

Τ.Ε.Ι. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Κράτος πρόνοιας για την τρίτη ηλικία στην Ευρώπη”

Σπουδαστές: Γεωργία Ρακοπούλου

Αναστασία Τόμπρου

Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος

Επικ. Καθηγητής

Καλαμάτα 2013

## Έγκριση

---

Υπογραφή

Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: Θεόδωρος Πισιμίσης	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: Γεώργιος Μαυριδόγλου	

# Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά  
τον επιβλέποντα της πτυχιακής μας εργασίας  
κύριο Λεωνίδα Παρασκευόπουλο  
Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας  
του Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου  
για την πολύτιμη βοήθεια  
στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας

«Ας ελπίσουμε ότι μια μέρα η ταπεινοφροσύνη θα ξαναέλθει στη μόδα. Γιατί χωρίς αυτή κανένας σκοπός της κοινωνικής πολιτικής δεν μπορεί ποτέ να επιτευχθεί»

(Abel-Smith, 1989)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

Οι κοινωνικές παροχές του κράτους προς τις ευάλωτες ομάδες, αποτελούν διαχρονικό και επίκαιρο ζήτημα. Η καθιέρωσή τους σαν πολιτική πρακτική συνδέεται με την εμφάνιση του λεγόμενου «κράτους-πρόνοιας». Η παροχή πρόνοιας είναι μια ηθική δραστηριότητα και οι αξίες στις οποίες στηρίζεται είναι αυτές της κοινωνίας, στην οποία λειτουργεί. Το κράτος πρόνοιας δεν έχει τέλος, λόγω της υποχρέωσής του να διευρύνεται και να προσαρμόζεται συνεχώς. Κατά συνέπεια, η κοινωνική προστασία αποκτά σπουδαία θέση στη συνολική οικονομική πολιτική και την πολιτική για την απασχόληση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς η έμφαση της πολιτικής για την απασχόληση μετατοπίζεται από την απλή ενίσχυση του εισοδήματος σε ενεργητικότερα μέτρα. Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να αναλυθούν οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να διεξαχθούν συμπεράσματα για τη γενναιοδωρία των «κρατών πρόνοιας», όσον αφορά τους ηλικιωμένους και τη νεολαία. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε στοιχεία από την EUROSTAT και τον ΟΟΣΑ, καθώς επίσης και μεμονωμένα στοιχεία από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE), προκειμένου να παρουσιαστούν στατιστικοί συσχετισμοί μεταξύ των διάφορων διαστάσεων της γενναιοδωρίας του κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην Ελλάδα. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των παροχών κοινωνικής προστασίας και του κόστους, ως ποσοστό του ΑΕΠ. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσον αφορά την τρίτη ηλικία και τους νέους και εξάγονται συμπεράσματα για το πώς αυτές διαφοροποιούνται στις διάφορες χώρες - μέλη, αλλά και για το πώς εξελίχθηκαν κατά τη διάρκεια των ετών. Παράλληλα, συγκρίνεται η γενναιοδωρία τους προς τους ηλικιωμένους και προς τους νέους. Εξετάζουμε τις πραγματικές πολιτικές εκβάσεις, όπως η ανεργία και τα ποσοστά φτώχειας μεταξύ των νεότερων και των ηλικιωμένων, την οικονομική ανισότητα, το εισόδημα και την κατανάλωση. Εξετάζουμε επίσης τις μη οικονομικές εκβάσεις, όπως η υγεία και η μακροζωία. Τέλος και με δεδομένη την οικονομική κατάσταση των κρατών της Ε.Ε., ιδιαίτερα των κρατών του λεγόμενου ευρωπαϊκού νότου, αναλύουμε την αναμόρφωση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας, σύμφωνα με νεότερα στοιχεία του ΟΟΣΑ.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	viii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ .....	2
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	2
1.2 ΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	3
1.3 ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ .....	4
1.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	5
1.5 ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ.....	8
1.5.1 Τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη .....	8
1.6 ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	14
1.6.1 Τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	16
2.1 ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.....	16
2.2 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ .....	17
2.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ Α.Ε.Π. – ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	18
2.3.1 Η δημογραφική γήρανση στην Ευρώπη: τάσεις και προοπτικές .....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΚΡΑΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	23
3.1 ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	23
3.2 ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ .....	26
3.2.1 Δαπάνες προς τους ηλικιωμένους .....	27
3.2.2 Δαπάνες προς τη νεολαία.....	29
3.2.3 Οι ηλικιωμένοι έναντι στη νεολαία: σχετική γενναιοδωρία, συσσώρευση ....	30
3.3 ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ.....	33
3.3.1 Εισοδηματικά επίπεδα.....	33
3.3.2 Διανομή του πλούτου, του εισοδήματος και της κατανάλωσης.....	35
3.3.3 Ανεργία στους νέους και στους ηλικιωμένους .....	35
3.3.4 Υγεία και μακροζωία.....	37
3.4 ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	39
3.4.1 Δημογραφία .....	40

3.4.2	<i>Πολιτικές προτιμήσεις</i> .....	40
3.4.3	<i>Κίνητρα πρόωρης συνταξιοδότησης</i> .....	42
<b>3.5</b>	<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ</b> .....	<b>45</b>
3.5.1	<i>Αναμόρφωση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας των χωρών της ΕΕ</i> ....	45
	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>47</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>48</b>

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

---

Πίνακας 1: Εισοδηματική ανισότητα, ελεύθερου χρόνου, προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ..	19
Πίνακας 2: Τάση του Ευρωπαϊκού Πληθυσμού 2005-2050 .....	21
Πίνακας 3: Χρονοσειρές οπισθοδρομήσεις του κοινωνικού μεριδίου δαπανών που αφιερώνεται στους ηλικιωμένους με το κοινωνικό μερίδιο των δαπανών που αφιερώνεται στις νεολαίες (ποσοστό του ΑΕΠ).....	33
Πίνακας 4: Διανομή του εισοδήματος, κατανάλωση και πλούτος μεταξύ των ηλικιωμένων (συντελεστής GINI).....	35
Πίνακας 5: Προσδόκιμο ζωής .....	39
Πίνακας 6: Προτιμήσεις για το μέγεθος και την ανακατανομή του κράτους κοινωνικής.....	41
Πίνακας 7: Αποτελέσματα κινήτρου και συμπεριφορά αποχώρησης.....	43

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

---

Γράφημα 1: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΕΕ25=100) .....	18
Γράφημα 2: Γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.: Ποσοστό ηλικίας 65 και άνω .....	19
Γράφημα 3: Τάση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού (πληθυσμός σε εκατομμύρια) .....	22
Γράφημα 4: Μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας (κοινωνικές δαπάνες ανά ΑΕΠ ).....	23
Γράφημα 5 : Ποσοστό δαπανών που αφιερώνεται στις κοινωνικές δαπάνες το 2003 .....	24
Γράφημα 6: Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών κατά την περίοδο 1996-2003.....	24
Γράφημα 7: Μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας (κοινωνικές δαπάνες κατά κεφαλήν) ...	25
Γράφημα 8: Δαπάνες κοινωνικής προστασίας κατά το έτος 2006 .....	26
Γράφημα 9: Δομή των δαπανών.....	27
Γράφημα 10: Κοινωνικές Δαπάνες που αφιερώνονται στους Ηλικιωμένους (κατά κεφαλήν) .....	28
Γράφημα 11: Μερίδιο των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνεται στους Ηλικιωμένους (ποσοστά επί του συνόλου) .....	29
Γράφημα 12: Μερίδιο των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνονται στις νεολαίες (ποσοστά επί του συνόλου) .....	29



Γράφημα 13: Κοινωνικές δαπάνες που αφιερώνονται στις νεολαίες (κατά κεφαλήν).....	30
Γράφημα 14: Σχετική γενναιοδωρία στους ηλικιωμένους εναντίον της νεολαίας (κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους δια των κοινωνικών δαπανών της νεολαίας).....	31
Γράφημα 15: Σχετική γενναιοδωρία στους ηλικιωμένους εναντίον των νέων (κατά κεφαλήν δαπάνες που αφιερώνεται στους ηλικιωμένους εναντίον των κατά κεφαλήν εξόδων που αφιερώνονται στους νέους) .....	31
Γράφημα 16: Σχετική γενναιοδωρία προς στους ηλικιωμένους εναντίον των νεολαίων (κοινωνικές δαπάνες που αφιερώνονται στους ηλικιωμένους έναντι των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνονται στις νεολαίες, ποσοστό του ΑΕΠ).....	32
Γράφημα 17: Εισοδηματικό επίπεδο συνταξιούχων (ηλικία 72 και κάτω/ηλικία 73 και πάνω) σχετικά με το εισόδημα εργαζόμενων ηλικίας 50 έως 65 .....	34
Γράφημα 18: Το ποσοστό των νέων μεταξύ 15 και 19 ετών, οι οποίοι δεν είναι ούτε στην εκπαίδευση ούτε στην εργασία, 2003.....	36
Γράφημα 19: Ποσοστό απασχόλησης ηλικίας 55-64, 1992-2004.....	37
Γράφημα 20: Ταχύτητα περπατήματος και αντοχής ατόμων ηλικίας 50+ .....	38
Γράφημα 21: Περιεκτικός δείκτης υγείας ατόμων ηλικίας 50 και άνω .....	38
Γράφημα 22: Δομή ηλικίας των ευρωπαϊκών χωρών .....	40
Γράφημα 23: Προτιμήσεις για τις επιλογές συνταξιοδοτικής μεταρρύθμισης.....	42
Γράφημα 24: Ποσοστά απασχόλησης και αποχώρησης υπό όρους καλής υγείας .....	43
Γράφημα 25: Ασφαλιστική επικράτηση ανικανότητας, από τη διόρθωση για την κατάσταση της υγείας.....	44

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Κράτος Πρόνοιας θεωρείται το σύνολο των κοινωνικών διαδικασιών, «*οι οποίες διευκολύνουν την κοινωνική αναπαραγωγή, διαμορφώνοντας παράλληλα σε μεγάλο βαθμό τη φυσιογνωμία του*» (Βενιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003). Ο όρος «Κράτος Πρόνοιας» αναφέρεται σε εκείνη τη μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρα μέσω της παροχικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών (Κοντιάδης κ.α., 2006).

Η παροχή πρόνοιας έχει την τάση να αντανakλά τη δομή μιας κοινωνίας, της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η μέριμνα για την υποστήριξη των αδυνάτων πολιτών (Spicker, 2004). Οι πολίτες αυτοί μπορεί να είναι μεμονομένα άτομα, οικογένειες ή άτομα που ανήκουν σε κάποια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα (π.χ. ηλικιωμένοι). Ο στόχος του κράτους-πρόνοιας είναι ο περιορισμός της φτώχειας, της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Κάθε άνθρωπος, ανά πάσα στιγμή, είναι πιθανόν να χρειαστεί τη συμπαράσταση των κρατικών υπηρεσιών, όταν δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις δυσκολίες που συναντά στη ζωή του. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να σχετίζονται με προβλήματα υγείας ή προβλήματα οικονομικής φύσεως (π.χ. ανεργία), ή με διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (π.χ. ενδοοικογενειακή βία), ή με οποιαδήποτε άλλη κατάσταση, κατά την οποία δεν μπορεί να ανταπεξέλθει χωρίς τη λήψη εξωτερικής βοήθειας και στήριξης (Νικολάου, 2011).

Η αναζήτηση της Κοινωνικής Πολιτικής συνδέεται με τη διερεύνηση ζητημάτων όπως η κοινωνική δικαιοσύνη και η μελέτη διαδικασιών όπως η αναδιανομή πόρων και αντικατοπτρίζει την αντίληψη για τη σχέση οικονομίας, κοινωνίας και πολιτικής. Οι πολιτικές θεωρούνται εστιασμένα κοινωνικές όταν σχετίζονται με την κατανομή πόρων και ευκαιριών μεταξύ δυνάμει ανταγωνιζόμενων ομάδων, π.χ. ενδιαφέρονται για την ανισότητα στα προσδόκια όρια επιβίωσης, παράλληλα με τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες, τους διαθέσιμους πόρους και το διαθέσιμο χρόνο. Το τι επιδιώκει το κράτος πρόνοιας, μέσω της κοινωνικής πολιτικής, δεν συνδέεται απαραίτητα με το τι επιτυγχάνει. Σε πρακτικό επίπεδο υπάρχει απόσταση, η οποία σε πολλές περιπτώσεις είναι μεγάλη μεταξύ της διαμόρφωσης σκοπών και της ευόδωσης των στόχων. Υπάρχουν πολλές ενδογενείς και εξωγενείς πιέσεις, που μπορεί να αναπροσαρμόζουν ή να μεταβάλουν εντελώς μια κοινωνική έκβαση, σε σχέση με τις αρχικές στοχεύσεις (Βενιέρης κ.α., 2003).

### 1.1 Ορισμός του κράτους πρόνοιας

Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός ορισμός, σχετικά με το κράτος πρόνοιας, όπως και με την κοινωνική πολιτική που αυτό εφαρμόζει. Στη βιβλιογραφία βρίσκουμε πολλές διαφορετικές ερμηνείες και προσεγγίσεις, οι οποίες εκφράζουν κατά βάση την πολιτική και την ιδεολογική οπτική των απόψεων των πολιτικών και των επιστημόνων που καλούνται κατά καιρούς να πάρουν θέση στο ζήτημα αυτό. Η διαφοροποίηση ως προς τι είναι κράτος πρόνοιας, οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε ερευνητής διερευνά τον τρόπο δημιουργίας του κράτους-πρόνοιας και το ρόλο που διαδραματίζει στην οικονομία και την κοινωνία, γενικότερα.

Ο ορισμός του κράτους-πρόνοιας δεν διαφέρει μόνο από ερευνητή σε ερευνητή, αλλά και από χώρα σε χώρα (π.χ. στην Αγγλία και την Ισπανία ονομάζεται κράτος ευημερίας, στη Γαλλία κράτος πρόνοιας, στη Γερμανία κοινωνικό κράτος κλπ). (Χλέτσος, 2012)

Η πλειοψηφία των απόψεων που έχουν διατυπωθεί για το κράτος-πρόνοιας, θεωρεί ότι αυτό ορίζεται από τη σχέση «παροχή-αναπαραγωγή» του καπιταλιστικού συστήματος. Μία άλλη θεώρηση του κράτους-πρόνοιας προκύπτει από το διπολικό σχήμα «ανθρωπιστικές αξίες και οικονομική αποτελεσματικότητα», θεωρώντας ως απαραίτητη την προώθηση των ανθρωπιστικών αξιών, για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας. Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των θεωρητικών αντιλήψεων είναι ότι το κράτος-πρόνοιας ταυτίζεται με ένα γενικευμένο σύστημα παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες (Χλέτσος, 2012).

Το κράτος πρόνοιας ως μορφή της οργάνωσης κράτους προέκυψε τον 20<sup>ο</sup> αιώνα στις δυτικές, κυρίως χώρες. Έχει περιεχόμενο κοινωνικό-πολιτικό, το οποίο δρα μέσω της παροχής διοίκησης, προκειμένου να καλύψει τους κοινωνικούς κινδύνους και τις ανάγκες των πολιτών. Κύριο χαρακτηριστικό είναι η αναγνώριση των βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, η ισότητα της ευκαιρίας μεταξύ των ατόμων και των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, με τρόπο ώστε να εξασφαλίζονται τα μέσα για μια αξιοπρεπή διαβίωση (Γράβαλου, 2003) και ο περιορισμός της φτώχειας, της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

## 1.2 Γένεση και ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας

Η κρίση του κράτους-πρόνοιας από τα μέσα της δεκαετίας του '70 προκάλεσε ένα σημαντικό αριθμό ερευνητών να ενασχοληθούν με τα αίτια της γέννησης και της ανάπτυξης του κράτους-πρόνοιας. Η ανάλυση των κρατών-πρόνοιας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δείχνει την ύπαρξη διαφορετικών χαρακτηριστικών τους. Στο κρίσιμο ερώτημα που τέθηκε σχετικά με το τι είναι το κράτος-πρόνοιας, αφορά και την ύπαρξη ή όχι διαφορετικών τύπων κράτους-πρόνοιας. Ως εκ τούτου, τα ερωτήματα στα οποία οι ερευνητές προσπάθησαν να απαντήσουν, αφορούν όχι μόνο τα αίτια της ανάπτυξης του κράτους-πρόνοιας, αλλά και της διαφορετικότητας που έλαβε στα διάφορα κράτη.

Στις διάφορες ερμηνείες που δόθηκαν για την διερεύνηση των αιτιών της ύπαρξης του κράτους-πρόνοιας, κυριάρχησαν η στρουκτουραλιστική και η θεσμική θεωρία. Σύμφωνα με την στρουκτουραλιστική θεωρία, η εμφάνιση του κράτους-πρόνοιας προκαλείται από το ίδιο το σύστημα. Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται στους νόμους κίνησης του συστήματος και προσπαθεί να βρει τους κοινούς παράγοντες, που υπήρξαν στις διάφορες χώρες και προκάλεσαν την εμφάνιση του κράτους-πρόνοιας. Σύμφωνα μ' αυτή την προσέγγιση, ο κυριότερος κοινός παράγοντας της ύπαρξης του κράτους-πρόνοιας ήταν η εκβιομηχάνιση των ευρωπαϊκών κοινωνιών εκείνη την περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, το κράτος-πρόνοιας ήταν το αποτέλεσμα στο πρόβλημα των συνθηκών διαβίωσης της εργατικής τάξης την περίοδο της εκβιομηχάνισης. Σύμφωνα με τον Flora (1986), οι διαφορετικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούσαν στην κάθε χώρα την περίοδο εκείνη, επηρέασαν και καθόρισαν τη διαφορετική μορφή του κράτους-πρόνοιας. Η θεωρία αυτή δεν μπορεί να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους η κοινωνική πολιτική σε πολλές χώρες προϋπήρχε της γέννησης του κράτους-πρόνοιας (Espring-Andersen 1990). Σύμφωνα με τον νεο-στρουκτουραλιστικό Μαρξισμό, το κράτος-πρόνοιας ήταν το προϊόν της ίδιας της καπιταλιστικής ανάπτυξης. Η συσσώρευση του κεφαλαίου γεννάει αντιθέσεις, τις οποίες το κράτος-πρόνοιας στοχεύει να αμβλύνει, με στόχο τη συνέχιση της καπιταλιστικής συσσώρευσης (Χλέτσος, 2012).

Σύμφωνα με τη θεσμική προσέγγιση, η ανάπτυξη των θεσμών την καπιταλιστική περίοδο επηρέασαν τη μορφή του κράτους και προκάλεσαν την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας. «Οποιαδήποτε προσπάθεια απομόνωσης της οικονομίας από τους κοινωνικούς και πολιτικούς θεσμούς θα οδηγήσει στην καταστροφή της κοινωνίας». Η κοινωνική



πολιτική και κατ' επέκταση το κράτος-πρόνοιας, αποτελούν την απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνύπαρξη της οικονομίας, μέσα από τους κοινωνικούς και πολιτικούς θεσμούς. Το κύριο μειονέκτημα αυτής της άποψης είναι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στους δημοκρατικούς θεσμούς και το κράτος-πρόνοιας. Οι κύριες λειτουργίες του κράτους-πρόνοιας υπάρχουν χάρη στην ύπαρξη των δημοκρατικών θεσμών, αλλά η ανάπτυξη των δημοκρατικών θεσμών δεν γίνεται κατ' ανάγκη επειδή υπάρχει κράτος-πρόνοιας. Κατά συνέπεια, σε χώρες όπου δεν υπάρχει ανεπτυγμένη δημοκρατία δεν υπάρχει και κράτος-πρόνοιας. Σύμφωνα με τον Espring-Andersen (1985α), η ύπαρξη των κοινωνικών δικαιωμάτων, της ασφάλειας του εισοδήματος και της ανάγκης για επίτευξη ισότητας ανάμεσα στους πολίτες, αποτελεί μία νέα εκδοχή για τα αίτια της γέννησης και ανάπτυξης του κράτους-πρόνοιας. Παρόμοια θέση έχει υποστηριχθεί από τον Eward (1986), σύμφωνα με τον οποίο η ανάγκη για κοινωνική δικαιοσύνη και κοινωνική αλληλεγγύη και η ανάγκη για κοινωνική εξασφάλιση απέναντι στα κάθε είδους ατυχήματα, οδήγησαν στην γέννηση και ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας (Χλέτσος, 2012).

### **1.3 Κράτος πρόνοιας και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες**

Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα συστήματα κοινωνικής προστασίας αποσκοπούν στην επίτευξη του στόχου της κοινωνικής ασφάλειας, δηλαδή στην προστασία του πληθυσμού από καταστάσεις που επιφέρουν απώλεια ή μείωση των πηγών συντήρησης, στην πρόληψη και την προστασία της υγείας, στην εξασφάλιση απασχόλησης και τη διατήρηση της ικανότητας για εργασία, στην εγγύηση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και στη διασφάλιση της δυνατότητας κάθε ατόμου να συμμετέχει ενεργητικά στην οικονομική και κοινωνική ζωή. Η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, η αναδιανομή του εισοδήματος και η επιδίωξη της κοινωνικής δικαιοσύνης, αποτελούν επίσης στόχους της κοινωνικής ασφάλειας (Κοντιάδης, κ.α, 2006).

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας καλείται να αντιμετωπίσει με νέα μέσα και πολιτικές τα προβλήματα της επέκτασης των φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού στις αναπτυγμένες κοινωνίες, της διαρθρωτικής ανεργίας, της αύξησης του δείκτη δημογραφικής εξάρτησης, ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού και της συνακόλουθης αύξησης των ελλειμμάτων στην κοινωνική ασφάλιση και της γεωμετρικής αύξησης της ζήτησης στις κοινωνικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη (Κοντιάδης, 1997). Έτσι, το κράτος πρέπει να εγκαταλείψει τον ουδέτερο

ρόλο του απέναντι στις κοινωνικές συνθήκες και να υπερασπίζει και να διασφαλίζει με τις πολιτικές του το θεμελιώδες δικαίωμα όλων των ανθρώπων να ζουν με αξιοπρέπεια, να λαμβάνουν ενεργό μέρος στην κοινωνία, με μια συστηματική μακροχρόνια πολιτική άμβλυνσης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Επιπλέον, θα πρέπει να παρεμβαίνει διορθωτικά για την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, προσφεύγοντας σε αναδιανομή των κοινωνικών πόρων, με απόλυτη προτεραιότητα στους πολίτες που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Η αναδιανομή αυτή επιτυγχάνεται μέσω της κρατικής χρηματοδότησης των θεσμών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής πρόνοιας και της δίκαιης φορολογίας.

Επειδή όπως έχει αποδειχθεί ότι το κράτος πρόνοιας δεν αποτελεί ένα *θέσει σύστημα διακυβέρνησης*, αλλά ένα *δυνάμει θεσμό* (Γιαννακόπουλος, 2005), για το λόγο αυτό, οι προσεγγίσεις του σύγχρονου κράτους πρόνοιας απομακρύνονται σταδιακά από την επικέντρωση στο πρόβλημα της έκτασης, του κόστους και του χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης. Η οργάνωση και διοίκηση της κοινωνικής ασφάλειας δεν είναι πλέον αποκλειστική αρμοδιότητα των εθνικών κρατών, αλλά καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από διάφορους φορείς, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας κ.λπ. (Κοντιάδης, 1997).

#### 1.4 Μοντέλα κράτους πρόνοιας

Όπως προαναφέραμε, η ύπαρξη διαφορετικών μορφών κρατών-πρόνοιας στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες μπορεί να αιτιολογηθεί μόνο μέσα από την κατανόηση του τρόπου γέννησης και ανάπτυξης του κράτους-πρόνοιας, σε αυτές τις χώρες. Ο Titmuss (1974), με κριτήριο τις διαφορές στα ποιοτικά χαρακτηριστικά διακρίνει τρία μοντέλα κράτους πρόνοιας:

1. **Το υπολειμματικό μοντέλο**, το οποίο έχει ως πυρήνα την προσωπική ευθύνη για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Οι κοινωνικές παροχές αποτελούν κατά κύριο λόγο ευθύνη των ίδιων των πολιτών, με την υποστήριξη της οικογένειας και της τοπικής κοινωνίας. Ο ρόλος του κράτους περιορίζεται σε έκτακτες περιπτώσεις παρέμβασης, παρεμβαίνοντας και ασκώντας κοινωνική πολιτική όταν η αγορά και η οικογένεια αποτυγχάνουν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου, ώστε να αποφεύγεται ο κοινωνικός αποκλεισμός ειδικών ομάδων του πληθυσμού. Οι κοινωνικές παροχές αφορούν αποκλειστικά και μόνο τα ευπαθή μέλη της κοινωνίας, ενώ ενισχύεται συχνά ο κοινωνικός στιγματισμός αυτών των

ανθρώπων και ομάδων. Αυτό το πρότυπο έχει ταυτιστεί με την επιλεκτική μορφή κάλυψης αναγκών και ιδεολογικά εκφράζει τις νεοφιλελεύθερες απόψεις για την κοινωνική οργάνωση και τον ρόλο του κράτους. Παράδειγμα εφαρμογής αυτού του μοντέλου αποτέλεσαν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

2. **Το βιομηχανικό μοντέλο**, στο οποίο η κοινωνική πολιτική συνδέεται με την οικονομία της αγοράς τονίζοντας τον λειτουργικό και επιβοηθητικό της χαρακτήρα, έτσι ώστε οι ανάγκες να καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία. Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός με το ρόλο της οικονομίας. Το πρότυπο αυτό εφαρμόστηκε με κάποιες παραλλαγές στην Μ. Βρετανία.
3. **Το θεσμικό - αναδιανεμητικό μοντέλο**, όπου η κοινωνική πολιτική καλύπτει με καθολικό τρόπο τις κοινωνικές ανάγκες των ατόμων έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι η καθολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και αποσκοπεί στην επίτευξη ισότητας μεταξύ των ατόμων. Το κράτος λειτουργεί στοχεύοντας στην εδραίωση θεσμών για την κάλυψη των αναγκών και όχι στην αποσπασματική αντιμετώπιση προβλημάτων. Αποσκοπεί στην αναδιανομή του συνολικού προϊόντος της αγοράς, ως μέσο καταπολέμησης των ανισοτήτων.

Στη συνέχεια, οι Furniss και Tilton (1977), με κριτήριο το διαφορετικό βαθμό παρεμβατικότητας του μηχανισμού της αγοράς στα σύγχρονα δημοκρατικά κράτη, διακρίνουν τρία μοντέλα συστημάτων πρόνοιας.

1. Το «**θετικό κράτος**», στο οποίο η κρατική παρέμβαση στον τομέα της πρόνοιας περιορίζεται σε δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και την προστασία των κατόχων ιδιοκτησίας από τις δυσλειτουργίες της αγοράς.
2. Το κράτος «**κοινωνικής ασφάλειας**», το οποίο διαφέρει από το «θετικό κράτος» στη σαφήνεια του διαχωρισμού μεταξύ των οικονομικών και κοινωνικών λειτουργιών του.
3. Το «**κοινωνικό κράτος πρόνοιας**», το οποίο στοχεύει στην επίτευξη κοινωνικής ισότητας μέσω κοινωνικών πολιτικών, που επικεντρώνονται περισσότερο σε κοινωνικούς, παρά οικονομικούς στόχους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι μηχανισμοί της αγοράς δε καλύπτουν τους στόχους αυτούς, αλλά εντείνουν την κοινωνική ανισότητα.

Στη συνέχεια, ο Palme (1990), έχοντας ως κριτήριο την παροχή ενός καθολικού και επαρκούς ελαχίστου εισοδήματος σε αυτούς που βρίσκονται πάνω από την ηλικία συνταξιοδότησης, διέκρινε τέσσερα μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης.

1. Το «υπολειμματικό» μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ελάχιστη σύνταξη είναι ανεπαρκής, βρίσκεται σε συνάρτηση με τις προηγούμενες εισφορές του εργαζομένου, ενώ ενθαρρύνεται η κάλυψη των αναγκών μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς (ιδιωτικές συντάξεις).
2. Το μοντέλο της «διασφάλισης του εισοδήματος», το οποίο συναντάμε στις παραδοσιακές κοινωνίες με πρωταρχικό ρόλο το θεσμό της οικογένειας, στο οποίο οι παροχές συνδέονται με την απασχόληση και είναι ανάλογες των προηγούμενων αποδοχών, δίνονται κυρίως από το κράτος με περιορισμένη την ιδιωτική ασφάλιση, ευνοούν και διασφαλίζουν το εισόδημα, κυρίως της μεσαίας τάξης, ενώ λειτουργούν ως εργαλείο κατευνασμού των αντιδράσεων της εργατικής τάξης.
3. Το μοντέλο «βασικής ασφάλειας», στο οποίο η καταβολή σύνταξης είναι καθολική, χωρίς ιδιαίτερους δεσμούς με την απασχόληση ή το πρότερο εισόδημα, ενώ η χρηματοδότηση τους γίνεται από γενική φορολογία.
4. Το «θεσμικό» μοντέλο ορίζεται ως ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης, που βασίζεται στις προηγούμενες αποδοχές του δικαιούχου με υψηλά ποσοστά ανταποδοτικότητας.

Η αρχική προσέγγιση του Titmuss (1974) έδωσε αφορμή για νέες αναλύσεις για την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας και τις διαφοροποιήσεις που παρουσίαζε από χώρα σε χώρα, από τις οποίες η κυριότερη είναι αυτή του Esping-Andersen (1985β, 1987β, 1990), σύμφωνα με τον οποίο τα κριτήρια για το χαρακτηρισμό ενός κράτους, ως «κράτους-πρόνοιας», θα πρέπει να αναζητηθούν όχι μόνο στα δικαιώματα που αναγνωρίζει, αλλά και στους τρόπους με τους οποίους η κρατική δραστηριότητα διαπλέκεται με το ρόλο της αγοράς και της οικογένειας στην κάλυψη των αναγκών (Στασινοπούλου 1996).

Ως προς τη σχέση με την αγορά, ένα σημαντικό κριτήριο είναι η έκταση και το επίπεδο της απο-εμπορευματοποίησης (de-commodification) βασικών αγαθών απαραίτητων για την κάλυψη θεμελιακών και αναγνωρισμένων αναγκών. Ένα άλλο κριτήριο είναι η σχέση της κοινωνίας με τους πολίτες της. Το μοντέλο της καθολικής κάλυψης προωθεί την ισότητα της κοινωνικής θέσης στη βάση της ιδιότητας του πολίτη



(Στασινοπούλου 1996). Όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως ταξικής ή αγοραίας θέσης, δικαιούνται τις ίδιες παροχές.

Η κλασική ταξινόμηση του Esping-Andersen (1989,1990) κατατάσσει τις ευρωπαϊκές χώρες σε τρεις ζώνες, με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας και με βάση ενός δείκτη από-εμπορευματοποίησης.

1. Το «φιλελεύθερο» μοντέλο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, μεταβιβάσεις και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας.
2. Το «συντηρητικό» μοντέλο, το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο μέλημα αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων και η απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση.
3. Το «κοινωνικο-δημοκρατικό» μοντέλο, στο οποίο η καθολική κάλυψη και η απο-εμπορευματοποίηση επεκτείνεται και στα μεσαία στρώματα. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται διευρυμένη απο-εμπορευματοποίηση, μαζί με τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα.

Οι ταξινομήσεις που χρησιμοποίησε αποτελούν την πιο σοβαρή προσπάθεια κατάταξης κρατών-πρόνοιας, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί ως «ένα πολύ αξιολογικό αναλυτικό εργαλείο» και δίνουν μια πολύ διαφορετική και πιο πλήρη εικόνα σε σχέση με τις τυπολογίες, που βασίζονται σε συνολικές δαπάνες πρόνοιας.

## **1.5 Το κράτος πρόνοιας στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

### *1.5.1 Τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη*

Όλα τα ευρωπαϊκά κράτη σε γενικές γραμμές, αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους, τις ίδιες ανάγκες και επιλογές. Παντού διαπιστώνεται αύξηση των ανισοτήτων που προέρχεται από την αγορά, ενώ η εξέλιξη των δημογραφικών αλλαγών είναι παρόμοια σε όλες τις χώρες. Επιπλέον, ότι η σύγκλιση των μεταβιομηχανικών προκλήσεων εμποδίζεται από τα πολύ διαφορετικά εθνικά συστήματα κοινωνικής προστασίας. Η ικανότητα των συστημάτων πρόνοιας να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους νέους κινδύνους διαφέρει, εξαιτίας και των εσωτερικών πλεονεκτημάτων και αδυναμιών τους. Τα τελευταία, με τη σειρά τους, εξαρτώνται από τον τρόπο διάταξης

των τριών πυλώνων, αλλά επίσης και από τη θεσμική κατοχύρωση των κρατικών κοινωνικών προγραμμάτων.

Παρά τις ομοιότητες που παρουσιάζουν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των κρατών μελών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στην οργάνωση, τις μεθόδους χρηματοδότησης, αλλά και την παρεχόμενη κάλυψη και την πρόσβαση στις παροχές, η οποία εξαρτάται από τις αποδοχές ή τις εισφορές. Τα μεγαλύτερα κενά στην κάλυψη παρουσιάζονται στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όπου τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν χαρακτήρα αποσπασματικό και κλαδικό ([www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)).

### Οι σκανδιναβικές χώρες

Το σκανδιναβικό μοντέλο πρόνοιας θεωρείται διεθνώς μοναδικό, για την έμφαση που δίνει στον πυλώνα του κράτους. Πρώτα απ' όλα, αποσκοπεί στην ενδυνάμωση της οικογένειας, ελαφρύνοντάς την από τις υποχρεώσεις και δεύτερον, στη μεγαλύτερη ατομική ανεξαρτησία. Επίσης, «από-εμπορευματοποίησε» τις ανάγκες των πολιτών για κοινωνική προστασία, ελαχιστοποιώντας το βαθμό εξάρτησής τους από άλλους παράγοντες. Είναι ένα θεσμικό αναδιανεμητικό μοντέλο, που συνδυάζει τις αρχές της περιεκτικής κοινωνικής παροχής, με την ισότητα και την αλληλεγγύη, υπό τη μορφή της οργανωμένης συνεργασίας.

Τα σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας διακρίνονται για την τριπλή έμφαση που δίνουν: στην καθολική εγγύηση του εισοδήματος, και στις εξαιρετικά αναπτυγμένες υπηρεσίες για τα παιδιά, τους αναπήρους και τους αδύναμους ηλικιωμένους. Το δίκτυο εισοδηματικής ασφάλειας είναι ευρύ και αρκετά «γενναιόδωρο» και λειτουργεί ως αποτελεσματικό μέσο άμυνας ενάντια στη φτώχεια.

Η πλήρης απασχόληση είναι στο επίκεντρο των πολιτικών προτεραιοτήτων, καθώς είναι από τα μοναδικά συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα. Στο πνεύμα αυτό, το κράτος αποτελεί τον βασικό εργοδότη, λόγω του εκτεταμένου δικτύου προνοιακών υπηρεσιών, ενώ παράλληλα παρατηρείται αυξημένη απασχόληση γυναικών, κυρίως στο Δημόσιο τομέα, που φτάνει το 80%. Χωρίς αμφιβολία, το σκανδιναβικό μοντέλο βρίσκεται σε σχετικά καλή κατάσταση για να αντιμετωπίσει τις κρίσιμες προκλήσεις της μεταβιομηχανικής αλλαγής. Μέσω της «αποοικογενειοποίησης» των ευθυνών πρόνοιας, είναι αναμφισβήτητα σε θέση να ενεργοποιήσει τις πλήρεις δυνατότητες του νέου ρόλου της γυναίκας. Από τη στιγμή που είναι επίσης αποτελεσματικό στην κινητοποίηση των πλέον ευπαθών ομάδων, όπως οι άγαμοι γονείς με μικρά παιδιά, οι ηλικιωμένοι εργάτες

ή οι άνθρωποι με αναπηρίες, καταφέρνει να μεγιστοποιήσει τη συμμετοχή και να ελαχιστοποιήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Μαζί με το Βέλγιο, τα σκανδιναβικά κράτη κατατάσσονται στις ελάχιστες χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, που μπόρεσαν να ελαχιστοποιήσουν τη φτώχεια των παιδιών και των ηλικιωμένων, αποδεικνύοντας ότι μια γενναιόδωρη ασφάλεια κατά του γήρατος δεν είναι ασυμβίβαστη με μια ενεργητική υπέρ της οικογένειας πολιτική. Το ποσό που δαπανάται για την κοινωνική ασφάλεια στις χώρες αυτές είναι πολύ μεγάλο (ενδεικτικά, το 1995 στη Φινλανδία ήταν 325 του ΑΕΠ) (Espring-Andersen, 2006).

Επειδή το σκανδιναβικό προνοιακό καθεστώς είναι αρκετά δαπανηρό για τον κρατικό προϋπολογισμό, οι Σκανδιναβοί υποχρεώνονται να πληρώνουν υψηλούς φόρους. Μέχρι στιγμής έχει αποδειχθεί ικανό να αντεπεξέλθει στο βάρος των φορολογικών του αναγκών, χάρη στην ευρεία στήριξη από τη μεσαία τάξη. Παρ' όλα αυτά, η επιδείνωση της κατάστασης του συστήματος υγείας της Δανίας κατά την τελευταία δεκαετία, υπογραμμίζει τους σοβαρούς οικονομικούς κινδύνους που παραμονεύουν όσον αφορά τη βιωσιμότητά του. Όπως αποδεικνύει η εμπειρία της Σουηδίας, κατά τη διάρκεια της μεγάλης οικονομικής κρίσης της δεκαετίας του 1990, το μοντέλο αυτό στηρίζεται στη διατήρηση της πλήρους απασχόλησης και της ανάπτυξης. Εάν η ανάπτυξη συνεχίσει να είναι μικρή και οι ανισότητες που δημιουργεί η αγορά εξακολουθήσουν να ενισχύονται, τότε το σκανδιναβικό μοντέλο θα υποστεί σοβαρή δοκιμασία (Espring-Andersen, 2006).

#### Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Ελβετία

Το προνοιακό μοντέλο της Ιρλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ελβετίας, επιχειρεί να εισαγάγει λύσεις μέσω της αγοράς. Αυτό επιδιώκεται διαμέσου μιας διπλής στρατηγικής, αφενός της ενθάρρυνσης της ιδιωτικής προσφοράς πρόνοιας, ως γενικού κανόνα και αφετέρου του περιορισμού της δημόσιας ευθύνης – πολιτικής που οξύνει τις αποτυχίες της αγοράς. Με σημαντική εξαίρεση το εθνικό σύστημα υγείας, η κυρίαρχη τάση είναι προς την κατεύθυνση ενός υπολειμματικού ρόλου του Δημοσίου μέσω επιδομάτων, που στοχεύουν στην ενίσχυση των αποδεδειγμένα απόρων. Κάτω από αυτό το πρίσμα, οι έχοντες ανάγκη την κρατική φροντίδα είναι μόνο οι αναξιοπαθούντες. Για αυτό το λόγο, η μεσαία τάξη ενθαρρύνεται να αγοράζει υπηρεσίες πρόνοιας από την ιδιωτική αγορά, ενώ η κυβέρνηση επιχειρεί να ενδυναμώσει τα μέτρα ελέγχου του εισοδήματος. Παράλληλα, η έμφαση μετατίθεται από τις συμβατικές παροχές, που χορηγούνται ύστερα από έλεγχο αναγκών, προς παροχές εξαρτώμενες από την εργασία. Έτσι πιστεύεται ότι δίδεται αποτελεσματική απάντηση σε δύο προβλήματα: Πρώτον,

στην έλλειψη κατάλληλων κινήτρων για εργασία και, δεύτερον, στην αύξηση της χαμηλόμισθης απασχόλησης.

Η έμφαση σε επικεντρωμένες στη βάση της εργασίας παροχές, μπορεί να θεωρηθεί ως πιο αποτελεσματική επιλογή αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού από ό,τι π.χ. η συμβατική κοινωνική προστασία. Αυτό όμως δεν είναι πάντα βέβαιο, διότι εάν οι παροχές εξαρτώνται από την εργασία, τότε οι πολίτες που δεν έχουν εργασία δεν λαμβάνουν κάποια βοήθεια. Ειδικότερα, οι μητέρες με μικρά παιδιά χρειάζονται, φθηνούς παιδικούς σταθμούς. Εάν η απόκτηση αυτού του δικαιώματος υπόκειται σε έλεγχο αναγκών, τότε οι παροχές είναι πιθανόν να διαμορφωθούν σε χαμηλά επίπεδα. Έτσι, τα κενά στην κάλυψη και η εξάρτηση από την πρόνοια είναι πιθανό να μεγαλώσουν. Επίσης, οι εξαρτώμενες από την εργασία παροχές είναι πιθανό να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αρνητικές εξωτερικότερες, όπως η άσκηση πιέσεων για μείωση των μισθών.

Η προώθηση της ιδιωτικής πρόνοιας συμβάλλει αναμφισβήτητα στην ισορροπία του κρατικού προϋπολογισμού, αλλά προκαλεί επίσης πολύ εύκολα κοινωνικές διαιρέσεις, ενώ συνεπάγεται και δευτερογενείς συνέπειες. Ο υποβιβασμός των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα σε κατάσταση δεύτερης κατηγορίας πολιτών, που ζουν από την πρόνοια, είναι ίσως το σημαντικότερο αποτέλεσμα. Εάν η ισότητα παραμένει προτεραιότητα, τότε η επικεντρωμένη πρόνοια επιφέρει περιορισμένα αποτελέσματα, όπως υπογραμμίζεται από τους πολύ υψηλούς διεθνείς δείκτες φτώχειας. Επιπλέον, η φτώχεια είναι ιδιαίτερα εμφανής ανάμεσα στις κατηγορίες των ταχέως αυξανόμενων ευπαθών νοικοκυριών (όπως οι άγαμες μητέρες και οι οικογένειες νεαρής ηλικίας με παιδιά) και ίσως είναι εξωπραγματικό να υποθέσουμε ότι οι αγορές, όσο «ζωηρές» και αν είναι, θα μειώσουν αποτελεσματικά την εξάρτηση από την Πρόνοια (Espring-Andersen, 2006).

Η αχίλλειος πτέρνα αυτού του μοντέλου συνίσταται στο γεγονός ότι η ικανότητα της κυβέρνησης να συλλέγει περισσότερα έσοδα, καθώς επίσης και να διαχειρίζεται μια αποτελεσματική κοινωνική πολιτική, θα αποδυναμώνεται προοδευτικά, όσο περισσότερο οι πολίτες θα αποβάλλονται από την αγορά εργασίας. Εάν το κράτος πρόνοιας προσφέρει όλο και λιγότερα οφέλη στη μεσαία τάξη, τότε η συναίνεσή της στην υψηλή φορολογία σταδιακά θα μειώνεται, κυρίως γιατί θα είναι υποχρεωμένη να πληρώνει για ιδιωτική ασφάλιση. Το μοντέλο αυτό επομένως δεν διαθέτει ευρύτατες επιλογές, για να αντιμετωπίσει τα πιεστικά κοινωνικά προβλήματα του μέλλοντος.



## Ηπειρωτική Ευρώπη

Κοινό χαρακτηριστικό στις περισσότερες, αλλά όχι όλες, τις ηπειρωτικές ευρωπαϊκές χώρες είναι η συνεχής προσκόλληση στις παραδοσιακές ευθύνες πρόνοιας της οικογένειας, η οποία παρουσιάζεται περισσότερο ισχυρή στη Νότια Ευρώπη και πολύ λιγότερο στο Βέλγιο και τη Γαλλία. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινωνική προστασία που απολαμβάνει ο άνδρας, ως ο κύριος υπεύθυνος για τη συντήρηση της οικογένειας, κατέχει θεμελιώδη σημασία. Η προτεραιότητα που δίδεται στην οικογένεια ενισχύεται επιπροσθέτως από την κυριαρχία της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης.

Η κοινωνική ασφάλιση είναι συνδεδεμένη με την εργασία και προστατεύει επαρκώς όσους έχουν σταθερή και ισόβια απασχόληση. Για αυτό το λόγο, οι χώρες που ακολουθούν την παράδοση της δημόσιας ασφάλισης συνήθως διαθέτουν και ισχυρές εγγυήσεις και ρυθμίσεις απασχόλησης. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων που κυριαρχούνται από τη δημόσια κοινωνική ασφάλιση τίθεται όλο και περισσότερο σε αμφισβήτηση, διότι αυτά προσφέρουν ισχυρή προστασία σε αυτούς που έχουν μειωμένη πρόσβαση στην αγορά εργασίας, όπως οι εργάτες με ασταθή εργασιακή πορεία. Επιπλέον, η κοινωνική ασφάλιση δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις νεοεμφανιζόμενες δημογραφικές και εργασιακές δομές. Όταν η εισοδος στη σταθερή απασχόληση καθυστερεί όλο και περισσότερο και η επαγγελματική σταδιοδρομία γίνεται πιο ασταθής, οι πολίτες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συσσώρευση επαρκών συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων. Η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και της αντίστοιχης φορολογίας για την κάλυψη των χρηματοδοτικών ελλειμμάτων της κοινωνικής ασφάλισης, έχει σαν αποτέλεσμα οι νέοι και τα λιγότερο παραγωγικά άτομα που αναζητούν εργασία να τίθενται εκτός αγοράς. Η ισχυρή προστασία των σταθερά απασχολούμενων, συνδυαζόμενη με τα τεράστια εμπόδια εισόδου στην αγορά εργασίας, έχει σε πολλές χώρες διευρύνει το χάσμα μεταξύ προνομιούχων, που βρίσκονται «εντός των τειχών» και των μη προνομιούχων, που βρίσκονται «εκτός».

Για την αντιμετώπιση αυτών των κινδύνων, τα ηπειρωτικά ευρωπαϊκά κράτη πρόνοιας είτε έχουν βασιστεί στη διαρκή οικογενειακή υποστήριξη, είτε έχουν υιοθετήσει *ad hoc* προγράμματα, χωρίς την καταβολή εισφορών, όπως οι κοινωνικές συντάξεις και διάφορα μέτρα εξασφάλισης ενός κοινωνικά ελάχιστου. Σήμερα αναγνωρίζεται πλέον σαφώς σε όλη την Ευρώπη ότι οι υπηρεσίες, ιδιαίτερα για μικρά παιδιά και αδύναμους ηλικιωμένους, συνιστούν άμεση προτεραιότητα. Όμως, η οικονομική δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές τις ανάγκες είναι περιορισμένη, εξαιτίας

της επίσης περιορισμένης φορολογικής βάσης, σε συνδυασμό με τις δαπανηρές συνταξιοδοτικές υποχρεώσεις. Το μοντέλο αυτό είναι ευάλωτο στη στασιμότητα της απασχόλησης και στους χαμηλούς δείκτες οικονομικής δραστηριότητας. Για αυτό τον λόγο, η επέκταση της απασχόλησης των γυναικών και των ηλικιωμένων εργαζομένων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη μακροχρόνια βιωσιμότητά του.

Η επέκταση της απασχόλησης όμως στην οικονομία της αγοράς γίνεται δύσκολη εξαιτίας των υψηλών μισθών, των μη μισθολογικών επιβαρύνσεων και των υποχρεωτικών εισφορών, ενώ η αύξηση της απασχόλησης στις δημοσιές υπηρεσίες δυσχεραίνεται, εξαιτίας των σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών. Η απάντηση στην έλλειψη απασχόλησης είναι η επιδότηση της πρόωρης συνταξιοδότησης, η οποία όμως απαιτεί πρόσθετες αυξήσεις στις κοινωνικές εισφορές. Κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των κρατών είναι το περιορισμένο ή ακόμα και ανύπαρκτο εύρος επενδύσεων σε μέτρα που πιθανόν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να βγουν από τη δύσκολη θέση της παγίδας της πρόνοιας χωρίς εργασία (όπως π.χ., υπηρεσίες και επιδόματα για γυναίκες) (Espring-Andersen, 2006).

#### Μεσογειακές χώρες

Στις χώρες αυτές, στις οποίες συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά από πολιτιστική, οικονομική και κοινωνική άποψη. Η έμφαση δίνεται στην κάλυψη των αναγκών μέσω της οικογένειας, της φιλανθρωπίας και της κοινότητας. Οι γυναίκες παρέχουν υπηρεσίες, οι οποίες σε άλλες χώρες παρέχονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Ειδικότερα, για το νότιο μοντέλο που εντοπίζεται στις μεσογειακές χώρες και κατά συνέπεια αφορά άμεσα τη χώρα μας, παρατηρείται μια ανισόρροπη κατανομή της κοινωνικής προστασίας, καθώς και η εμφάνιση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στο πατερναλιστικό μοντέλο που χαρακτηρίζει τις νότιες χώρες, λόγω της έμφασης που δόθηκε στην πατριαρχική δομή της οικογένειας και τη θέση της γυναίκας μέσα στο σπίτι και όχι στην αγορά εργασίας (Νίκου, 2000). Οι συντάξεις γήρατος απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών. Σύμφωνα με στοιχεία του 1996, η Ελλάδα απορροφά ποσοστά της τάξης του 41,2%, η Ισπανία 41% και η Ιταλία 54%. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την κοινωνική προστασία είναι συγκριτικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πολύ

χαμηλότερο από τα αντίστοιχα των βόρειων χωρών (Eurostat-ESSPROS Social protection in the European Union, Iceland and Norway, 1999).

Δεν υπάρχει ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, παρά μόνο για ορισμένες κατηγορίες πληθυσμού όπως π.χ. άτομα με αναπηρίες, το οποίο είναι πολύ χαμηλό και δεν φτάνει να καλύψει τις ανάγκες των δικαιούχων.

## **1.6 Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα από παλιά παρείχε συγκεκριμένες μορφές κοινωνικής προστασίας, όπως εξάλλου και όλες οι άλλες χώρες. Τα θεμέλια του σημερινού συστήματος κοινωνικής φροντίδας της Ελλάδας είναι μια πρόσφατη δημιουργία που συνεχώς αναπτύσσεται, κυρίως λόγω των ιστορικών συγκυριών, οι οποίες καθυστέρησαν την εξέλιξή του. Από το 1974 και μετά, υπάρχει το κράτος πρόνοιας με την έννοια του τρόπου με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς κινδύνους. Οι λόγοι της καθυστερημένης εμφάνισης του κράτους – πρόνοιας στην Ελλάδα, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., οφείλονται κυρίως:

- στην ύπαρξη δικτατορικών πολιτικών καθεστώτων στη χώρα μας σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους
- στο χαμηλό ποσοστό μισθωτών στο σύνολο του πληθυσμού
- στην ύπαρξη σημαντικών ποσοστών αποκλεισμένου πληθυσμού εξαιτίας πολιτικών φρονημάτων κλπ. (Χλέτσος, 2012)

### *1.6.1 Τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα*

Το κράτος – πρόνοιας συνάδει με τον εκδημοκρατισμό και την ύπαρξη ομοιογενούς κοινωνίας. Το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά του κράτους - πρόνοιας στις Νότιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δηλαδή :

- ο χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής είναι αποσπασματικός
- ο ρόλος της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών είναι σημαντικός
- υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές και άνιση κατανομή των φορολογικών υποχρεώσεων
- υπάρχει μεγάλος βαθμός αναποτελεσματικότητας της κοινωνικής πολιτικής.

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, που αφορούν τον τρόπο οργάνωσής του, το εύρος της κάλυψης που προσφέρει, τη χρηματοδότηση των δαπανών του και την αποτελεσματικότητά του.

Οι περιορισμοί που σήμερα έχει να αντιμετωπίσει το κράτος-πρόνοιας είναι:

- η δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις στο σύστημα κοινωνικής προστασίας (απασχόληση, υγεία, σύνταξη)
- οι αλλαγές στην αγορά εργασίας
- το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης – το περιβάλλον της ευρωζώνης
- οι σημαντικές πληθυσμιακές μετακινήσεις (μετανάστευση), λόγω των ευρύτερων οικονομικών και πολιτικών ανακατατάξεων, δυναμικού από χώρες κυρίως της Αφρικής και της Ασίας, χωρίς όμως να αυξάνονται οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση, αφού τα άτομα αυτά προσέρχονται λαθραία.

Τα ποσοστά ένδειας είναι αρκετά υψηλά και συγκρινόμενα με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούμε ότι στη Σουηδία το ποσοστό είναι 12%, ενώ στη χώρα μας το ποσοστό είναι 23%. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001, στην Ευρώπη των «15» η φτώχεια αγγίζει το 18% του πληθυσμού. Όπως επισημαίνει και η Ε.Ε., πάνω από 60 εκατ. Ευρωπαίων πολιτών ζουν στα όρια της φτώχειας, εκ των οποίων 30 εκατ. ζουν «σε καθεστώς μακροχρόνιας φτώχειας» (Τσιάκαλος, 2000).

Το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, όπως:

- η χρηματοδότηση των δαπανών του, ως εκ τούτου η ανεύρεση πόρων σε περιόδους όπου οι ρυθμοί οικονομικής μεγέθυνσης δεν είναι ιδιαίτερα υψηλοί, αν συγκρίνουμε με το παρελθόν
- η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του (πόσο πέτυχε το στόχο του σε σχέση με το πόσα δαπάνησε)
- η μείωση της εξάρτησης σημαντικών πληθυσμιακών ομάδων από την πρόνοια του κράτους και η ένταξή τους στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

---

### 2.1 Παροχές κοινωνικής προστασίας

Η κοινωνική πολιτική ως κοινωνική δράση, λαμβάνει στην πράξη τρεις κυρίως μορφές προστασίας και αναδιανομής:

α) τη ρύθμιση και βελτίωση της κοινωνικής συνοχής, μέσω κοινωνικών δικαιωμάτων.

β) τη φορολόγηση για την προστασία των φτωχότερων, μέσω φορολογικών εξαιρέσεων και ελαφρύνσεων

γ) την παροχή σε είδος και σε χρήμα, για την επίτευξη στόχων κοινωνικής ευημερίας π.χ. υγειονομική περίθαλψη, συντάξεις (Βενιέρης κ.α., 2003).

Οι μεγάλες δημογραφικές, οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές την τελευταία εικοσαετία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είχαν βαθιές συνέπειες στα συστήματα κοινωνικής προστασίας και όπως φαίνεται η τάση αυτή θα συνεχιστεί και στο μέλλον. Η γήρανση του πληθυσμού, η έντονη αστικοποίηση, οι αλλαγές στην οικογενειακή δομή, τα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των δικαιούχων πρόνοιας, καθώς και η αύξηση των δαπανών κοινωνικής βοήθειας, αποτελούν τις νέες προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις σύγχρονες απαιτήσεις και να μην απειληθεί έτσι η κοινωνική συνοχή των κοινωνιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αυτές οι τάσεις εκδηλώθηκαν κυρίως με την παγκοσμιοποίηση, τη ραγδαία τεχνολογική πρόοδο και τη διαδικασία της νομισματικής ενοποίησης στην Ε.Ε., οι οποίες επιτάχυναν τις διαρθρωτικές αλλαγές στην οικονομία, ασκώντας έτσι πίεση στους εργαζόμενους να προσαρμοστούν με γρήγορους ρυθμούς στις μεταβαλλόμενες συνθήκες αγοράς, ενώ από την άλλη πλευρά οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην διαχείριση των οικονομικών εξελίξεων. Έτσι, ενώ μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία αυξάνονταν, τα περισσότερα δυτικοευρωπαϊκά κράτη, στην προσπάθειά τους να επιλύσουν τα δημοσιονομικά τους προβλήματα, οδηγήθηκαν στη μείωση των κοινωνικών δαπανών, στο βαθμό φυσικά που να μην κινδυνεύει η βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας.

Παρότι η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη είναι απαραίτητη για την ευημερία καθώς έχει σαφώς ωφέλιμες επιδράσεις όπως π.χ. θεαματικές βελτιώσεις στην μακροζωία, την επιβίωση των νηπίων, την πρόσβαση σε βασικές ανάγκες, αλλά και την παροχή υπηρεσιών, όπως η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση. Συγχρόνως όμως, η οικονομική ανάπτυξη παράγει τα θύματα. Καθιστά τους ανθρώπους φτωχούς και τρωτούς, ξεριζώνει τους παραδοσιακούς τρόπους ζωής, οδηγώντας έτσι στην κοινωνική πόλωση (Χλέτσος, 2012)

## 2.2 Το κόστος του κοινωνικού κράτους

Με το πέρασμα των χρόνων, το κοινωνικό κράτος διευρύνθηκε σε όλους τους τομείς της Κοινωνικής Ασφάλισης, της Πρόνοιας, της Υγείας, της Εκπαίδευσης, της Στέγασης και των Κοινωνικών Υποδομών. Έτσι, στις περισσότερες καπιταλιστικές χώρες οι κοινωνικές δαπάνες έφτασαν να αποτελούν παραπάνω από το 50% του συνόλου των κρατικών δαπανών.

Οι κύριες αιτίες της αύξησης των κοινωνικών δαπανών, είναι:

α) *η αύξηση του σχετικού τους κόστους*: Το κόστος των κοινωνικών υπηρεσιών αυξάνεται συνήθως με ταχύτερο ρυθμό, σε σχέση με το μέσο κόστος ζωής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να απαιτείται διαρκώς υψηλότερο επίπεδο δαπανών κάθε χρόνο, ώστε να συντηρηθεί το επίπεδο κοινωνικών παροχών. Αυτό οφείλεται στην αυξητική πορεία του πληθωρισμού, κυρίως όμως οφείλεται στο γεγονός ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι γενικά δραστηριότητες εντάσεως εργασίας. Η ποιότητα και το εύρος των κοινωνικών υπηρεσιών εξαρτάται απολύτως από τον αριθμό και την ποιότητα του ειδικού ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται σε αυτές: καλύτερες υπηρεσίες υγείας, π.χ., προσφέρονται όταν υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά ασθενή, καλύτερες υπηρεσίες παιδείας όταν υπάρχουν περισσότεροι δάσκαλοι ανά μαθητή, κ.λπ.

β) *οι πληθυσμιακές μεταβολές*: Η αύξηση και η αλλαγή της δημογραφικής δομής του πληθυσμού με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας, έχει σαν αποτέλεσμα ότι περισσότερος κόσμος κάνει χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους.

γ) *οι νέες – βελτιωμένες υπηρεσίες*: Η επέκταση της κάλυψης των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς περισσότερες ομάδες πληθυσμών γίνονται δικαιούχοι κοινωνικών παροχών και οι βελτιώσεις στο επίπεδο των κατά κεφαλήν παρεχόμενων υπηρεσιών, π.χ. για την

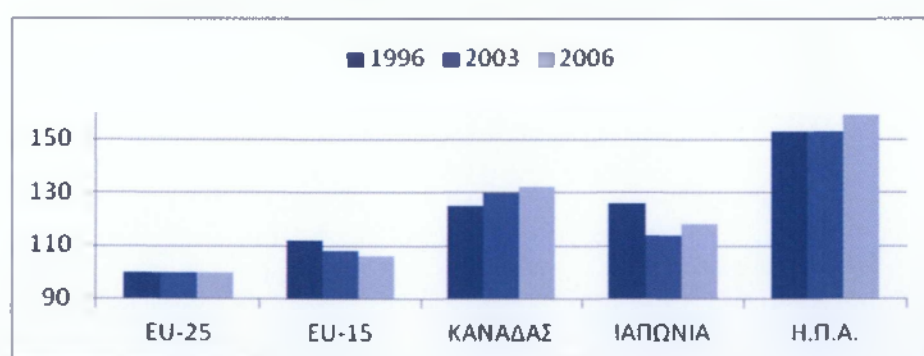
εγγύηση εισοδήματος, η επέκταση της κάλυψης και των προϋποθέσεων για την παροχή τους, εξηγεί σχεδόν όλη την πραγματική αύξηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης.

δ) οι *διευρυνόμενες κοινωνικές ανάγκες*: Η ανάγκη αύξησης των επιδομάτων ανεργίας, η οποία από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και ύστερα μαστίζει τις χώρες της δυτικής Ευρώπης.

Ακόμα δύο λόγοι που αυξάνουν το κόστος του κοινωνικού κράτους, είναι η αύξηση του λειτουργικού κόστους, λόγω της αύξησης της κοινωνικής κατηγορίας των δημοσίων υπαλλήλων και του διοικητικού μηχανισμού του κράτους. Ο δεύτερος είναι ότι ο συγκεντρωτισμός του κράτους οδηγεί αρκετές φορές σε κορπορατίστικες λογικές κοινωνικών παροχών, όταν ομάδες εξουσίας «ανταλλάσσουν» την εύνοια ορισμένων κοινωνικών κατηγοριών, μέσω ειδικών κοινωνικών παροχών ή προνομίων (Βερναρδάκης, 2009)

### 2.3 Δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. – Συγκριτικά στοιχεία.

Το κράτος - πρόνοιας στην Ευρώπη είναι αρκετά ανεπτυγμένο, ιδιαίτερα σε σύγκριση με εκείνο των Η.Π.Α. Το μερίδιο του ΑΕΠ των κοινωνικών δαπανών στις 15 χώρες της ΕΕ, κατά το έτος 2001, ήταν 23,9 %, έναντι 14,7% των ΗΠΑ (ΟΟΣΑ Factbook 2006). Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις ΗΠΑ είναι περίπου 50% υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ των 15 χωρών, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα 1.



Γράφημα 1: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΕΕ25=100)  
Πηγή: Eurostat Yearbook 2005

Οι Ευρωπαίοι ισχυρίζονται ότι αυτό οφείλεται στον ελεύθερο χρόνο, τη χαμηλότερη εισοδηματική ανισότητα και την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής (Πίνακας 1).

### Εισοδηματική ανισότητα, ελεύθερου χρόνου και προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.

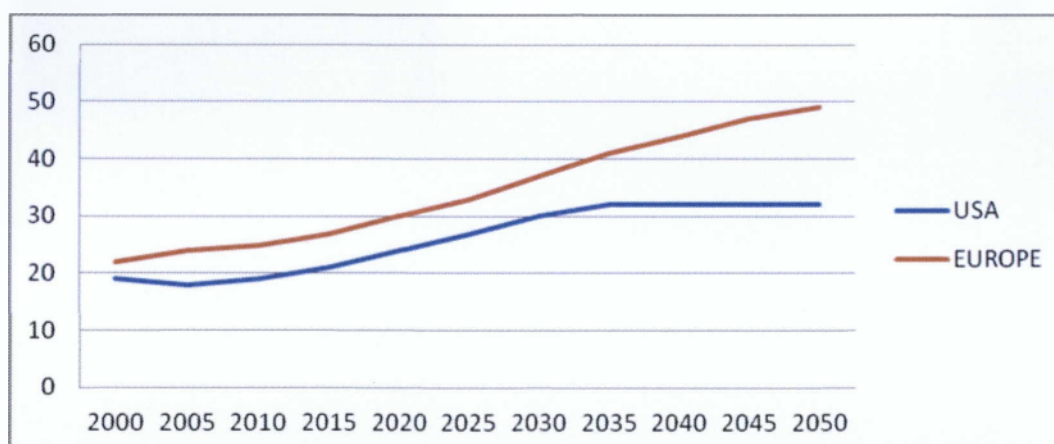
	Annual work hours,	Gini,	Life Expectancy at birth
EU15	1,690	30.05	79.0
US	1,920	35.67	77.2

Πίνακας 1: Εισοδηματική ανισότητα, ελεύθερου χρόνου, προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση

Πηγή: ΟΟΣΑ Factbook 2006

Αυτή η ισορροπία μπορεί να διαταραχθεί από τη δημογραφική γήρανση. Ο Ευρωπαϊκός πληθυσμός είναι ήδη πολύ μεγαλύτερος από ό,τι στις ΗΠΑ και η γήρανση του πληθυσμού συνεχίζεται με ταχύτερο ρυθμό, λόγω του χαμηλότερου Ευρωπαϊκού δείκτη γονιμότητας.

Η Ευρώπη πλέον είναι τόσο γερασμένη (ως ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω) όσο αναμένεται οι ΗΠΑ να είναι το 2017. Ακόμα πιο δραματική θα είναι η γήρανση της Ευρώπης μετά από το έτος 2025: ενώ η Ευρώπη θα συνεχίσει να γερνάει, το ποσοστό των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ θα παραμείνει σχετικά σταθερό (γράφημα 2).



Γράφημα 2: Γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.: Ποσοστό ηλικίας 65 και άνω

Πηγή : ΟΗΕ Πληθυσμιακές προβλέψεις, Αναθεώρηση 2002

#### 2.3.1 Η δημογραφική γήρανση στην Ευρώπη: τάσεις και προοπτικές

Η γήρανση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της σημαντικής προόδου που επιτεύχθηκε στον οικονομικό, τον κοινωνικό και τον ιατρικό τομέα, από την άποψη των υπηρεσιών που παρέχονται στους Ευρωπαίους. Αυτή η γήρανση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα πολλών ταυτόχρονων δημογραφικών τάσεων:



- ο μέσος αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ήταν 1,5 στην Ε.Ε. το 2006, ενώ το κατώτατο όριο αντικατάστασης των γενεών ήταν 2,1. Η Ε.Ε. προβλέπει για το έτος 2030 δείκτη 1,6·
- η πτώση της γονιμότητας ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων, η οποία προκαλεί το μεγάλο μέγεθος της ηλικιακής κατηγορίας των ατόμων 45-65 ετών στον ευρωπαϊκό πληθυσμό και θέτει ορισμένα προβλήματα, σχετικά με τη χρηματοδότηση των συντάξεων·
- το προσδόκιμο επιβίωσης, που αυξήθηκε κατά 8 έτη από το 1960 έως το 2006, θα μπορούσε να αυξηθεί κατά 5 ακόμη έτη, από το 2006 έως το 2050 και συνεπώς να οδηγήσει σε αύξηση του ποσοστού των ατόμων που φθάνουν στις ηλικίες των 80 και 90 ετών, στις οποίες η ευπάθεια και η αναπηρία είναι συχνές·
- η μετανάστευση (1,8 εκατομμύρια μετανάστες προς την ΕΕ το 2004), η οποία προβλέπεται να ξεπεράσει τα 40 εκατομμύρια το έτος 2050, σύμφωνα με τις προβλέψεις της Eurostat, μπορεί να αντισταθμίσει τις συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας και της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής.

Εξαιτίας αυτών των τάσεων, ο συνολικός πληθυσμός της ΕΕ θα μειωθεί ελαφρά και θα γίνει πολύ πιο ηλικιωμένος. Ο ενεργός πληθυσμός των Ευρωπαίων (άτομα ηλικίας από 15 έως 64 ετών) θα μειωθεί κατά 48 εκατομμύρια, από το 2006 έως 2050, ενώ το ποσοστό εξάρτησης αναμένεται να διπλασιαστεί και να φτάσει στο 51% το 2050 (Πίνακας 2). Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα συνοδεύεται από βαθιές κοινωνικές ανακατατάξεις (κοινωνική προστασία, στέγαση, εργασία) σε όλες τις χώρες, τις οποίες αφορά η πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού.

- Ποσοστό ενεργού πληθυσμού το 2050 (20-64 ετών): 52%
- Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας από 15 έως 24 ετών το 2050: 19%
- Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας από 65 ετών και άνω το 2050: 29%
- Ποσοστό εξάρτησης το 2050: 50%
- Δείκτης γονιμότητας το 2060: 1,68 τέκνο ανά γυναίκα (δείκτης αντικατάστασης 2,1)
- Προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών το 2060: 89 έτη
- Προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών το 2060: 84,5 έτη
- Καθαρή μεταναστευτική εισροή το 2007: +1,9 εκατομμύρια

(πηγή: Eurostat, Προβολές του πληθυσμού, 2008)

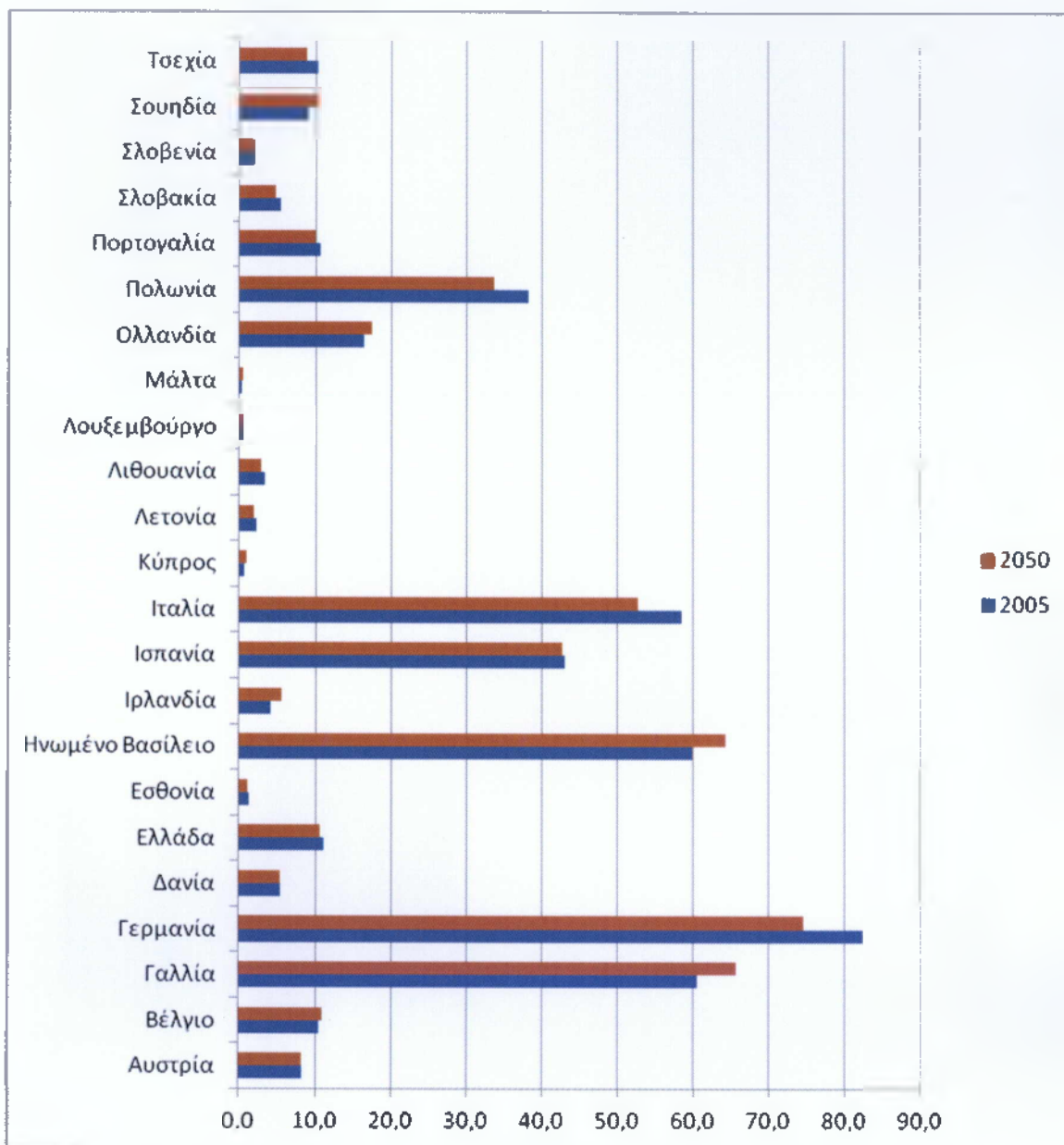
<b>Τάση του Ευρωπαϊκού Πληθυσμού 2005-2050</b>		
	<b>Σε χιλιάδες</b>	<b>Ποσοστιαία μεταβολή</b>
<b>Συνολικός Πληθυσμός</b>	<b>-8.659</b>	<b>-1,9%</b>
<b>Παιδιά (0-14)</b>	<b>-13.811</b>	<b>-18,6%</b>
<b>Νέοι (15-24)</b>	<b>-14.035</b>	<b>-24,3%</b>
<b>Νέοι ενήλικες (25-39)</b>	<b>-24.867</b>	<b>-25,0%</b>
<b>Ενήλικες (40-54)</b>	<b>-18.666</b>	<b>-19,0%</b>
<b>Εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας (55-64)</b>	<b>4.721</b>	<b>9,1%</b>
<b>Ηλικιωμένοι (65-79)</b>	<b>25.688</b>	<b>44,5%</b>
<b>Ασθενείς ηλικιωμένοι (80+)</b>	<b>32.311</b>	<b>171,6%</b>

**Πίνακας 2: Τάση του Ευρωπαϊκού Πληθυσμού 2005-2050**

Πηγή: Ινστιτούτο Στατιστικής Τεκμηρίωσης, Ανάλυσης

Η γήρανση προϋποθέτει περισσότερες κοινωνικές δαπάνες ασφάλισης για τους ηλικιωμένους (συντάξεις, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, μακροχρόνια φροντίδα) ανά κάτοικο, αλλά και για τους νέους/μισθωτούς. Οι δαπάνες για τους ηλικιωμένους θα μπορούσαν να καταστρέψουν το κράτος πρόνοιας, επειδή η συνεχής αύξηση των φόρων και των ποσοστών εισφορών, θα μειώσουν την οικονομική δραστηριότητα, διαβρώνοντας την φορολογική βάση, που χρηματοδοτεί το κράτος κοινωνικής πρόνοιας.

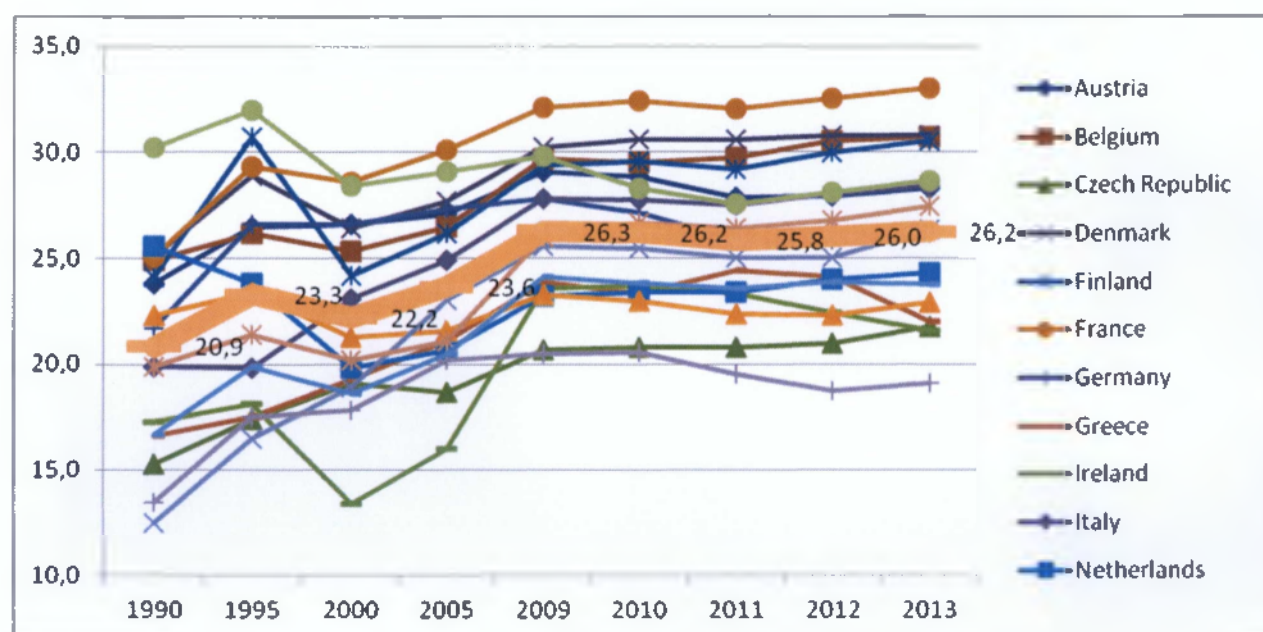
Η αύξηση των δαπανών για τους ηλικιωμένους, σημαίνει μείωση των δαπανών για τις νέες οικογένειες και την εκπαίδευση, υπονομεύοντας τη γονιμότητα και την παραγωγικότητα.



**Γράφημα 3: Τάση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού (πληθυσμός σε εκατομμύρια)**  
 Πηγή: Ινστιτούτο Στατιστικής Τεκμηρίωσης, Ανάλυσης

### 3.1 Μέγεθος των κρατών κοινωνικής πρόνοιας

Το μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας μετράται συνήθως ως ποσοστό του ΑΕΠ που αφιερώνεται στις κοινωνικές δαπάνες. Όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες, σε σύγκριση με τις Η.Π.Α., έχουν υψηλότερο μερίδιο κοινωνικού κράτους. Οι Σκανδιναβικές χώρες και ειδικά η Σουηδία, έχει το υψηλότερο μερίδιο κοινωνικών δαπανών και η Ιρλανδία το χαμηλότερο.

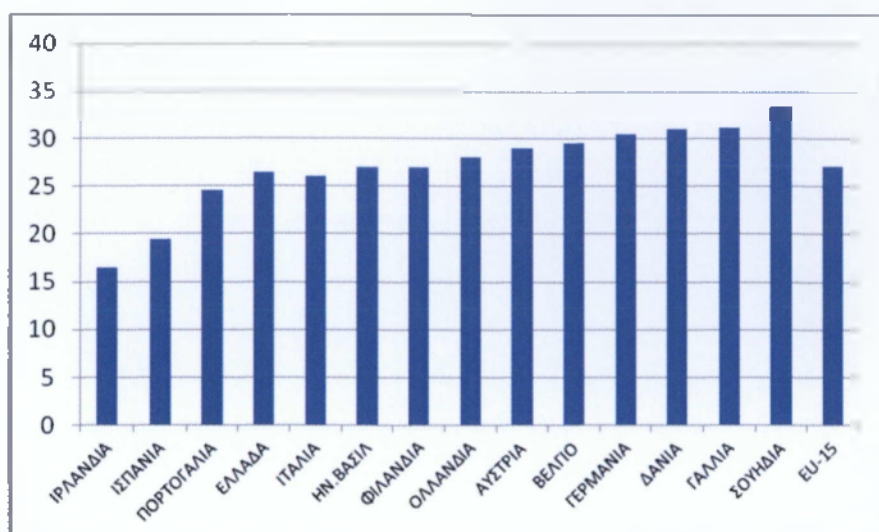


Γράφημα 4: Μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας (κοινωνικές δαπάνες ανά ΑΕΠ)

Πηγή: ΟΟΣΑ Fact book, September 2013

Στο παραπάνω γράφημα 4, είναι εμφανές ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση γενικά και ιδιαίτερα οι Σκανδιναβικές χώρες, μείωσαν το ποσοστό του κράτους κοινωνικής πρόνοιας τη δεκαετία του 1990. Ενδιαφέρον έχει η αντίθετη ανάπτυξη της Ιρλανδίας και της Πορτογαλίας, οι οποίες ήταν φτωχότερες χώρες της ΕΕ στη δεκαετία του '80. Ενώ η Πορτογαλία αύξησε το μερίδιο του ΑΕΠ των κοινωνικών δαπανών καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου, από το 1990-2012, η Ιρλανδία δεν αύξησε τις κοινωνικές δαπάνες σχεδόν τόσο γρήγορα όσο το ΑΕΠ, με συνέπεια να είναι το μόνο κοινωνικό μερίδιο δαπανών, που είναι χαμηλότερο από τις ΗΠΑ.

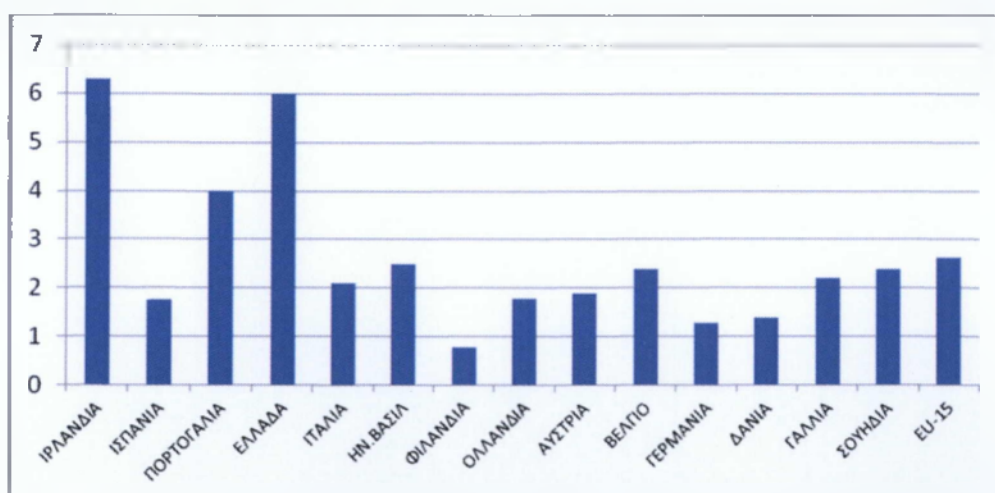




**Γράφημα 5 : Ποσοστό δαπανών που αφιερώνεται στις κοινωνικές δαπάνες το 2003**

Πηγή: Yfantopoulos, J. (1999)

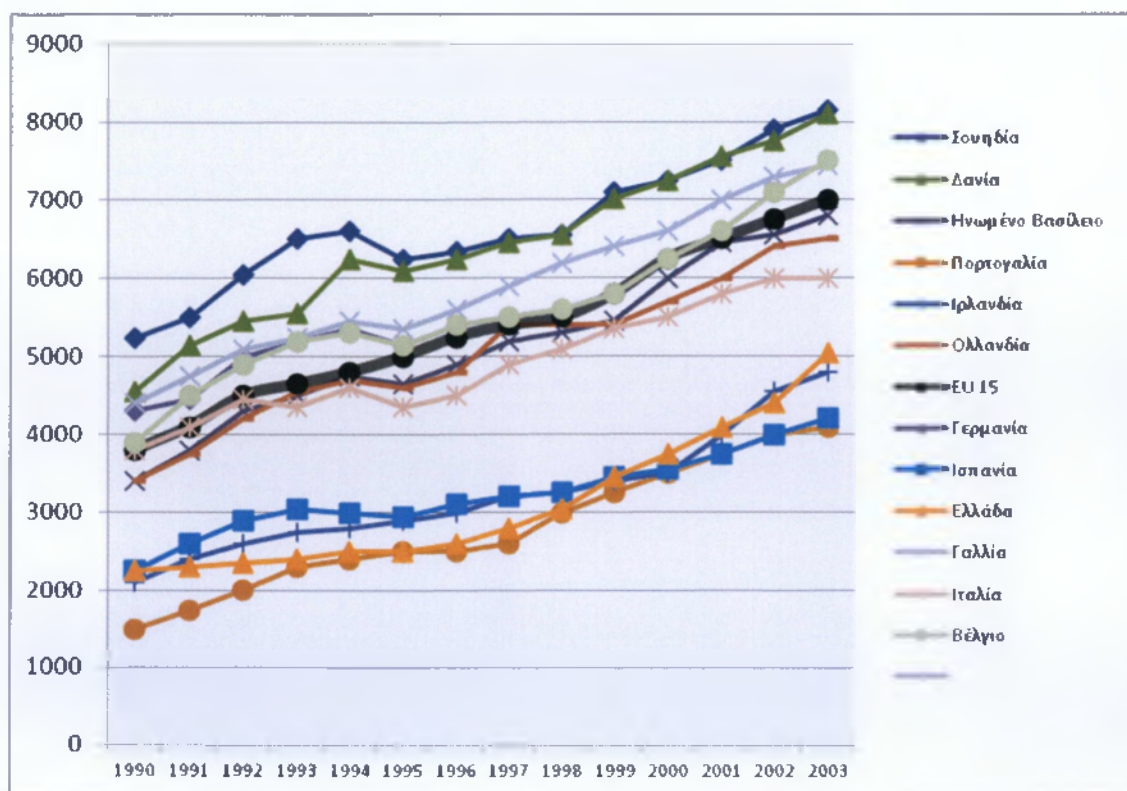
Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, παρουσιάζει μια ακανόνιστη πορεία ανάπτυξης. Το 2003, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ανήλθαν στο 28% (Γράφημα 5). Η Ιταλία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, που αντιπροσωπεύουν τον Ευρωπαϊκό Νότο, δαπανούν για την κοινωνική προστασία σχετικά μικρότερο από το μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετα, οι Χώρες της Βόρειας Ευρώπης αφιερώνουν πολύ υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ τους στις κοινωνικές δαπάνες. (Γράφημα 6).



**Γράφημα 6: Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών κατά την περίοδο 1996-2003**

Πηγή: Yfantopoulos, J. (1999).

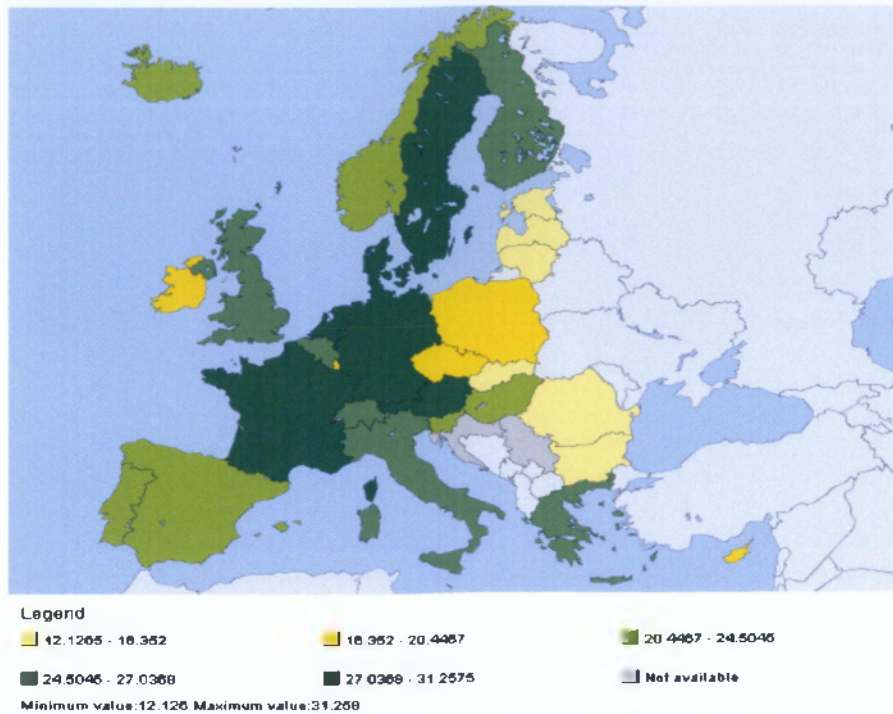
Σύμφωνα με το γράφημα 7, η Σουηδία και η Δανία είναι οι πιο γενναιόδωρες απέναντι στους πολίτες τους, ενώ η Ιρλανδία και οι χώρες της Μεσογείου είναι τα λιγότερα γενναιόδωρα κράτη κοινωνικής πρόνοιας. Από τα κράτη της Μεσογείου, η Ιταλία είναι πολύ πιο κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ των 15, ενώ οι άλλες τέσσερις χώρες παρουσιάζουν ένα αξιοπρόσεκτο χάσμα στις κοινωνικές δαπάνες κεφαλαίου, έναντι του υπολοίπου των προενταγμένων χωρών της ΕΕ.



Γράφημα 7: Μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας (κοινωνικές δαπάνες κατά κεφαλήν)

Το παραπάνω γράφημα 7, επίσης αποκαλύπτει ότι οι ρυθμοί ανάπτυξης των κατά κεφαλήν εξόδων είναι σχεδόν ίδιοι για όλες τις χώρες της Ε.Ε. των 15. Ενώ την Ιταλία χαρακτηρίζει μια ιδιαίτερα χαμηλή αύξηση, την Ιρλανδία μια ιδιαίτερα μεγάλη, ωστόσο αυτές οι διαφορές είναι σχετικά μικρές και παρουσιάζουν και σημάδια σύγκλισης. Συνολικά, η ποικιλία των ευρωπαϊκών κρατών κοινωνικής πρόνοιας είναι μεγάλη, μεγαλύτερη από τα τρία ή τα τέσσερα αρχετυπικά κράτη κοινωνικής πρόνοιας, που διαμορφώνονται στην πρόταση Esping-Andersen (2003).

**Expenditure on social protection**  
% of GDP - 2006



**Γράφημα 8: Δαπάνες κοινωνικής προστασίας κατά το έτος 2006**

Πηγή: Eurostat

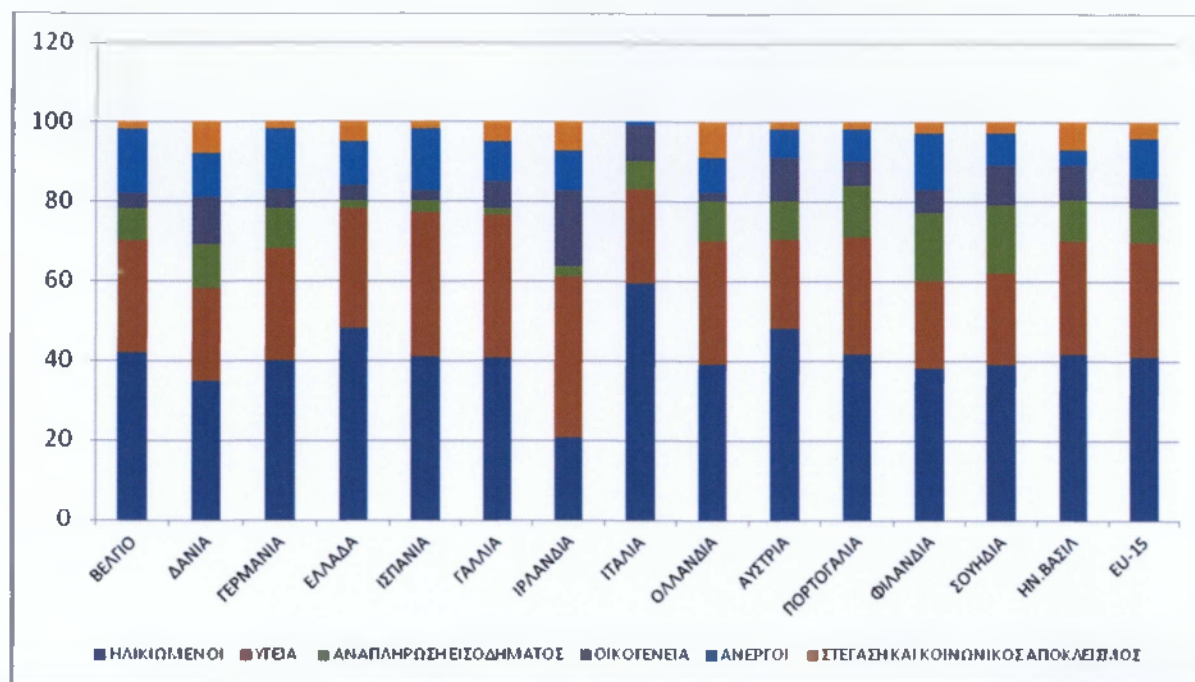
### 3.2 Δομή των δαπανών

Μεγάλες διαφορές υπάρχουν μεταξύ των χωρών της ΕΕ, όσον αφορά στη σύνθεση των κοινωνικών δαπανών. Σε όλες τις χώρες, επί του συνόλου των δαπανών, οι κοινωνικές δαπάνες που αφιερώνονται στους ηλικιωμένους είναι πολύ μεγαλύτερες και ακολουθούν τις δαπάνες ασθένειας και υγειονομικής περίθαλψης. (γράφημα 9). Η Ιταλία και η Ελλάδα είναι μεταξύ των χωρών της ΕΕ με το υψηλότερο ποσοστό των κοινωνικών δαπανών, που αφιερώνονται στην τρίτη ηλικία. Οι διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών αντικατοπτρίζονται στη διαφορετικότητά τους όσον αφορά:

1. Τον καθορισμό των προτεραιοτήτων για την επίτευξη των κοινωνικών στόχων
2. Τις τάσεις της γήρανσης του πληθυσμού
3. Τα επίπεδα της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης
4. Τις οργανωτικές δομές μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας
5. Τα ποσοστά ανεργίας



6. την αποτελεσματικότητα των στόχων του συστήματος για να επιτευχθεί κοινωνική πρόνοιας



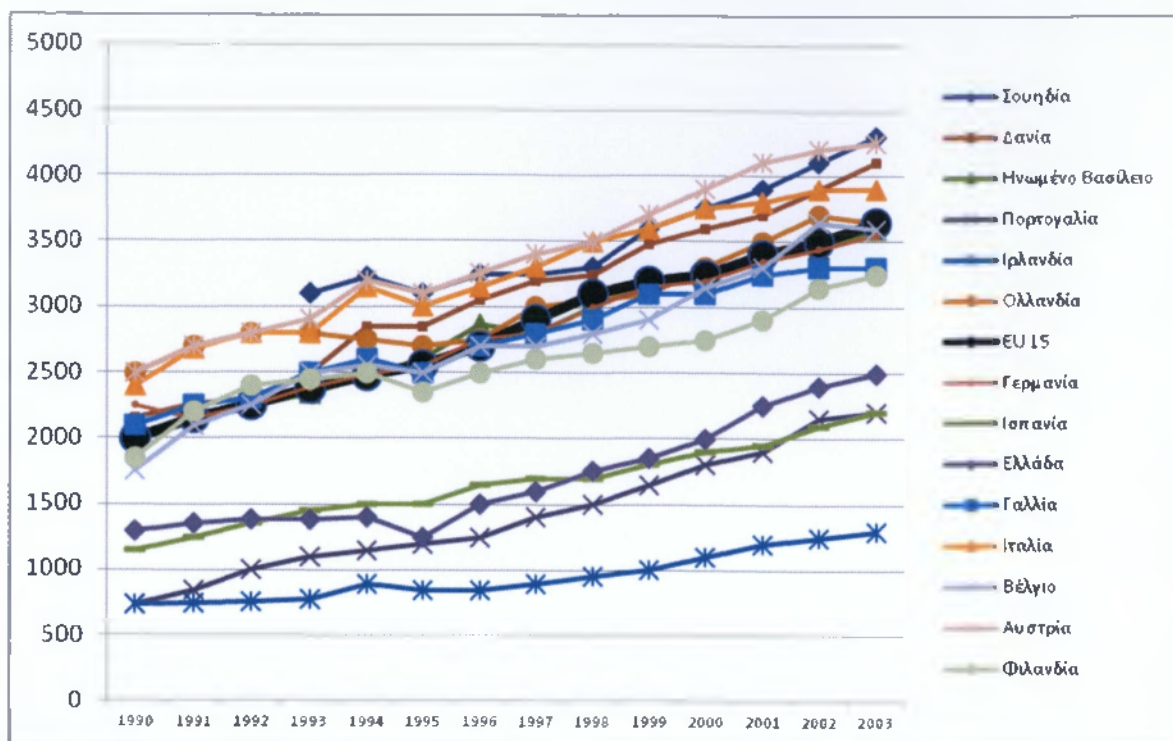
Γράφημα 9: Δομή των δαπανών

Πηγή: Yfantopoulos, J. (1999).

Για τη μελέτη της δομής των κοινωνικών δαπανών είναι απαραίτητο να χωριστούν σε τρία μέρη: τα έξοδα που αφορούν στους ηλικιωμένους (κυρίως οι συντάξεις), τα έξοδα που αφορούν στους νέους (κυρίως εκπαίδευση και οικογενειακά επιδόματα) και έξοδα που μπορούν να αφορούν τόσο στους νέους, στους ηλικιωμένους, όσο και στους μεσήλικες (π.χ. υγειονομική περίθαλψη).

### 3.2.1 Δαπάνες προς τους ηλικιωμένους

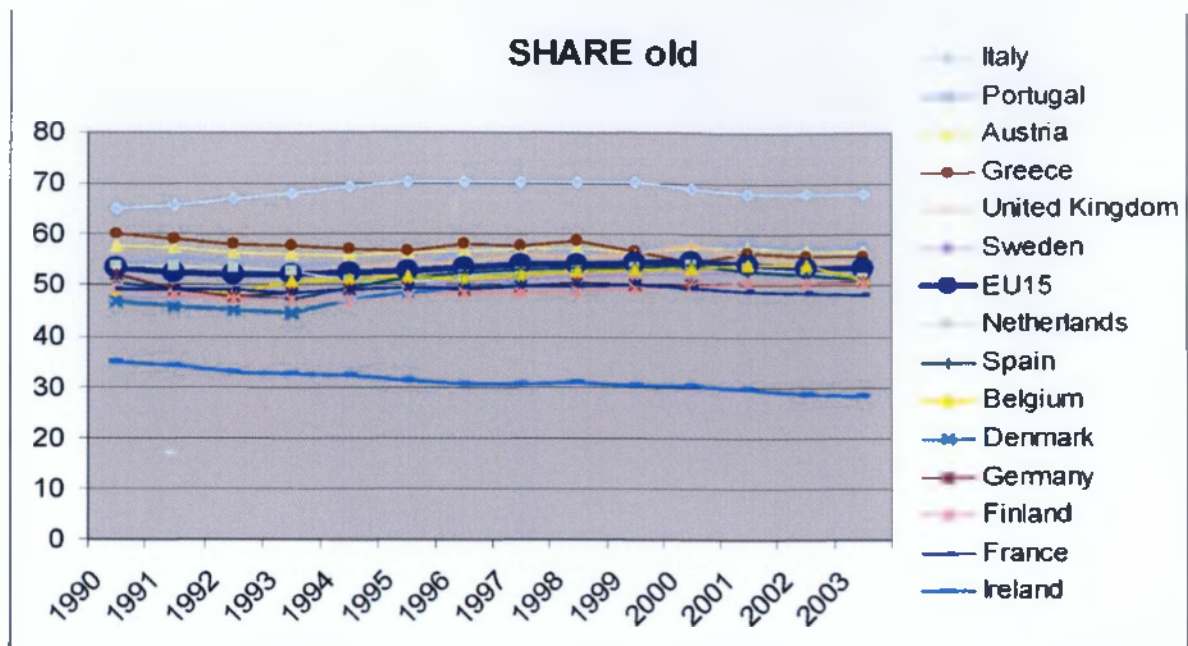
Όσον αφορά τις δαπάνες για τους ηλικιωμένους στις χώρες της ΕΕ, είναι εμφανές από το γράφημα 10 ότι υπάρχει πραγματικά μεγάλη απόκλιση. Η Σουηδία και η Αυστρία ξοδεύουν περισσότερο για τους ηλικιωμένους, σε κατά κεφαλήν βάση, ενώ η Ιρλανδία ξοδεύει λιγότερα, δημιουργώντας ένα αξιοπρόσεκτο χάσμα. Η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελλάδα έχουν αυξήσει τις δαπάνες τους προς τους ηλικιωμένους, αλλά όχι τόσο ώστε να συγκλίνουν με το μέσο όρο της Ε.Ε. των 15.



Γράφημα 10: Κοινωνικές Δαπάνες που αφιερώνονται στους Ηλικιωμένους (κατά κεφαλήν)

Πηγή: Eurostat Data Archive 2005

Ως ποσοστό επί των συνολικών κοινωνικών δαπανών, η εικόνα είναι εντυπωσιακά διαφορετική (γράφημα 11). Η Ιταλία και η Ιρλανδία ξεχωρίζουν: Η Ιταλία ξοδεύει περίπου 70% ολόκληρου του κοινωνικού προϋπολογισμού της στους ηλικιωμένους, δηλαδή 15 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερο από το μέσο όρο της Ε.Ε. των 15, ενώ η Ιρλανδία ξοδεύει λιγότερο από ένα τρίτο του κοινωνικού προϋπολογισμού στους ηλικιωμένους, δηλαδή 25 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερο από το μέσο όρο της ΕΕ των 15. Ουσιαστικά, αυτά τα ποσοστά δαπανών έχουν μείνει σταθερά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών.

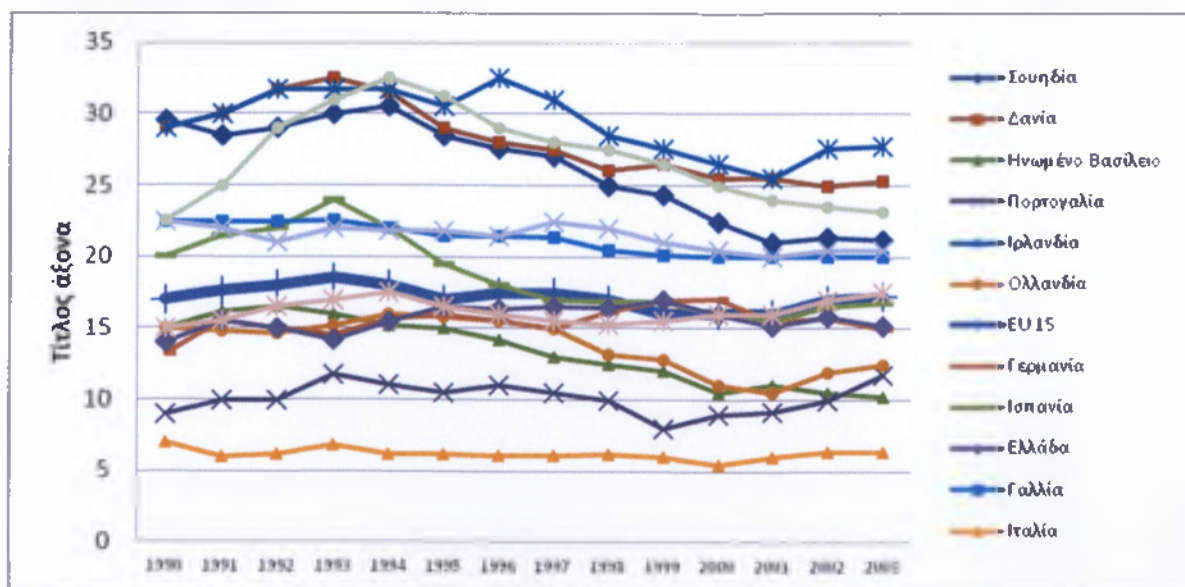


Γράφημα 11: Μερίδιο των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνεται στους Ηλικιωμένους (ποσοστά επί του συνόλου)

Πηγή: Eurostat Data Archive 2005

### 3.2.2 Δαπάνες προς τη νεολαία

Στο γράφημα 12 παρουσιάζεται το μερίδιο του κοινωνικού προϋπολογισμού που αφιερώνεται στους νέους – που ορίζεται ως η οικογένεια και η υποστήριξη των παιδιών, η εκπαίδευση και το επίδομα ανεργίας.



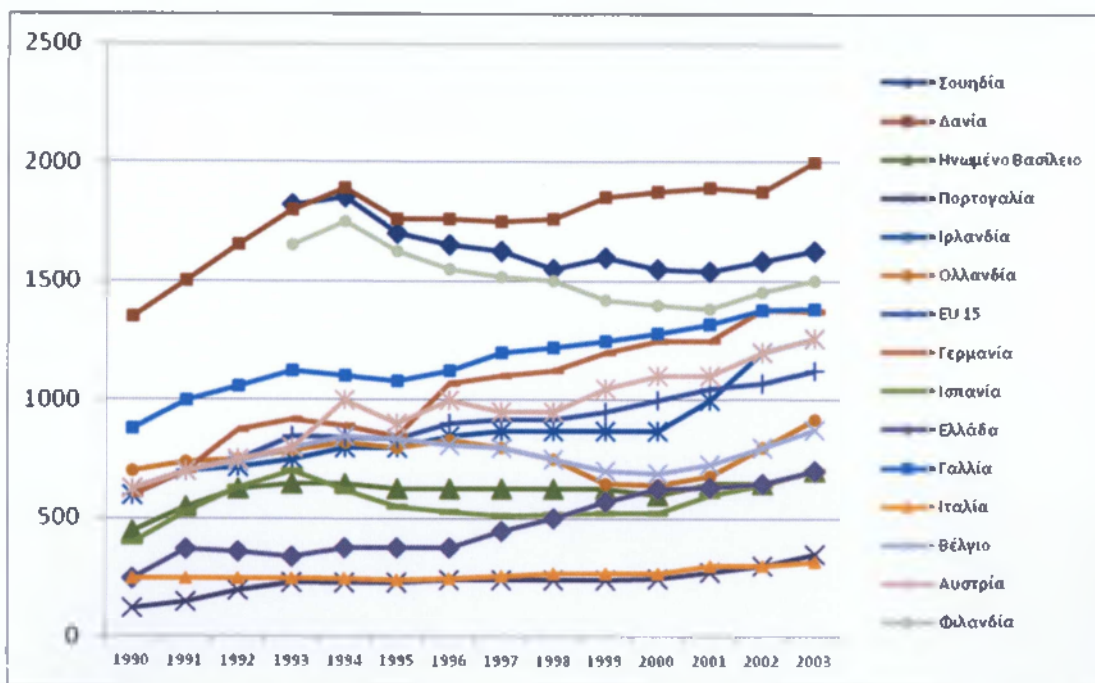
Γράφημα 12: Μερίδιο των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνονται στις νεολαίες (ποσοστά επί του συνόλου)

Πηγή: Eurostat Data Archive 2005



Και στην περίπτωση αυτή, η Ιταλία και η Ιρλανδία ξεχωρίζουν ακόμα ως ακραία παραδείγματα. Αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη ποικιλία του ποσοστού των εξόδων που δίνεται στις νεώτερες γενεές στην Ευρώπη: κυμαίνεται από περίπου 5%, έως περίπου 30% του κοινωνικού προϋπολογισμού.

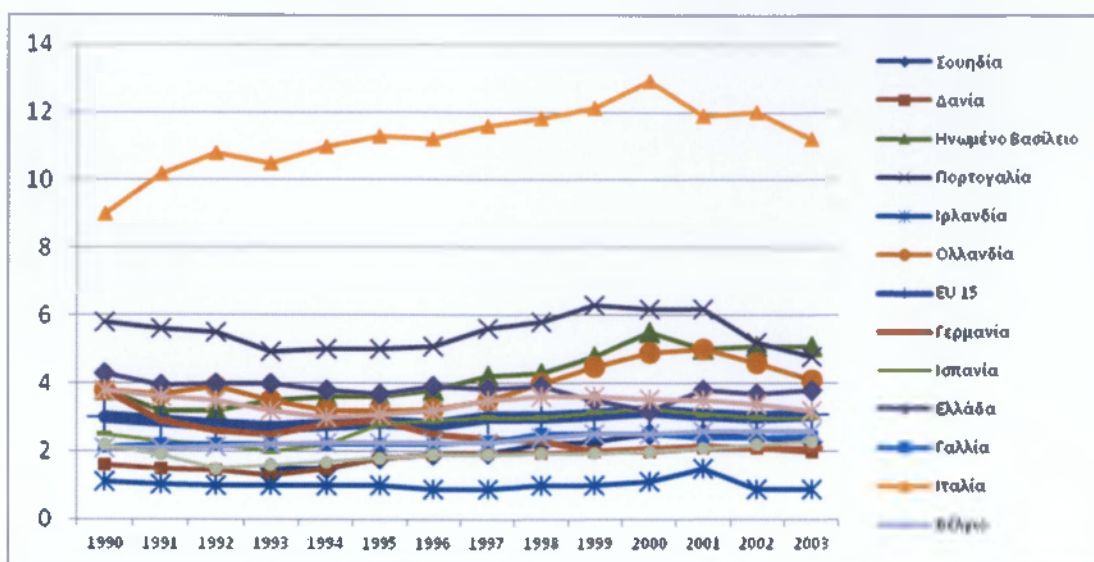
Εξίσου διαφορετικές είναι οι κατά κεφαλήν δαπάνες, που παρουσιάζονται στο γράφημα 13. Εδώ, Δανία και οι άλλες Σκανδιναβικές χώρες ξεχωρίζουν.



**Γράφημα 13: Κοινωνικές δαπάνες που αφιερώνονται στις νεολαίες (κατά κεφαλήν)**  
 Πηγή: Eurostat Data Archive 2005

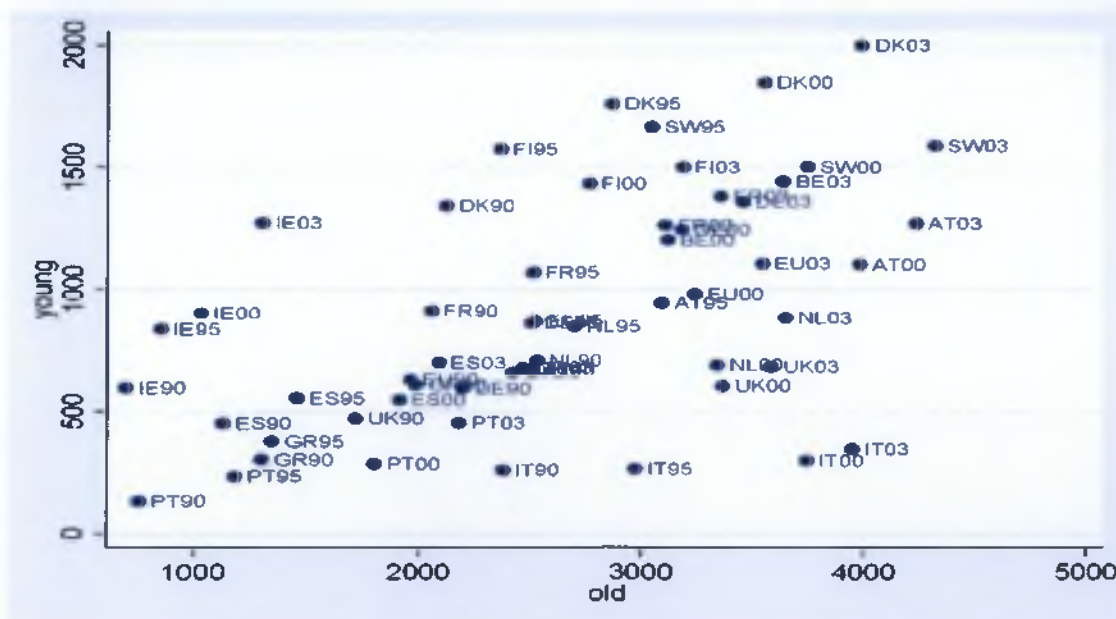
### 3.2.3 Οι ηλικιωμένοι έναντι στη νεολαία: σχετική γενναιοδωρία, συσσώρευση

Η εικόνα που προκύπτει είναι αρκετά σαφής, όπως φαίνεται στο Γράφημα 14. Εδώ το μερίδιο του κοινωνικού προϋπολογισμού, που αφιερώνεται στους ηλικιωμένους, (γράφημα 11) διαιρείται με το μερίδιο του κοινωνικού προϋπολογισμού, που αφιερώνεται στους νέους (γράφημα 12). Σχετικά με αυτήν την συγκριτική μέτρηση επιδόσεων, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και μακράν πιο πολύ η Ιταλία, κλίνουν τη γενναιοδωρία τους περισσότερο προς τους ηλικιωμένους, ενώ Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες, Βέλγιο, Γαλλία και Γερμανία ξόδεψαν ένα σχετικά μεγαλύτερο μερίδιο των κοινωνικών προϋπολογισμών τους στις νεολαίες.



Γράφημα 14: Σχετική γενναιοδωρία στους ηλικιωμένους έναντι της νεολαίας (κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους δια των κοινωνικών δαπανών της νεολαίας)  
 Πηγή: Eurostat Data Archive 2006

Η αναλογία στο παραπάνω γράφημα δεν έχει αλλάξει πάρα πολύ μεταξύ των ετών 1990 και 2003: τα σχέδια για τις εθνικές δαπάνες έχουν μείνει μάλλον σταθερά και διαφορετικά μεταξύ τους καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου αυτής, παρά την επιταχυνόμενη διαδικασία ευρωπαϊκής ένταξης.



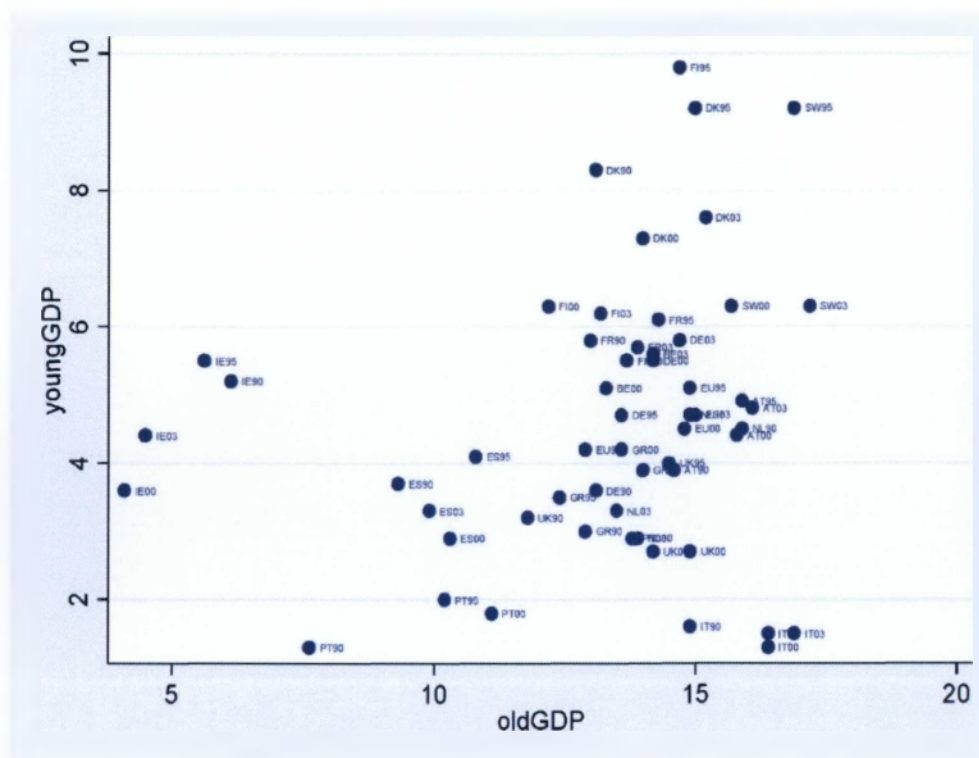
Γράφημα 15: Σχετική γενναιοδωρία στους ηλικιωμένους έναντι των νέων (κατά κεφαλήν δαπάνες που αφιερώνεται στους ηλικιωμένους έναντι των κατά κεφαλήν εξόδων που αφιερώνονται στους νέους)

Πηγή: Boersch-Supan, 2006



Το γράφημα 15 παρουσιάζει τις κατά κεφαλήν κοινωνικές δαπάνες, που απεικονίζονται στα γραφήματα 10 και 13, συγκεντρωτικά. Δεν παρατηρείται κανένα στοιχείο για έναν αρνητικό συσχετισμό μεταξύ του μεριδίου εξόδων για τους ηλικιωμένους και το μερίδιο εξόδων για τους νέους.

Το παρακάτω γράφημα 16 επαναλαμβάνει αυτήν την άσκηση βάσει των εξόδων, που μετρώνται ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αυτός ο αριθμός φαίνεται να παρουσιάζει ένα λιγότερο θετικό συσχετισμό και στην περίπτωση της Ιταλίας, ίσως ακόμη και ένα αρνητικό συσχετισμό.



**Γράφημα 16: Σχετική γενναιοδωρία προς τους ηλικιωμένους έναντι των νεολαίων (κοινωνικές δαπάνες που αφιερώνονται στους ηλικιωμένους έναντι των κοινωνικών δαπανών που αφιερώνονται στις νεολαίες, ποσοστό του ΑΕΠ)**  
 Πηγή: Boersch-Supan, 2006

Τυπικότερα, ο πίνακας 3 δείχνει τη χρονοσειρά των παλινδρομήσεων από τις χώρες βασισμένων στα πιο πάνω στοιχεία. Πράγματι, η Ιταλία εκθέτει έναν αρνητικό συντελεστή, αλλά είναι ασήμαντος. Περίπου στις μισές ευρωπαϊκές χώρες η παλινδρόμηση παρουσιάζει μια σημαντική κλίση. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η κλίση είναι θετική. Η συνολική παλινδρόμηση της ΕΕ των 15 χαρακτηρίζεται επίσης από μια θετική κλίση, αν και είναι μη σημαντική σε συμβατικά επίπεδα.

Η έρευνα αποδεικνύει ότι υπάρχουν λίγα στοιχεία για τη συσσώρευση της επίδρασης μεταξύ της γενναιοδωρίας μας προς τους ηλικιωμένους και τη νεολαία. Τα κοινωνικά έξοδα για τους ηλικιωμένους και τη νεολαία αυξομειώνονται, σύμφωνα με το γενικό κοινωνικό προϋπολογισμό, ο οποίος αυξήθηκε αρκετά με απόλυτους όρους (γράφημα 4) και είναι παγιομένος, σχετικά με το ΑΕΠ (γράφημα 7).

Country	Coef.	Stud.Err.	t-stat	P>t	95% Conf.	Interval
EU	0,97	0,6	1,6	13%	-0,34	2,29
IT	-2,24	2,04	-1,1	29%	-6,68	2,19
DK	-0,13	0,23	-0,6	57%	-0,63	0,36
UK	-0,02	0,39	-0,1	95%	-0,87	0,82
BE	0,78	0,9	0,9	44%	-1,72	3,27
ES	0,27	0,17	1,5	15%	-0,11	0,64
FR	0,78	0,44	1,8	10%	-0,18	1,74
AT	1,17	0,37	3,1	1%	0,36	1,99
SW	0,3	0,09	3,4	1%	0,1	0,5
DE	0,96	0,24	4,0	0%	0,43	1,48
NL	1,16	0,21	5,6	0%	0,71	1,61
PT	3,6	0,62	5,8	0%	2,26	4,94
GR	1,89	0,32	5,9	0%	1,19	2,58
FI	0,64	0,06	9,9	0%	0,49	0,79
IE	0,96	0,09	10,2	0%	0,76	1,17

Πίνακας 3: Χρονοσειρές οπισθοδρομήσεις του κοινωνικού μεριδίου δαπανών που αφιερώνεται στους ηλικιωμένους με το κοινωνικό μερίδιο των δαπανών που αφιερώνεται στις νεολαίες (ποσοστό του ΑΕΠ)

Πηγή: Boersch-Supan, 2006

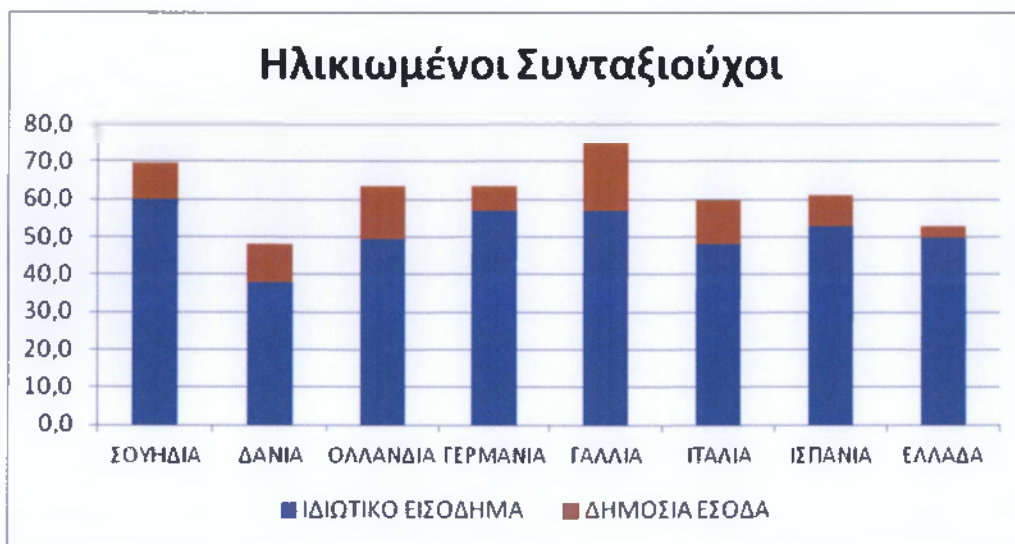
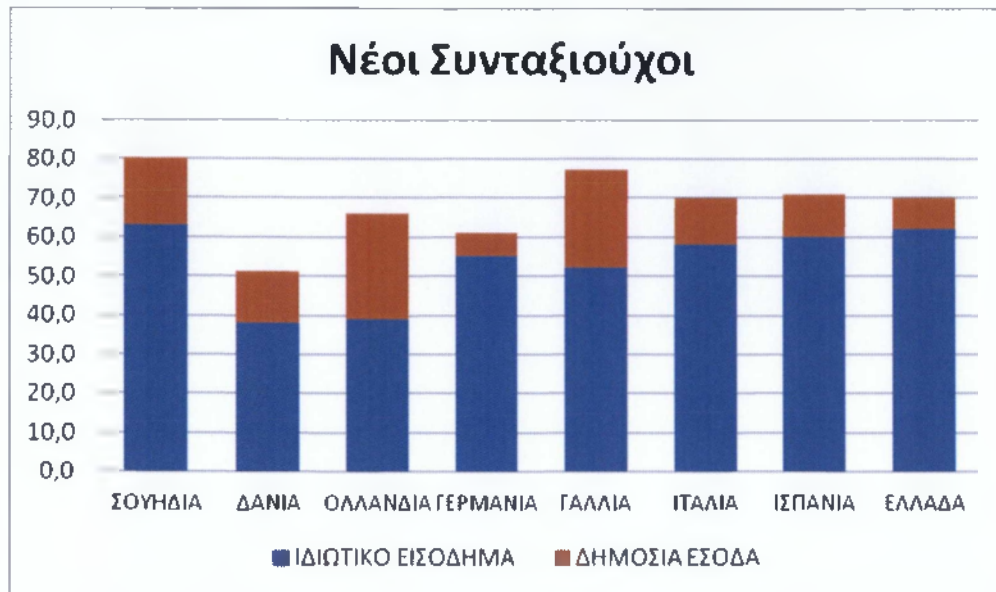
### 3.3 Οι επιδράσεις των πολιτικών

Οι πραγματικές πολιτικές εκβάσεις είναι η ανεργία και τα ποσοστά φτώχειας μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων, η ανισότητα στον πλούτο, το εισόδημα και η κατανάλωση. Επίσης, μη-οικονομικές εκβάσεις είναι η υγεία και η μακροζωία.

#### 3.3.1 Εισοδηματικά επίπεδα

Στο γράφημα 17 εξετάζεται το πραγματικό σχετικό εισοδηματικό επίπεδο των συνταξιούχων. Διακρίνει τους νεότερους (ηλικίας 72 και κάτω) και τους παλαιούς συνταξιούχους (ηλικίας 73 και πάνω) και συσχετίζει το καθαρό δημόσιο και ιδιωτικό

εισόδημά τους, με το συνολικό καθαρό εισόδημα των εργαζόμενων ηλικίας μεταξύ 50 και 64.



**Γράφημα 17: Εισοδηματικό επίπεδο συνταξιούχων (ηλικία 72 και κάτω/ηλικία 73 και πάνω) σχετικά με το εισόδημα εργαζόμενων ηλικίας 50 έως 65**  
 Πηγή: Source: Wilke (2006), βασισμένο στο SHARE 2004

Η Δανία και η Ολλανδία έχουν επίπεδες συντάξεις με βάση το σύστημα υπολογισμού σύνταξης Beveridgian pension system, ενώ οι άλλες χώρες χρησιμοποιούν το σύστημα ανταποδοτικότητας Bismarckian. Για τους νεώτερους συνταξιούχους, αυτό απεικονίζεται με πολύ χαμηλότερα σχετικά δημόσια εισοδηματικά επίπεδα σ' αυτές τις δύο χώρες. Στην Ολλανδία, αυτό είναι πλήρως αντισταθμισμένο από το ιδιωτικό εισόδημα (κατά ένα μεγάλο μέρος από τις επαγγελματικές συντάξεις), αλλά όχι στη

Δανία. Οι παλαιότεροι Ολλανδοί συνταξιούχοι απολαμβάνουν ακόμα μια πολύ υψηλότερη διαμορφωμένη δημόσια σύνταξη. Στις άλλες χώρες, στα εισοδήματα των ηλικιωμένων συνταξιούχων κυριαρχούν οι δημόσιες συντάξεις.

Όπως διακρίνεται στο γράφημα 17, η περίπτωση της Δανίας είναι ιδιαίτερη. Ένα άλλο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι το υψηλό εισόδημα των Γάλλων συνταξιούχων.

### 3.3.2 Διανομή του πλούτου, του εισοδήματος και της κατανάλωσης

Η εισοδηματική ανισότητα είναι πολύ μεγαλύτερη στην Ολλανδία. Όσον αφορά την περίπτωση της Δανίας, μια εξήγηση βρίσκεται στον διαφορετικό στόχο των κοινωνικών δαπανών, δηλαδή η μείωση της φτώχειας και η εξίσωση εισοδήματος. Η Δανία, μαζί με τη Σουηδία, έχουν μακράν το χαμηλότερο συντελεστή GINI στην εισοδηματική ανισότητα μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 50+, παρά την ιδιαίτερη ανισότητα πλούτου στη Δανία. Η ανισότητα στην κατανάλωση, που ίσως είναι το πιο ενδεικτικό μέτρο για τις συνθήκες διαβίωσης, είναι επίσης πολύ χαμηλή.

Macro-Region and Country	N	Income	Consumption	Wealth
Northern Europe	2,981	33%	24%	60%
SE	1,787	33%	22%	59%
DK	1,194	32%	28%	62%
Central Europe	6,867	46%	35%	63%
DE	1,825	42%	25%	62%
NL	1,741	49%	46%	65%
CH	743	47%	38%	63%
AT	1,589	51%	33%	58%
FR	969	47%	45%	61%
Southern Europe	4,021	47%	41%	65%
IT	1,445	41%	47%	64%
ES	897	56%	26%	68%
GR	1,679	45%	28%	52%

**Πίνακας 4: Διανομή του εισοδήματος, κατανάλωση και πλούτος μεταξύ των ηλικιωμένων (συντελεστής GINI).**

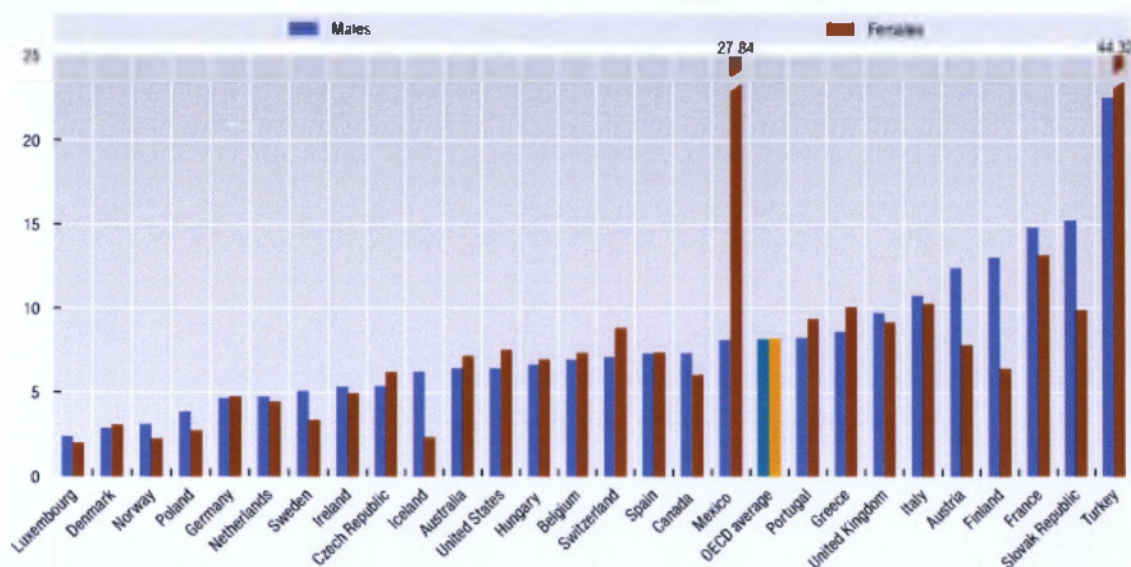
Source: Bonsang, Perelman, and van den Bosch (2005), based on SHARE 2004

### 3.3.3 Ανεργία στους νέους και στους ηλικιωμένους

Η Γαλλία και η Δανία είναι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις, επειδή ένας από τους κύριους δείκτες για επιτυχή κοινωνική πολιτική στη νεολαία βγαίνει εντυπωσιακά διαφορετικός και στις δύο χώρες. Ενώ η Δανία έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας για τους νέους των χωρών του ΟΟΣΑ, η Γαλλία έχει το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας των νέων στην Ευρώπη. Τα γαλλικά κοινωνικά επίπεδα δαπανών στη νεολαία



είναι πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ των 15 (όπως φαίνεται και από τα γραφήματα 12 & 13), παρόλα αυτά, ένα μεγάλο μέρος αυτών πηγαίνει στις επιχορηγήσεις οικογενειών και παιδιών, λιγότερα στην εκπαίδευση απ' ό,τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να ερμηνευτούν ως ένα είδος συσσώρευσης: η δημόσια προσοχή που στρέφεται στη διατήρηση του εισοδηματικού επιπέδου των συνταξιούχων, έχει οδηγήσει στην επιδείνωση στην κατάσταση ανεργίας των νέων.

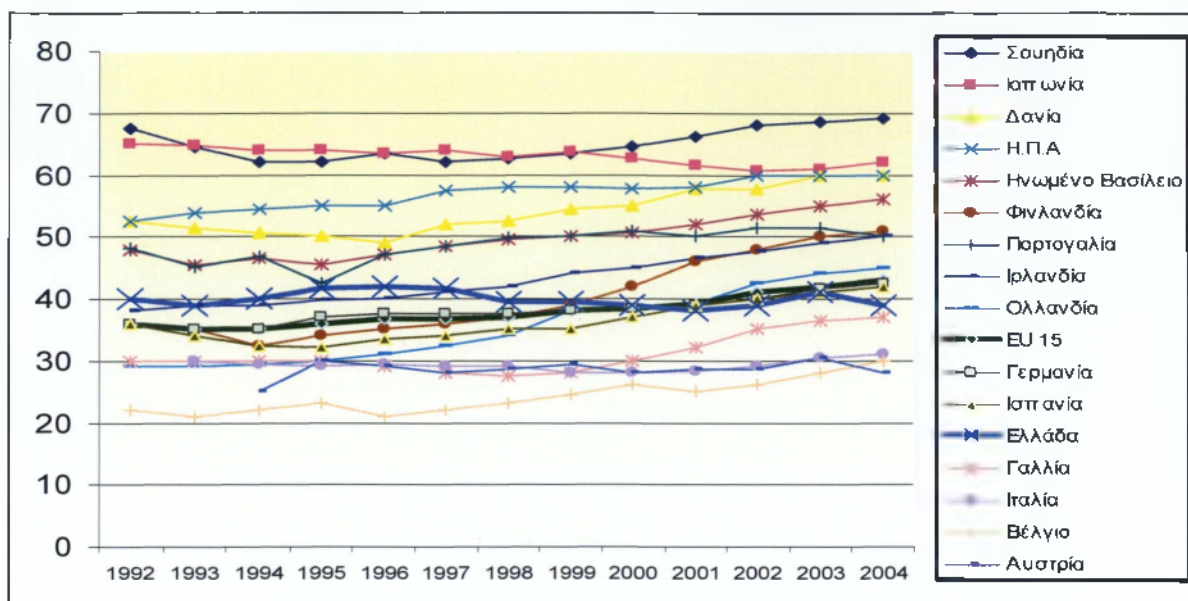


**Γράφημα 18: Το ποσοστό των νέων μεταξύ 15 και 19 ετών, οι οποίοι δεν είναι ούτε στην εκπαίδευση ούτε στην εργασία, 2003.**

Πηγή: ΟΟΣΑ Factbook 2006

Από την πλευρά της ανεργίας των ηλικιωμένων παρατηρούμε τα εξής: Στην ηλικιακή ομάδα 55+, η ανεργία είναι συχνά μεταμφιεσμένη ως πρόωρη συνταξιοδότηση, ως σύνταξη αναπηρίας ή σε άλλους παρόμοιους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς. Το γράφημα 19 απεικονίζει το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων ηλικίας 55-64.

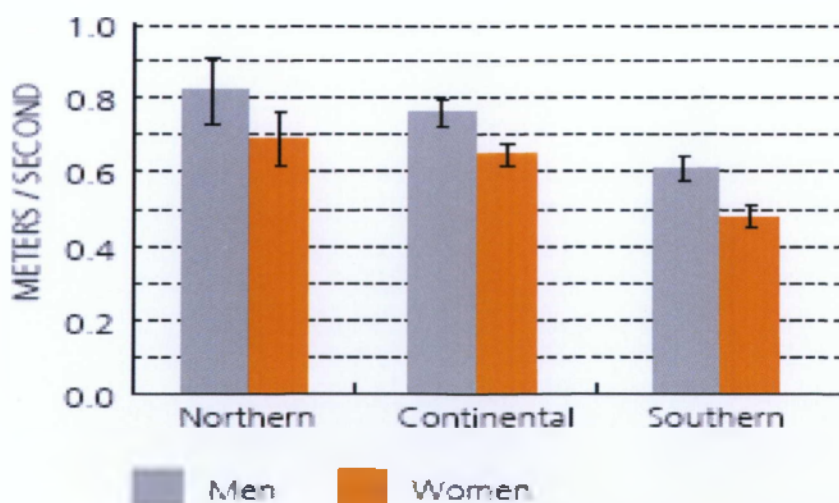
Η Σουηδία έχει το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής εργατικής δύναμης σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, που υπερβαίνει αυτό των ΗΠΑ ακόμη και της Ιαπωνίας. Η Δανία και η Μεγάλη Βρετανία είναι επίσης αρκετά επάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 15. Σε αντίθεση, η Γαλλία, η Ιταλία, το Βέλγιο και η Αυστρία έχουν πολύ χαμηλά ποσοστά συμμετοχής εργατικής δύναμης, περισσότερο από 10 ποσοστιαίες μονάδες κάτω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης 15 και 20 ποσοστιαίες μονάδες κάτω από τον αποκαλούμενο Στόχο της Λισσαβόνας.

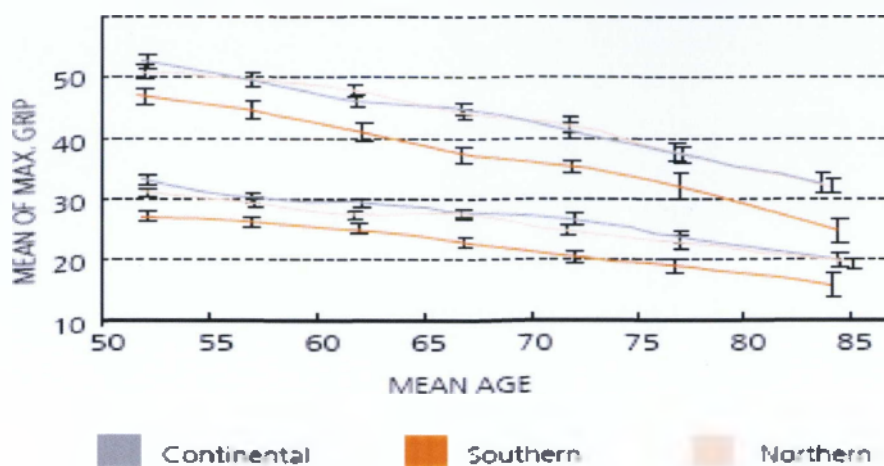


Γράφημα 19: Ποσοστό απασχόλησης ηλικίας 55-64, 1992-2004  
 Πηγή: Eurostat Online Data Archive April 2006

### 3.3.4 Υγεία και μακροζωία

Αναμφισβήτητα μια από τις σημαντικότερες εκβάσεις κοινωνικής πολιτικής είναι η υγεία, δεδομένου ότι είναι ένας από τους κύριους στόχους για την ευημερία. Οι διαφορές στην κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν. Στα στοιχεία του SHARE υπάρχει μια ποικιλία φυσικών και πνευματικών μέτρων για την υγεία, μερικά εκ των οποίων μετρώνται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες και άλλα τα οποία μετρώνται φυσικά. Παραδείγματα φυσικής μέτρησης είναι η αντοχή και η ταχύτητα στο περπάτημα, τα οποία παρουσιάζουν εντοπωσιακή συνέπεια κλίσης Βορρά-Νότου, στην Ευρώπη.

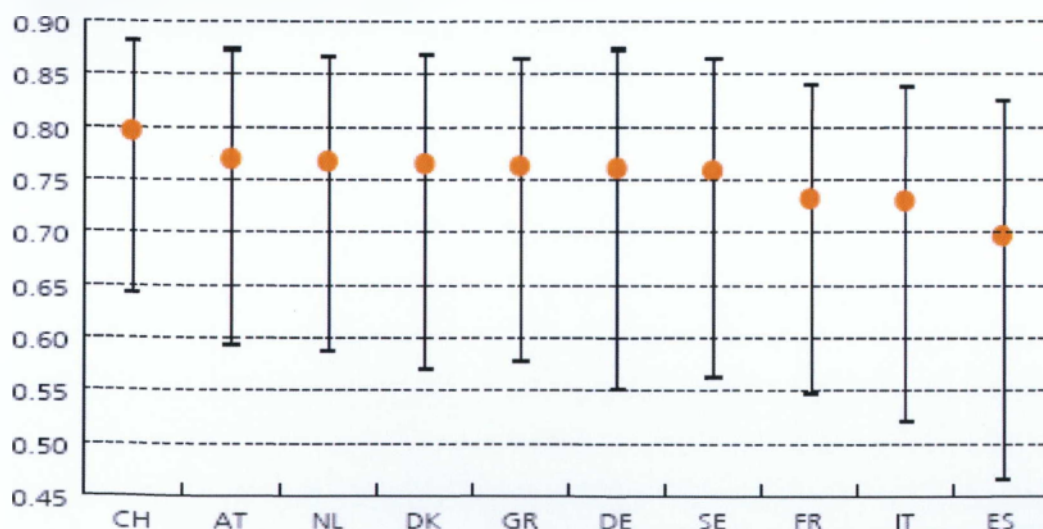




**Γράφημα 20: Ταχύτητα περπατήματος και αντοχής ατόμων ηλικίας 50+**

Source: Mackenbach, Avendano, Andersen-Ranberg, and Aro (2005), based on SHARE 2004

Ο Jurges (2005), χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα στοιχεία υγείας από το SHARE, συμπεριλαμβανομένων διάφορων δοκιμών της πνευματικής υγείας και γνώσης, έχει αναπτύξει έναν περιεκτικό δείκτη υγείας που απεικονίζεται στο παρακάτω γράφημα 21. Εδώ προσδιορίζεται η Ελβετία και η Ισπανία ως καθορισμένα με σαφήνεια άκρα, με την Ελβετία να έχει έναν καλό δείκτη υγείας και την Ισπανία έναν δείκτη αρκετά κάτω του μέσου όρου των χωρών του SHARE.



**Γράφημα 21: Περιεκτικός δείκτης υγείας ατόμων ηλικίας 50 και άνω**

Πηγή: Jurges (2005), βασισμένα σε στοιχεία του SHARE 2004

Η χειρότερη υγεία δεν μεταφράζεται απαραίτητως ως το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 5. Η Δανία, με έναν από τους υψηλότερους δείκτες υγείας, έχει το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. και η Ισπανία, με χαμηλό δείκτη υγείας, όπως απεικονίζεται στο γράφημα 21, έχει το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, που ξεπερνιέται μόνο από την Ιαπωνία. Αυτό το παράδοξο απορρέει από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο, αλλά έχουν χειρότερη υγεία (γράφημα 21).

<b>Προσδόκιμο ζωής , 2003</b>	
Δανία	77,2
Η.Π.Α.	77,2
Πορτογαλία	77,3
Ιρλανδία	77,8
Βέλγιο	78,1
Ελλάδα	78,1
Γερμανία	78,4
Φινλανδία	78,5
Ηνωμένο Βασίλειο	78,5
Αυστρία	78,6
Ολλανδία	78,6
Γαλλία	79,4
Ιταλία	79,9
Σουηδία	80,2
Ελβετία	80,4
Ισπανία	80,5
Ιαπωνία	81,8

**Πίνακας 5: Προσδόκιμο ζωής**  
 Πηγή: ΟΟΣΑ Δεδομένα Υγείας, 2005

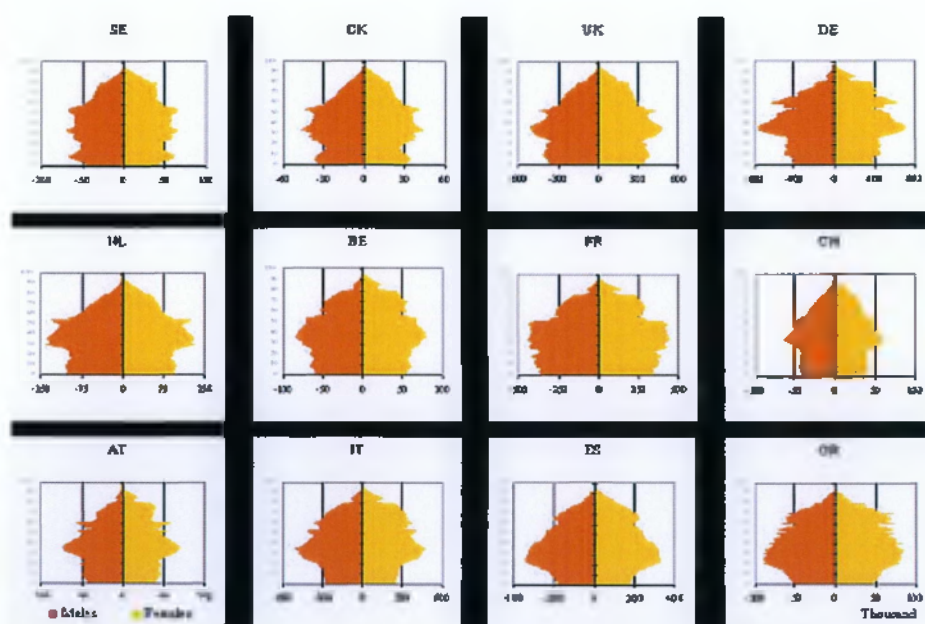
### 3.4 Αιτίες και αποτελέσματα

Για να εξηγηθεί επαρκώς το μέγεθος των κοινωνικών δαπανών των κρατών της ΕΕ προς τους ηλικιωμένους, θα πρέπει να γνωρίζουμε τους δημογραφικούς και τους πολιτικούς λόγους, καθώς και τα κίνητρα που δημιουργούν τις απαιτήσεις για κοινωνικές δαπάνες προς τους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα όσον αφορά τις πρόωρες συντάξεις.



### 3.4.1 Δημογραφία

Μια προφανής εξήγηση για τις διαφορές στο μέγεθος των κρατών κοινωνικής πρόνοιας και τη γενναιοδωρία τους προς τους ηλικιωμένους, είναι ο αριθμός τους. Ενώ όλες οι ευρωπαϊκές χώρες γερνούν πιο πολύ από τις Ηνωμένες Πολιτείες και όλες οι χώρες της ΕΕ των 15, εκτός από την Ιρλανδία, έχουν ένα υψηλότερο μερίδιο για τους ηλικιωμένους, σε σχέση με τις ΗΠΑ, η Ευρώπη δεν παρουσιάζει ομοιογένεια στην δομή των πληθυσμών της ανά ηλικία, όπως παρουσιάζει το γράφημα 22 .



Γράφημα 22: Δομή ηλικίας των ευρωπαϊκών χωρών

Πηγή: Eurostat 2003

Η Ιταλία έχει το μεγαλύτερο μερίδιο των ηλικιωμένων στον πληθυσμό της, που εξηγεί μέρος της τεράστιας αναλογίας μεταξύ των δαπανών για τους ηλικιωμένους και των δαπανών για τους νέους, οι οποίες είναι εμφανείς στο γράφημα 14.

### 3.4.2 Πολιτικές προτιμήσεις

Μια δεύτερη πιθανή αιτία για το μέγεθος των κοινωνικών δαπανών, είναι οι διαφορές στις πολιτικές προτιμήσεις. Σε μερικές χώρες, μια πλειοψηφία ψηφοφόρων μπορεί να είναι υπέρ των εξόδων στους ηλικιωμένους, σε άλλες υπέρ των νέων. Αυτό φυσικά πιθανότατα συνδέεται με την ηλικιακή δομή του λαού, αλλά μπορεί να υπάρξουν και πρόσθετες διαφορές ανάμεσα στις χώρες. Μια σειρά ερευνών που έγιναν σε μερικές

ευρωπαϊκές χώρες και είχαν στόχο να ρίξουν φως στις πολιτικές προτιμήσεις των ευρωπαίων πολιτών, πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 2000, σε τέσσερις χώρες. Η έρευνα επαναλήφθηκε 1,5 χρόνο αργότερα στη Γερμανία και την Ιταλία και για μια ακόμη φορά στη Γερμανία, την άνοιξη του 2003. Στον πίνακα 6 συνοψίζονται τα αποτελέσματα, σχετικά μ' αυτή την έρευνα: η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων είναι η παρακάτω.

(i) *Μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας: "Θα πρέπει το κράτος: (+) να αυξήσει τις συντάξεις αυξάνοντας τους φόρους και τις υποχρεωτικές εισφορές στα νοικοκυριά, (0) να διατηρήσει τους φόρους και τις υποχρεωτικές εισφορές στα τωρινά επίπεδα, ή (-) να μειώσει τις συντάξεις μειώνοντας τους φόρους και τις υποχρεωτικές εισφορές"*

(ii) *Μεταξύ γενεών ανακατανομή: "Θα πρέπει το κράτος (+) να διαθέσει περισσότερους πόρους στις συντάξεις και λιγότερους στους άνεργους ή στους νέους που αναζητούν εργασία, (0) να διατηρήσει τη παρούσα κατάσταση, (-) ή να διαθέσει λιγότερους πόρους στις συντάξεις και περισσότερους στους άνεργους και στους νέους που αναζητούν εργασία"*

	i) Μέγεθος του Κράτους Πρόνοιας			ii) Ανακατανομή μεταξύ γενεών		
	(+)	(0)	(-)	(+)	(0)	(-)
Germany (Spring 2000)	13%	54%	25%	17%	62%	22%
Germany (Fall 2001)	12%	48%	34%	27%	51%	23%
Germany ( Spring 2003)	19%	36%	34%	19%	45%	29%
Italy (Spring 2000)	17%	40%	43%	19%	35%	46%
Italy (Fall 2001)	23%	47%	30%	34%	28%	38%
France (Spring 2000)	14%	51%	35%	14%	66%	20%
Spain (Spring 2000)	31%	53%	16%	10%	60%	30%

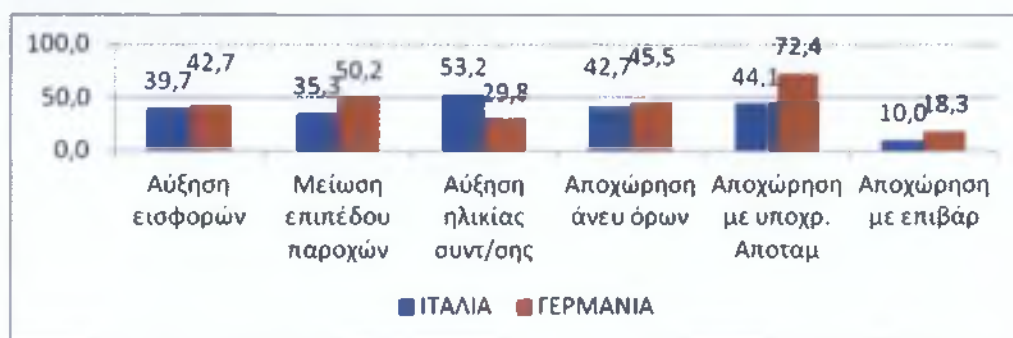
Πίνακας 6: Προτιμήσεις για το μέγεθος και την ανακατανομή του κράτους κοινωνικής Πρόνοιας

Πηγή: Boeri, Börsch-Supan and Tabellini (2001, 2003), Börsch-Supan, Heiss and Winter (2004)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν καταπληκτική παραλλαγή ανάμεσα στις τέσσερις χώρες. Κατ' αρχάς, το status quo είναι ισχυρό σε όλες τις χώρες, αλλά εντοπίζεται πιο αδύνατο στην Ιταλία. Οι Ισπανοί τείνουν περισσότερο προς μια επέκταση του κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Εκτός από τη Γερμανία το 2001, μετά από μια συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση, υπάρχουν περισσότεροι πολίτες που θέλουν να μετατοπίσουν τη γενναιοδωρία των κρατών κοινωνικής πρόνοιας από τους ηλικιωμένους προς τις νεολαίες, παρά το αντίθετο. Αυτό είναι εντονότερο στην Ιταλία, παρότι έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το γεγονός ότι η Ιταλία έχει τον πιο ηλικιωμένο λαό.

Η Ισπανία έχει το μικρότερο κράτος κοινωνικής πρόνοιας και επιθυμεί να επεκταθεί περισσότερο. Η Ιταλία επιθυμεί να αλλάξει πλήρως την κατανομή προς τους ηλικιωμένους. Αυτό θα μπορούσε μπορεί να ερμηνευθεί ως μια επιθυμία για να συγκλίνει μέσα στην Ευρώπη.

Στο παρακάτω γράφημα 23 φαίνεται το πόσο διαφορετικά κρίνουν οι Γερμανοί και οι Ιταλοί, έξι προτάσεις συνταξιοδοτικών μεταρρυθμίσεων. Οι Ιταλοί θα ψήφιζαν στην πλειοψηφία τους, μια αύξηση στην ηλικία συνταξιοδότησης (καθώς την περίοδο εκείνη είχαν μια από τις χαμηλότερες μέσες ηλικίες εξόδου συνταξιοδότησης στην Ευρώπη), ενώ οι Γερμανοί μειώνουν μάλλον τα συνταξιοδοτικά τους οφέλη (εκείνη την περίοδο είχαν τα υψηλότερα συνταξιοδοτικά οφέλη).

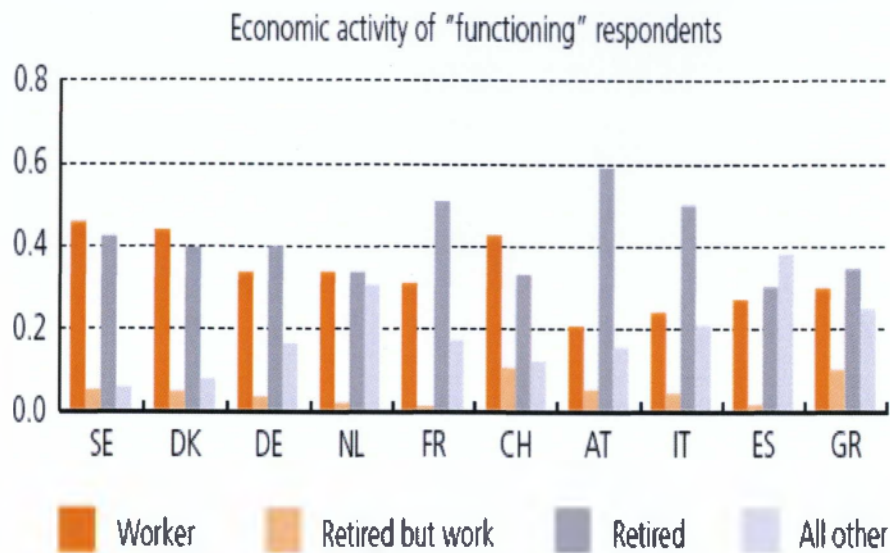


**Γράφημα 23: Προτιμήσεις για τις επιλογές συνταξιοδοτικής μεταρρύθμισης**  
 Πηγή: Boeri, Börsch-Supan and Tabellini (2001, 2003), Börsch-Supan, Heiss and Winter (2004)

### 3.4.3 Κίνητρα πρόωρης συνταξιοδότησης

Ένας άλλος λόγος που προσδιορίζει τις μεγάλες διαφορές στο μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας και τη γενναιοδωρία προς τους ηλικιωμένους, είναι τα αποτελέσματα των κινήτρων, ειδικά προς την πρόωρη αποχώρηση. Η πρόωρη συνταξιοδότηση είναι διαδεδομένη στην Ευρώπη, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 55-64

ετών. Αξιοσημείωτες είναι οι διεθνείς διαφορές στη οικονομική δραστηριότητα, έναντι της συνταξιοδότησης εάν ληφθεί υπόψη η υγεία, (Γράφημα 24).



**Γράφημα 24: Ποσοστά απασχόλησης και αποχώρησης υπό όρους καλής υγείας**

Πηγή: Brugiavini, Croda, and Mariuzzo (2005), based on SHARE 2004.

Στον παρακάτω πίνακα 7, οι διεθνείς διαφορές είναι εμφανέστερες μεταξύ της Σουηδίας και της Γαλλίας, ή μεταξύ Αυστρίας και Ελβετίας.

Country	Unused Labor	Men Out of Labor	Early	Replacement Rate at Early	Accrual in	Implicit Tax on Earnings	Tax Force Early	Hazard Rate at Early
	Capacity, 55-65	Force, Age 59	Retirement Age	Retirement Age (%)	Next Year (%)	in Next Year (%)	Retirement Age to 69	Retirement Age (%)
Belgium	67	58	60	77	-5.6	82	8.87	33
France	60	53	60	91	-7.0	80	7.25	65
Italy	59	53	55	75	-5.8	81	9.20	10
The Netherlands	58	47	60	91	-12.8	141	8.32	70
The United Kingdom	55	38	60	48	-10.0	75	3.77	22
Germany	49	34	60	69	-4.1	25	1.85	55
Spain	47	36	60	63	4.2	-23	2.49	20
Canada	45	37	60	20	-1.0	8	2.37	32
The United States	37	20	64	41	0.2	-1	1.39	40
Sweden	35	26	60	54	-4.1	28	2.18	5
Japan	22	13	60	54	-3.9	47	1.65	12

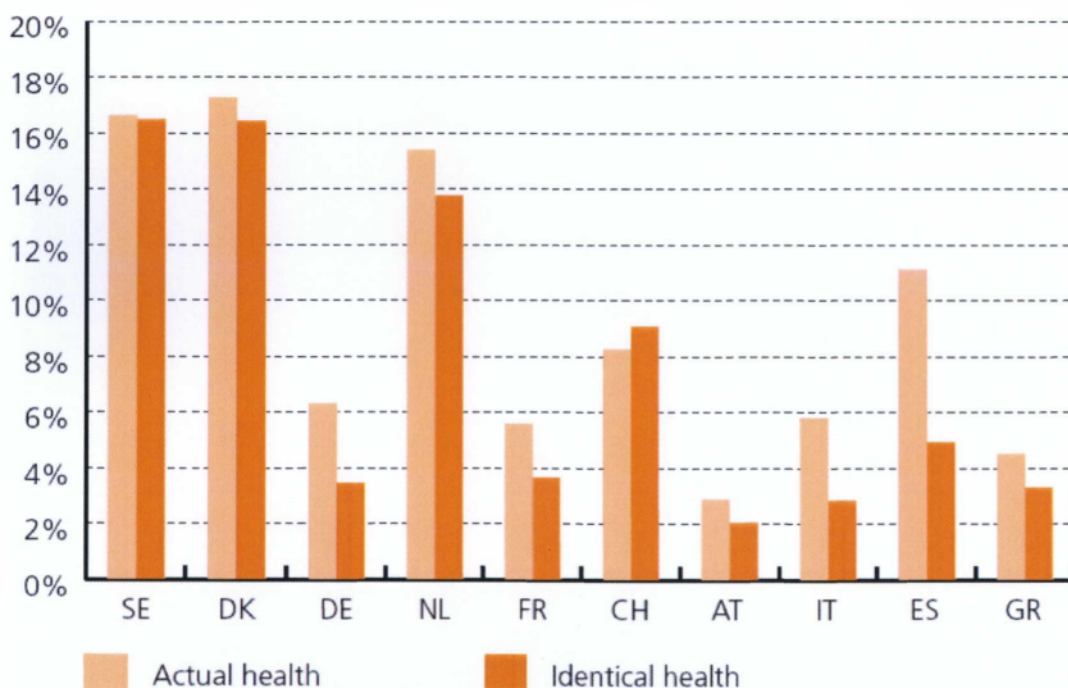
**Πίνακας 7: Αποτελέσματα κινήτρου και συμπεριφορά αποχώρησης**

Πηγή: Gruber and Wise (1999)



Η πρόωρη συνταξιοδότηση, που χρηματοδοτείται από τις συντάξεις γήρατος, είναι μόνο μέρος των κινήτρων στην Ευρώπη. Οι συντάξεις αναπηρίας είναι συχνά υποκατάστατο για αυστηρότερες συντάξεις γήρατος, οι οποίες πληρώνονται συχνά χωρίς καμιά ιατρική εξέταση. Το γράφημα 25 παρουσιάζει τη μεγάλη διεθνή διακύμανση στην ασφαλιστική επικράτηση της αναπηρίας, με ή χωρίς μια διόρθωση για την υγεία

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα του πίνακα 7 και του γραφήματος 25, εξηγούνται οι μεγάλες κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους στη Σουηδία, τη Δανία και την Ολλανδία: ενώ ο δημόσιος συνταξιοδοτικός τομέας είναι σχετικά μικρός στην Ολλανδία, η πρόωρη συνταξιοδότηση είναι πολύ συχνή, όπως και η ανικανότητα. Η Σουηδία έχει πολύ γενναιοδωρες συντάξεις (αυτό είναι για τους τρέχοντες ηλικιωμένους με το παλαιό σύστημα pay as you go) και μια γενναιοδωρη ασφάλεια ανικανότητας. Η Δανία ξοδεύει πολλά στη βασική σύνταξη, που είναι γενναιοδωρη στους φτωχούς και τη μεσαία τάξη.



**Γράφημα 25: Ασφαλιστική επικράτηση ανικανότητας, από τη διόρθωση για την κατάσταση της υγείας**

Πηγή: Borsch-Supan (2005), based on SHARE 2004.

### 3.5 Κοινωνική πολιτική σε συνθήκες οικονομικής κρίσης

#### 3.5.1 Αναμόρφωση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας των χωρών της ΕΕ

Σύμφωνα με νέα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι κοινωνικές δαπάνες (συντάξεις, δαπάνες υγείας και προνοιακές μεταβιβάσεις) αυξήθηκαν από την αρχή της κρίσης στα περισσότερα κράτη-μέλη του, στην προσπάθεια των κυβερνήσεων να προστατεύσουν τους πιο αδύναμους από τις επιπτώσεις της κρίσης. Όπως παραδέχεται ο ίδιος ο ΟΟΣΑ, η Ελλάδα αποτέλεσε εξαίρεση, αφού οι κοινωνικές δαπάνες από 23,9% του ΑΕΠ το 2009 μειώθηκαν σε 22% του ΑΕΠ το 2013. Η στατιστική, όμως, δεν αποκαλύπτει το πραγματικό μέγεθος της μείωσης. Τουλάχιστον όχι με την πρώτη ματιά.

Από την αρχή της κρίσης το 2007-2008, οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, παρά το γεγονός ότι το ΑΕΠ των χωρών μειωνόταν, καθώς έμπαιναν σε περίοδο ύφεσης. Το αποτέλεσμα ήταν ν' αυξηθεί η αναλογία των κοινωνικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ στο σύνολο του ΟΟΣΑ, από 19% το 2007, στο 22,1% το 2009 και στο 21,9% το 2013. Ωστόσο, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη μείωση των κοινωνικών δαπανών, ως ποσοστό του ΑΕΠ, από το 23,9% το 2009 στο 22% του ΑΕΠ το 2013. Θα μπορούσε κανείς να παρατηρήσει ότι το ποσοστό του ΑΕΠ της που δαπανά η Ελλάδα είναι σχεδόν το ίδιο με το μέσο όρο των κοινωνικών δαπανών στον ΟΟΣΑ. Αν όμως εξετάσει κανείς τις κοινωνικές δαπάνες σε απόλυτους αριθμούς, η εικόνα γίνεται πολύ πιο σκοτεινή. Το 2009 η ελληνική κυβέρνηση διέθεσε 55,2 δισ. ευρώ για κοινωνικές δαπάνες. Το 2013 το ποσό προβλέπεται ότι θα μειωθεί στα 40,3 δισ. ευρώ. Δηλαδή, σε πραγματικούς αριθμούς, οι κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 26,99%. Για την ακρίβεια, οι κοινωνικές δαπάνες μειώθηκαν ακριβώς ανάλογα με τη μείωση του πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας στα χρόνια της κρίσης, όπως φαίνεται από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ. Γενικότερα, η Γαλλία εξακολουθεί να δαπανά το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ της για κοινωνικές δαπάνες, δηλαδή το 33% του ΑΕΠ της. Ακολουθούν Βέλγιο, Δανία και Φινλανδία, χώρες οι οποίες δαπανούν το 30% του ΑΕΠ τους για κοινωνικές δαπάνες. Ακόμη και στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου η ύφεση ήταν μικρότερη και βραχύτερη, οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα από το ΑΕΠ της χώρας, συγκεκριμένα ήταν στο 17% το 2008 και αυξήθηκαν στο 20% το 2013. Αντιθέτως, υπάρχουν ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν πολύ περισσότερο από την κρίση και οι οποίες δεν κατάφεραν να αυξήσουν τις κοινωνικές δαπάνες, για να μετριάσουν τις συνέπειες της κρίσης. Πρόκειται για την Ουγγαρία, την Ισλανδία, την

Ιταλία και την Πορτογαλία. Καμία όμως δεν έφτασε το ποσοστό της μείωσης της Ελλάδας. Μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι στις χώρες όπου υπήρξε μεγάλη μείωση των κοινωνικών δαπανών εφαρμόστηκαν σε μεγαλύτερη ένταση οι πολιτικές λιτότητας που επέβαλαν από κοινού η Ευρωζώνη και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Από τις παραπάνω χώρες μόνο η Ιταλία δεν εφάρμοσε οικονομική προσαρμογή υπό την τρόικα, αλλά ένα πρόγραμμα πιο χαλαρό, στην προσπάθεια να ικανοποιήσει τις Βρυξέλλες και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Είναι επίσης φανερό, ότι οι χώρες με τις μεγαλύτερες κοινωνικές δαπάνες έχουν την υψηλότερη φορολογία παγκοσμίως (Εφημερίδα Καθημερινή).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

---

Το πρώτο συμπέρασμα που εξάγουμε από την παραπάνω ανάλυση, είναι ότι το μέγεθος του κράτους κοινωνικής πρόνοιας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό στην Ευρώπη, όπως επίσης και η σχετική γενναιοδωρία του προς τους ηλικιωμένους και τη νεολαία. Δεν υπάρχει "Ευρωπαϊκό Πρότυπο Κράτους Κοινωνικής Πρόνοιας".

Δεύτερον, ενώ το μέγεθος των κρατών κοινωνικής πρόνοιας έχει αλλάξει με τον καιρό, τα έξοδα και η σχετική γενναιοδωρία μεταξύ ηλικιωμένων και νέων παρέμειναν εντυπωσιακά σταθερά, μεταξύ 1990 και 2003. Υπάρχει πολύ μικρή ένδειξη μιας σύγκλισης, παρά την επιταχυνόμενη Ευρωπαϊκή ένταξη, μέσω της διαδικασίας του Μάαστριχτ και την εισαγωγή ενός ενιαίου νομίσματος.

Μια αιτία που εξηγεί το μέγεθος της διαφορετικότητας των ευρωπαϊκών κρατών κοινωνικής πρόνοιας είναι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, που διαφέρει στις ευρωπαϊκές χώρες, όπως και οι πολιτικές προτιμήσεις, οι οποίες ωθούν τους πολίτες σε διαφορετικές κατευθύνσεις σε ολόκληρη την Ευρώπη. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να δημιουργούν κίνητρα και απαιτήσεις για τις κοινωνικές δαπάνες προς τους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα όσον αφορά την πρόωρη συνταξιοδότηση, που είναι διαφορετικά σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες από ό,τι σε άλλες.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Boersch-Supan, A. (2006). *European welfare state regimes and their generosity towards the elderly*. Mannheim, Germany: University of Mannheim.

Espring-Andersen, G. (2006). *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ενημερίας* (4η εκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

EUROPA, Σύνοψη της νομοθεσίας της ΕΕ. (n.d.). *Το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης: μετατροπή μιας πρόκλησης σε ευκαιρία*. Ανάκτηση 18 Ιουνίου, 2013, από [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/situation\\_in\\_europe/c10160\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_el.htm)

SHARE. (2006-2007). *Αποτελέσματα από την έρευνα 50+ στην Ευρώπη*. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

SHARE. (2004-2005). *Η έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη*. Ανάκτηση 02 Ιουνίου, 2013, από <http://www.share-project.gr/>

Spicker, P. (2004). *Το κράτος πρόνοιας, μια γενική θεωρία*. Αθήνα: Διόνικος.

Yfantopoulos, J. (1999). «The welfare state in Greece», in *About Greece* (p.p.232-252). Metaxas A.J. Ministry of Press and mass media.

Βενιέρης, Δ., & Παπαθεοδώρου, Χ. (2003). *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βερναρδάκης, Χ. (2009). *Το κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Σημειώσεις Ακαδημαϊκού έτους 2009-2010

Γιαννακόπουλος, Δ. (2005). *Η γένεση του ευρωπαϊκού κράτους Πρόνοιας(welfare state) και η ανάδειξη της παιδείας ως δημόσιου αγαθού*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Γράβαλου, Α. (2003). *Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. (n.d.). *Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης*. Ανάκτηση 25 Μαΐου, 2013, από [www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/12/4/299.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/12/4/299.pdf)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. (2003). *Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνική Πολιτική*. Ανάκτηση 20 Ιουνίου, 2013, από [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/15/3/712.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/3/712.pdf)

Ελληνική Ερευνητική Ομάδα SHARE. (2004-2005). *Αντιμετωπίζοντας τη δημογραφική Πρόκληση*. SHARE.

Κοντιάδης, Ξ. (1997). *Όψεις αναδιάρθρωσης του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη. Σύγχρονες τάσεις και προσαρμογή της ελληνικής διοίκησης*. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

Κοντιάδης, Ξ., Μίχος, Λ., Μπιτσάνη, Ε., & Τσέκος, Θ. (2006). *Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση, Τελική Έκθεση*. Αθήνα: Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Νίκου, Δ. (2000). *Μια πρώτη προσέγγιση της κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Χλέτσος, Μ. (2012). *Οικονομία και Κοινωνία: Το κράτος ως νέος τρόπος οργάνωσης του κοινωνικού*. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής & Κοινωνικής Πολιτικής. Ιωάννινα: Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.