές: $0 < \text{Gini} < 1$, όπου η πλησίον του μηδενός τιμή συνεπάγεται μικρή ανισότητα και κατά

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7
Ανισότητες στην υγεία.
Συντελεστής Gini βασιζόμενος στην ΕΚΕ



συνέπεια επίτευξη των στόχων της κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η πλησίον της μονάδος σημαίνει μεγάλη ανισότητα και κατά συνέπεια αδυναμία των κυβερνήσεων να επιτύχουν τους στόχους καταπολέμησης των ανισοτήτων στην υγεία. Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεών μας παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 7.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι, από το 1983 με την ψήφιση του Νόμου 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», η Ελλάδα υιοθέτησε ένα δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο απέβλεπε κυρίως στη διασφάλιση της αρχής της ισότητας. Τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας για το 2009 δείχνουν ότι η Ελλάδα παρουσιάζεται ως μια χώρα με τις υψηλότερες ανισότητες στην υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας. Η υποτονική ανάπτυξη του δημόσιου τομέα σε συνδυασμό με την κακοδιοίκηση και την διαφθορά συνέβαλαν στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και παράλληλα στην αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη αυτή παρουσιάσαμε ανάγλυφα τις μεγάλες κοινωνικές ανισότητες που υπάρχουν σήμερα στην Ευρώπη μεταξύ Βορρά και Νότου, καθώς, επίσης, και μεταξύ δυτικών και πρώ-

ην ανατολικών χωρών. Οι Ευρωπαίοι παρουσιάζουν μεγάλη ανησυχία ως προς τις συνθήκες διαβίωσης των συνταξιούχων. Η ανησυχία αυτή επιτείνεται λόγω της δημογραφικής γήρανσης και της συρρίκνωσης του κράτους πρόνοιας και των κοινωνικών παροχών. Επίσης, η δημογραφική γήρανση επιφέρει αύξηση των δαπανών για την υγεία και μεγαλύτερη ζήτηση για γηριατρικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Η πρόσφατη οικονομική κρίση δρα ανασταλτικά στην επέκταση του κράτους πρόνοιας λόγω της μείωσης του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος και την αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων.

Ωστόσο, οι Ευρωπαίοι πιστεύουν ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών είναι αναγκαία για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Επίσης, πιστεύουν ότι λόγω των αυξημένων ανισοτήτων στην υγεία ο δημόσιος τομέας θα πρέπει να διασφαλίσει ένα ουσιαστικό πακέτο υγειονομικών παροχών για την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία. Η ορθολογική χρήση των περιορισμένων πόρων του δημόσιου τομέα κρίνεται αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε όπως επίσης και η υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων που θα συμβάλλουν στη αποτελεσματική λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσσες

ΕΚΚΕ, 2001, *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδος*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

ΕΚΚΕ, 2006, *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδος*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Μπαλούρδος Δ., Υφαντόπουλος Γ., 1999, «Οικογένεια, Ανισότητα και Φτώχεια», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τόμ. 98-99, σ. 137-181.

Μπαλούρδος Δ., Υφαντόπουλος Γ., 1991, «Περιφερειακές διαστάσεις της διανομής του εισοδήματος», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, σ. 155-195.

Υφαντόπουλος Γ., 1990, «Στατιστικά μέτρα για την οικονομική ανισότητα», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τεύχ. 73 Α, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. 2006, *Η Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα: Οργανωτική δομή και μεθοδολογικό πλαίσιο κοινωνική ανάπτυξη και συνοχή*, τόμος 1, τεύχ. 2, σ. 75-91.

- Υφαντόπουλος Γ., Σκαπινάκης Π., Νιάκας Δ., 2007, «Κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις της υγείας και ποιότητα ζωής», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμ. 24, τεύχ. 1.
- Υφαντόπουλος Γ., 2008, *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Εκδόσεις Τυπωθήτω Γ Δαρδανού, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ., Μπαλούρδος Δ., Νικολόπουλος Κ., 2009, *Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας*, Εκδόσεις Δαρδανός Γ. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Ξενογλώσσες

- Atkinson A., Cantillon B., Marlier E. and Nolan B., *Indicators for social inclusion in the European Union*, Oxford, Oxford University Press.
- Duncan G. , Gustafsson B., Hauser R., Schamauss G., Jenkins S., Messinger H., Muffels R., Nolan B. and Ray J., 1993, «Poverty dynamics in eight countries», *Population Economics*, August, σ. 215-234.
- Dyson K., 2000, *The Politics of the Euro-Zone. Stability or breakdown?*, Oxford, Oxford University Press.
- Dyson K. and K. Featherstone, 1999, *The road to Maastricht. Negotiating Economic and Monetary Union*, Oxford, Oxford University Press.
- Esping-Andersen G., 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- Esping Andersen G. (ed.). 1996, *Welfare states in transition*, London, Sage.
- Esping Andersen G., 1999, *Social foundations of post-industrial economies*, Oxford, Oxford University Press.
- European Commission, 1997, *Social protection in Europe 1997*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission, 1999, *Employment in Europe 1998*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission, 1999, *Social Protection Report*, Brussels, DGV.
- European Commission, 2002, *Social Protection Report*, Brussels.
- European Commission, 2000b, *Building an inclusive Europe*, Communication from the Commission, Brussels, DGV, Employment and Social Affairs.
- European Commission, 2000c, *Acting locally for employment. A local dimension for the European Employment Strategy*, Communication from the Commission, Brussels.
- European Commission, 2000d, *Social Policy Agenda*, Communication from the Commission, Brussels.
- European Commission, 2000e, *The future evolution of social protection from a long-term point of view: Safe and sustainable pensions*, Communication from the Commission, Brussels.

- European Commission, 2001a, *Employment and social policies: A framework for investing in quality*, Communication from the Commission, Brussels.
- European Social Survey, 2006, *European Social Survey. Monitoring attitude change in Europe*, European Science Foundation. Strasbourg.
- Ferrera M., 1996, «The Southern Model of Welfare in Social Europe», *Journal of European Social Policy*, vol. 6, no 1, σ. 17-37.
- Ferrera M., 2000, «Reconstructing the Welfare State in Southern Europe», S. Kuhnle (ed.), *Survival of the European Welfare State*, London, Routledge.
- Ferrera M. and M. Rhodes (eds), 2000, *Recasting European Welfare States*, London, Frank Cass.
- Hauser R., 1997, «Adequacy and poverty among the retired», Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.
- Kangas O., 2000, «Distributive justice and social policy. Some reflections on Rawls and Income Distribution». *Social Policy and Administration*, vol. 34, σ. 510-28.
- Leibfried S. (ed.), 2001, *Welfare State Futures*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Leibfried S. and P. Pierson (eds), 1996, *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Meulemann H., 2008, *Social capital in Europe: Similarity of countries and diversity of people?* Multi level analysis of the European social Survey Brill Leiden Boston.
- OECD, 1988, *Reforming public pensions*, Paris, OECD.
- OECD, 2005 2010, *Pensions at a glance*, Paris, OECD.
- OECD, 1996, *Caring for frail elderly people*, Paris, OECD.
- OECD, 2005 2010, *Health at a glance*, Paris, OECD.
- OECD, 1999c, *A caring world: The New Social Policy Agenda*, Paris, OECD.
- OECD, 2000, *Reforms for and ageing society*, Paris, OECD.
- OECD, 2000, *Literacy in the information age*, Paris, OECD.
- OECD, 2010, *Employment outlook*, Paris, OECD.
- Rhodes M., 2001, «The political economy of social pacts, “competitive corporatism” and European Welfare Reform», P. Pierson P. (ed.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press
- Rieger E. and S. Leibfried, 1998, «Welfare state limits to globalization», *Politics and Society*, vol. 26, no 3, σ. 363-390.
- Taylor-Gooby P. and Svallfors S., 2001, *The end of the welfare state? Responses to state retrenchment*, London, Routledge.
- Whelan C.T. and McGinnity F., 2000, «Unemployment and satisfaction : A european analysis», Gallie D. and Paugam S. (ed.), *Welfare regimes and the*

experience of unemployment in Europe, Oxford, Oxford University Press, σ. 286-306.

Yfantopoulos J., 1999, Social Protection for Dependency in Old Age in Greece, National Reports Series of the Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 Member State and Norway. Project commissioned by the Commission of the European Communities and the Belgian Minister of Social Affairs, HIVA Institute University of Leuven, σ. 91.

Yfantopoulos Y., 2001, «Quality of Life and Qualys in the measurement of health», *Archives of Hellenic Medicine*, May-April, vol. 18, σ. 114-130.

Yfantopoulos J., 2006, Health reforms in Europe. Proceedings of a health management and health economics conference, University of Athens.