



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Η σχέση ανάμεσα στην
κοινωνική προστασία και στην ποιότητα
ζωής»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΦΙΝΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 282

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΛΕΤΣΟΣ
ΜΙΧΑΗΛ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017-2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτή τη μελέτη διερευνούμε τη σχέση μεταξύ κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής και ειδικότερα πως η κοινωνική προστασία επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Έτσι, το ερώτημα που τίθεται είναι αν η κοινωνική προστασία βελτιώνει ή δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση ώστε να υπάρξει το θεωρητικό και εμπειρικό υπόβαθρο για τους δυο εξεταζόμενους όρους ως προς την οριοθέτηση, το εύρος και τη μέθοδο μέτρησης τους. Παράλληλα, αναλύθηκε η μεταξύ τους σχέση και η σχέση της ποιότητας ζωής με τους λοιπούς προσδιοριστικούς παράγοντες. Έχοντας ποικίλα ευρήματα από τις εξεταζόμενες εμπειρικές μελέτες, πραγματοποιήθηκε παλινδρόμηση για να εξεταστεί η σχέση. Έτσι, σε αυτή τη μελέτη διεξήχθη παλινδρόμηση σε panel δεδομένα 22 χωρών για τη χρονική περίοδο 1980-2016. Για να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες επιπέδου υγείας ως οι μεταβλητές εκείνες που μπορούν κατά κάποιο τρόπο να περιγράψουν μία πτυχή της ποιότητας ζωής και οι κοινωνικές δαπάνες για την κοινωνική προστασία, ενώ, εξετάστηκαν και λοιποί προσδιοριστικοί παράγοντες. Αυτό που προέκυψε για την εξέταση αυτής της σχέσης που ήταν και ο σκοπός της εργασίας, είναι ότι η κοινωνική προστασία επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής. Ανάλογα, σημαντική είναι η επίδραση του ΑΕΠ, του ποσοστού ανεργίας και της προσωρινής εργασίας. Αντίθετα, δε φάνηκε κάποιο ξεκάθαρο αποτέλεσμα για τον ηλικιωμένο πληθυσμό, το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το βαθμό ανοίγματος, ενώ η επίδραση του πληθωρισμού ήταν μη στατιστικά σημαντική.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνική προστασία, ποιότητα ζωής, αντικειμενικοί δείκτες, κοινωνικές δαπάνες, προσωρινή απασχόληση

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1.Μοντέλα κοινωνικής προστασίας και εύρος κοινωνικής προστασίας..	6
1.1 Οριοθέτηση της κοινωνικής προστασίας.....	6
1.2 Τρόποι μέτρησης κοινωνικής προστασίας και δείκτες.....	11
1.3 Μοντέλα κοινωνικής προστασίας.....	14
1.4 Γενναιοδωρία της κοινωνικής προστασίας.....	22
1.5 Επίλογος.....	28
2. Προσδιορισμός της έννοιας ποιότητας ζωής.....	29
2.1 Οριοθέτηση της έννοιας ποιότητας ζωής.....	29
2.2 Τρόποι μέτρησης και δείκτες της ποιότητας ζωής.....	32
2.3 Επίλογος.....	41
3. Βιβλιογραφική επισκόπηση της σχέσης κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής.....	42
3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής.....	42
3.2 Ο ρόλος της κοινωνικής προστασίας στην ποιότητα ζωής.....	45
3.3 Αποτελέσματα εμπειρικών μελετών αναφορικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής.....	50
4. Εμπειρική διερεύνηση της σχέσης κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής.....	51
4.1 Μεθοδολογία της Έρευνας.....	51
4.2 Οικονομετρικό μοντέλο.....	53
4.3 Αποτελέσματα και Ερμηνεία.....	55

4.4 Συμπεράσματα.....	62
5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	65
ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν κεντρικό στόχο για την εθνική πολιτική πολλών χωρών. Η έννοια της ποιότητας ζωής αντικατέστησε την ιδέα του πλούτου που υπήρξε ο κυρίαρχος στόχος κοινωνικής ανάπτυξης. Καθώς η οικονομική κρίση βαθαίνει γίνεται ολοένα και πιο αναγκαίο η προστασία του κοινωνικού συνόλου από πιθανούς κινδύνους (φτώχεια, ανεργία, κοινωνικός αποκλεισμός κ.α.) Η ποικιλία και η πολυπλοκότητα των όρων της ποιότητας ζωής δημιουργούν αρκετά προβλήματα στην εύστοχη αντιμετώπιση των κινδύνων.

Κάθε κυβέρνηση μέσω των διαφόρων κοινωνικών πολιτικών στοχεύει στην έγκαιρη και βιώσιμη παρέμβαση. Έτσι, με τις κοινωνικές δαπάνες στοχεύουν στην παροχή κοινωνικής προστασίας μέσω δημόσιων παρεμβάσεων για να βοηθήσουν τα άτομα, τα νοικοκυριά και τις κοινωνίες στην καλύτερη οργάνωση του εισοδήματος, της κατανάλωσης και της πρόσβασης στις βασικές υπηρεσίες και γενικά στην πιο ίση κατανομή της ευημερίας.

Γενικά, οι απόψεις που αφορούν την κάλυψη και το εύρος της κοινωνικής προστασίας σε σχέση με την ποιότητα ζωής και εν τέλει της ευημερίας, ποικίλουν. Έτσι, είναι σημαντικό να προσδιοριστεί η σχέση κοινωνικής προστασίας με την ποιότητα ζωής. Με άλλα λόγια, η κοινωνική προστασία επιδρά θετικά ή αρνητικά στην ποιότητα ζωής;

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εμπειρική διερεύνηση της σχέσης κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής. Αρχικά, γίνεται μια βιβλιογραφική επισκόπηση της μέχρι τώρα θεωρίας, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζεται η οικονομετρική μέθοδος και τα αποτελέσματά της.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται και προσδιορίζονται τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας βάσει διαφόρων αρθρογράφων. Στο κεφάλαιο 2, οριοθετείται η ποιότητα ζωής, ενώ, προσδιορίζεται και η μέτρηση της. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται διάφορες εμπειρικές μελέτες που αφορούν την εξεταζόμενη σχέση καθώς και τη σχέση με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η οικονομετρική ανάλυση και ερμηνεύονται τα αποτελέσματά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Μοντέλα κοινωνικής προστασίας και εύρος κοινωνικής προστασίας

1.1 Οριοθέτηση της κοινωνικής προστασίας

«Η κοινωνική προστασία περιβάλλει όλες τις παρεμβάσεις από τα δημόσια ή ιδιωτικά σώματα που αποσκοπούν στη ελάφρυνση του βάρους των νοικοκυριών και των ατόμων από ένα προσδιορισμένο σύνολο κινδύνων ή αναγκών, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει μια ταυτόχρονη και αμοιβαία, ούτε ατομική ρύθμιση.»

Eurostat¹

Οι κίνδυνοι ή οι ανάγκες προσδιορίζονται ως εξής:

- ❖ Ασθένειας/Ιατρικής Φροντίδας
- ❖ Αναπηρίας
- ❖ Ηλικιωμένων
- ❖ Survivors
- ❖ Οικογένειας/Παιδιών
- ❖ Ανεργίας
- ❖ Στέγασης
- ❖ Κοινωνικού αποκλεισμού

Eurostat²

Στη μελέτη της η *Dobre-Baron (2012)* για το σύστημα κοινωνικής προστασίας της Ρουμανίας αναφέρει τον ορισμό της κοινωνικής πολιτικής:

«Είναι ένα σύνολο στοχευόμενων προγραμμάτων, δραστηριοτήτων και μέτρων για την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών -κυρίως των στοιχειωδών αναγκών- της κοινωνικής προστασίας, της εκπαίδευσης, της υγείας, της στέγασης και γενικά της μεγέθυνσης της κοινωνικής

¹ Δίνεται ο ορισμός της κοινωνικής προστασίας στη σελίδα 8:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7766647/KS-GQ-16-010-EN-N.pdf/3fe2216e-13b0-4ba1-b84f-a7d5b091235f>

² Δίνεται το σύνολο των κινδύνων και αναγκών στη σελίδα 8:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7766647/KS-GQ-16-010-EN-N.pdf/3fe2216e-13b0-4ba1-b84f-a7d5b091235f>

ευημερίας μέσω της αναδιανομής κάποιων πόρων που θεωρούνται σχετικοί (δηλαδή χρήμα, υπηρεσίες, χρόνος κ.ά.)»

Ωστόσο, για τα άτομα ή τις ομάδες που κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε κάποιο βαθμό αντιμετωπίζουν κινδύνους ή έχουν ανάγκη, η πολιτεία παρεμβαίνει μέσω της κοινωνικής προστασίας. Διακρίνονται δυο συστήματα κοινωνικής προστασίας, η κοινωνική ασφάλιση και το σύστημα κρατικής πρόνοιας ή αλλιώς η οικονομική και κοινωνική βοήθεια. Η λειτουργία τους αφορά την παροχή των επιδομάτων και κοινωνικών μεταβιβάσεων, ενώ παρέχονται από τα σχέδια κοινωνικής προστασίας έχοντας ρυθμίσεις για τη χορήγηση των επιδομάτων όσον αφορά το επίπεδο, τους δικαιούχους και τους πόρους κάλυψης (*Dobre-Baron (2012)*). Πιο συγκεκριμένα, για τους *Peto & Katro (2010)* τα σχέδια κοινωνικής βοήθειας θεωρούνται ως ένα στοιχείο υποστήριξης της ζωής των ατόμων καθώς την ενισχύουν με σχέδια σε ενδεχόμενα απώλειες (λόγω διακοπής ή ελαχιστοποίησης) εισοδήματος λόγω εργατικού ατυχήματος, αναπηρίας, ανεργίας, συνταξιοδότησης ή θανάτου και έτσι συνεισφέρουν στην προστασία των ατόμων από την κατάσταση πλήρους φτώχειας. Ανάλογη προστασία αναφέρουν ότι δίνει και η ασφάλιση της υγείας. Η χρηματοδότηση των σχεδίων κοινωνικής προστασίας πραγματοποιείται από τον κρατικό και τους τοπικούς προϋπολογισμούς στους οποίους προστίθενται διάφορες κοινωνικές χρηματοδοτήσεις μέσω συγκεκριμένων εισφορών. Η δομή των κοινωνικών υπηρεσιών δεν είναι ενιαία, ποικίλει σε διαφορετικές χώρες και συστήματα καθώς και σε διάφορους τομείς υπηρεσιών (*Peto & Katro (2010)*). Όπως αναφέρει η *Dobre-Baron (2012)*:

«Στο σύστημα κοινωνικής προστασίας περιλαμβάνεται η αναδιανομή του εθνικού πλούτου από ενεργούς πολίτες σε αυτούς που δε δουλεύουν, από υγιείς σε αρρώστους, από νέους σε ηλικιωμένους και από πλούσιους σε φτωχούς.»

Άρα, τα επιδόματα και οι υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας ομαδοποιούνται ως εξής από την *Dobre-Baron*:

- Μεταβιβάσεις/υπηρεσίες συνεισφοράς ή είδος ασφάλισης: χορηγούνται ως μια πρώτη εισφορά γενικά σε μια ειδική κοινωνική χρηματοδότηση

- Μεταβιβάσεις/υπηρεσίες ανάλογα την κατηγορία: χορηγούνται βάσει κοινωνικού κριτηρίου
- Μεταβιβάσεις/υπηρεσίες κοινωνικής βοήθειας: χορηγούνται βάσει ανάγκης

Η χορήγηση τους εξαρτάται από τις διαθέσιμες πηγές, τις κοινωνικό-οικονομικό-πολιτικές επιλογές, το βαθμό ανάπτυξης, τα ιστορικά στοιχεία κοινωνικών συστημάτων και από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. η κρίση του 2008) (*Peto & Katro (2010)*).

Υπάρχουν ποικίλοι **ορισμοί** για την κοινωνική προστασία, παράλληλα, δίνονται και διαφορετικές ερμηνείες. Οι κύριοι και οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι ορισμοί έχουν εξελιχθεί στο πλαίσιο της προσαρμογής των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στην παγκοσμιοποίηση και στη διαδικασία της εμπορευματοποίησης της εργασίας. Για τον *Standing (2007)*, υπάρχουν τρεις διαφορετικοί όροι που χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι:

- Η **κοινωνική προστασία** είναι η ευρύτερη και πλήρης ποικιλία των προστατευτικών μεταβιβαστικών πληρωμών, υπηρεσιών και θεσμικών εγγυήσεων ώστε να προστατευτούν τα άτομα που είναι σε κίνδυνο ή σε ανάγκη.
- Η **κοινωνική ασφάλεια** καλύπτει το σύστημα των δικαιωμάτων από την πολιτεία για κινδύνους έκτακτης ανάγκης.
- Η ευημερία στις χώρες παρέχεται με την **κρατική πρόνοια**, η οποία για κάποιους μελετητές έχει ως σκοπό να προωθεί την ευτυχία, αλλά για κάποιους άλλους να προωθεί την κοινωνική δικαιοσύνη ή την ισότητα εισοδήματος ή τις ίσες ευκαιρίες ζωής.

Πέρα από αυτούς τους τρεις συνυφασμένους όρους ο *Standing (2007)*, διακρίνει και την **κοινωνική ασφάλιση** η οποία πολλές φορές εξηγεί την κοινωνική προστασία. Είναι ένα μοντέλο του οποίου οι εισφορές αντιστοιχίζονται από δικαιώματα, που έχουν όχι μόνο αυτοί που βρίσκονται σε κίνδυνο ή ανάγκη αλλά προσφέρει κοινωνική αλληλεγγύη και στους υπόλοιπους που έχουν συνεισφέρει. Ουσιαστικά, αφορά άτομα που έχουν το δικαίωμα κατοχής των προνομίων, αφού κυρίως εργάζονται σε θέσεις εργασίας που επιτυγχάνουν είσπραξη εισφορών ισότιμα και αποτελεσματικά.

Σήμερα, ολοένα και περισσότερες κατηγορίες ατόμων δε δικαιούνται τα προνόμια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό έχει ως συνέπεια για τους τεχνοκράτες να προσπαθούν να αυξήσουν την κάλυψη της κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο, δημιουργείται μια πλασματική πραγματικότητα με πλασματικές εισφορές και εργασία. Από την άλλη, για διάφορες μορφές του συστήματος κοινωνικής προστασίας προτείνεται η μείωση της κάλυψης για αποτελεσματικότητα. Παρόμοια αποτυχία με την αύξηση της κάλυψης έχει και το δίκτυο κοινωνικής ασφαλείας που φτιάχτηκε για να προστατεύει τους πραγματικά φτωχούς.

Στις μέρες μας ολοένα και συχνότερα γίνεται λόγος για την **κοινωνική συμπερίληψη** που αφορά την αλλαγή της συμπεριφοράς και στάση ζωής και ικανοτήτων, δηλαδή των ατόμων που θεωρούνται περιθωριοποιημένοι και κοινωνικά αποκλεισμένοι. Αυτοί που είναι σε ανάγκη χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά και συναισθηματικά «ελαττωματικοί», δεν έχουν ανάγκη από οικονομικούς πόρους αλλά ηθική υποστήριξη, εμπιστοσύνη και συναισθηματική νοημοσύνη (*Standing (2007)*).

Παρόμοια, οι *Brunori & O'Riley (2011)* δίνουν μια συγκεντρωτική ποικιλία ορισμών για την κοινωνική προστασία. Όπως αναφέρουν υπάρχουν τρεις εννοιολογικές βάσεις για τον ορισμό της στο πλαίσιο ανάπτυξης. Κάποιοι ερευνητές την αναφέρουν ως ανθρώπινο δικαίωμα, άλλοι ως το μέσο για να διαφύγουν από την φτώχεια και τέλος κάποιοι ως το στοιχείο οικονομικής μεγέθυνσης. Έτσι, υπάρχουν διαφορετικοί ετερογενείς ορισμοί της κοινωνικής προστασίας με αρκετές ομοιότητες. Σε μια προσπάθεια ορισμού της κοινωνικής προστασίας για τις Ευρωπαϊκές κοινωνικές πολιτικές ανάπτυξης, διάφοροι αρθρογράφοι κατάφεραν να συγκλίνουν τις απόψεις τους στον παρακάτω ορισμό:

«Η κοινωνική προστασία είναι ένα συγκεκριμένο σύνολο δημόσιων δράσεων για να απευθύνει την ευαισθησία της ζωής των ανθρώπων μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, προσφέροντας προστασία απέναντι στον κίνδυνο και στην αντιξοότητα της ζωής μέσω της κοινωνικής βοήθειας, προσφέροντας πληρωμές για να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν τους φτωχούς και μέσω προσπαθειών κοινωνικής συμπερίληψης που βελτιώνουν την ικανότητα των περιθωριοποιημένων

ώστε να έχουν πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική βοήθεια.»

Brunori & O'Riley (2011)

Το καθήκον της πολιτείας είναι να παρέχει σύνολα κοινωνικής πολιτικής σε όλους με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο εισάγοντας κάποιες προϋποθέσεις ώστε τα άτομα να δικαιούνται την υποστήριξη από εκείνο, όπως το κριτήριο του εισοδήματος. Από την άλλη υπάρχουν πολιτικές που προορίζονται για ομάδες με την περισσότερη ανάγκη και ονομάζονται στοχευόμενες πολιτικές, για αυτούς που αναζητούν εργασία και τους βοηθά να διατηρήσουν τη θέση τους και ονομάζονται ενεργητικές και, τέλος δίνονται χρήματα ή υπηρεσίες με μερικές ή καμιά προϋπόθεση από παθητικές πολιτικές.

Ωστόσο, όταν η κοινωνική βοήθεια και τα μέσα που χρειάζονται αποτυγχάνουν δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ευημερία της εργασίας. Δηλαδή, διευκολύνουν τους ανέργους να βρουν θέσεις εργασίας αντί παθητικών επιδομάτων ανεργίας. Για όλες αυτές τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας κάθε άτομο ίσως να υπόκεινται σε *περιπτώσεις ηθικού κινδύνου ή μη ηθικού κινδύνου* (μη δήλωση της εργασίας) (*Brunori & O'Riley (2011)*).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι υπάρχουν διαφορετικά συστήματα κοινωνικής προστασίας και καθένα από αυτά θα μελετηθεί στις επόμενες ενότητες ως διαφορετικά μοντέλα κοινωνικής προστασίας. Ενδεικτικά, στην πρόσφατη μελέτη της *Nastasi (2015)* αναφέρεται ότι το σύστημα κοινωνικής προστασίας της Γερμανίας θεωρείται από τα πιο σταθερά και γενναιόδωρα στον κόσμο. Υπάρχει ισότητα μεταξύ των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών ενώ παρέχεται πλήρης ασφαλιστική κάλυψη λόγω ατυχήματος. Τέλος, υπάρχει περιορισμός και αποκλεισμός όσων δε δικαιούνται επιδόματα. Ωστόσο, αυτό που προκύπτει για αυτό το γενναιόδωρο σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι ότι υπάρχει αυξανόμενη τάση για αύξηση της φορολογίας του εισοδήματος. Έτσι, παρακάτω θα δούμε σε τι πλεονεκτεί και σε τι μειονεκτεί κάθε μοντέλο κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο, στην επόμενη υπό-ενότητα δίνεται έμφαση στον τρόπο μέτρησης και στους δείκτες κοινωνικής προστασίας όπως αποτυπώνεται στην εξεταζόμενη αρθρογραφία.

1.2 Τρόποι μέτρησης κοινωνικής προστασίας και δείκτες

Οι Di Gioacchino, Sabani & Tedeschi (2014) στο άρθρο τους, πραγματοποίησαν έρευνα για τις προτιμήσεις των ατόμων για τα εναλλακτικά μέσα κοινωνικής προστασίας, τις κοινωνικές δαπάνες (κυρίως τα επιδόματα ανεργίας) και τους κανόνες αγοράς. Γενικά οι κοινωνικές δαπάνες χρηματοδοτούνται από άμεσους ή έμμεσους φόρους και κοινωνικές εισφορές. Πιο συγκεκριμένα, έχουν ως στόχο την παροχή κοινωνικής προστασίας για να ενισχύσουν τα άτομα για την καλύτερη αντιμετώπιση των διαφόρων κινδύνων, απώλειας εισοδήματος ή κατανάλωσης και τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις βασικές υπηρεσίες για την πιο ίση κατανομή της ευημερίας. Ενώ οι κανόνες αφορούν όσους ήδη εργάζονται και προστατεύουν εταιρείες από άδικες πολιτικές ανάπτυξης της αγοράς χωρίς να υπάρχει κάποιο φορολογικό βάρος. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις κοινωνικές δαπάνες αφού όπως φαίνεται και παρακάτω είναι ο πλέον χρησιμοποιούμενος δείκτης γενναιοδωρίας παρά τους περιορισμούς που περιλαμβάνει. Σύμφωνα με την Eurostat³:

«Οι δαπάνες των συστημάτων κοινωνικής προστασίας ταξινομούνται βάσει του είδους, που δείχνει τη φύση ή της αιτίας των δαπανών. Διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες δαπανών. Αρχικά, οι δαπάνες κοινωνικών επιδομάτων που ορίζονται ως οι πόροι που μεταφέρονται στους δικαιούχους με τη μορφή μετρητών ή αγαθών και υπηρεσιών. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις δαπάνες που σχετίζονται με τα διοικητικά κόστη και κόστη διαχείρισης. Η τρίτη και η τέταρτη κατηγορία αφορούν άλλα συστήματα και διάφορες δαπάνες.»

Από την άλλη ο ΟΟΣΑ⁴, δίνει έναν πιο λεπτομερή ορισμό για τις κοινωνικές δαπάνες:

«Οι κοινωνικές δαπάνες περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα, άμεση παροχή αγαθών και υπηρεσιών σε είδος και φορολογικές ελαφρύνσεις

³ Η περιγραφή των κοινωνικών δαπανών δίνεται στη σελίδα 33:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7766647/KS-GQ-16-010-EN-N.pdf/3fe2216e-13b0-4ba1-b84f-a7d5b091235f>

⁴ Δίνεται ο ορισμός των κοινωνικών δαπανών: <https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>

με κοινωνικούς σκοπούς. Τα επιδόματα ίσως στοχεύουν σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τους ηλικιωμένους, τους ανάπηρους, τους αρρώστους, τους ανέργους ή τους νέους. Για να θεωρηθούν ως κοινωνικά, τα προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν είτε την ανακατανομή των πόρων μεταξύ των νοικοκυριών είτε την υποχρεωτική συμμετοχή. Οι κοινωνικές παροχές ταξινομούνται ως δημόσιες όταν η κυβέρνηση (οι κεντρικές, κρατικές και τοπικές κυβερνήσεις και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης) ελέγχει τις σχετικές οικονομικές ροές. Όλες οι κοινωνικές παροχές που δεν παρέχονται από την κυβέρνηση θεωρούνται ιδιωτικές. Οι ιδιωτικές μεταφορές μεταξύ των νοικοκυριών δε θεωρούνται «κοινωνικές» και δεν περιλαμβάνονται στις δαπάνες. Οι καθαρές συνολικές κοινωνικές δαπάνες περιλαμβάνουν τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες. Επίσης αφορά, τις επιπτώσεις του φορολογικού συστήματος μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και των φορολογικών ελαφρύνσεων για κοινωνικούς σκοπούς. Ο δείκτης αυτός μετράται ως ποσοστό του ΑΕΠ ή του δολαρίου ανά κάτοικο.»

Όπως αναφέρουν οι Caminada, Goudswaard & Van Vliet (2010) οι πιο συνηθισμένοι δείκτες για τη μέτρηση του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας είναι οι παρακάτω:

- **Οι δείκτες δαπανών**

Για πολλούς μελετητές συγκριτικών ερευνών και ερευνών σύγκλισης οι κοινωνικές δαπάνες θεωρούνται ένας δείκτης του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας για διαφορετικές χώρες. Παρ' όλα αυτά, για τη σύγκριση αυτών των δεικτών μεταξύ διαφορετικών χωρών υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί όπως το μίγμα δημόσιας και ιδιωτικής κοινωνικής προστασίας και διαφορετικά χαρακτηριστικά φορολογικού συστήματος. Οι αρθρογράφοι χρησιμοποιούν συνολικά και αναλυτικά δεδομένα από την πιο πρόσφατη βάση δεδομένων για τις κοινωνικές δαπάνες του ΟΟΣΑ (2007). Οι κύριες περιοχές κοινωνικής πολιτικής είναι οι ηλικιωμένοι, οι *survivors*, τα επιδόματα αναπηρίας, η υγεία, η οικογένεια, τα ενεργητικά προγράμματα αγοράς εργασίας, η ανεργία, η στέγαση κ.ά.

▪ Δείκτες γενναιοδωρίας και φτώχειας

Άλλες μελέτες στράφηκαν στα ποσοστά αναπλήρωσης ως έναν αντιπροσωπευτικό δείκτη για το επίπεδο των επιδομάτων. Πρόκειται για απλούς δείκτες που έχουν τη μορφή των επιδομάτων που αντικαθιστούν τα εισοδήματα. Όπως διαπιστώνεται αυτοί οι δείκτες μπορούν να θεωρηθούν ως περιορισμένοι δείκτες της γενναιοδωρίας των επιδομάτων και συστημάτων. Τα ποσοστά αναπλήρωσης που βασίζονται σε κανόνες δικαιωμάτων, συχνά αντιπροσωπεύουν μόνο τη μέγιστη διαθέσιμη πληρωμή σε ορισμένες περιπτώσεις. Άλλοι δείκτες σε αυτή την κατηγορία είναι τα επιδόματα που αντιπροσωπεύουν ένα μειούμενο ποσοστό των μισθών, τα μη σχετικά επιδόματα (στέγασης ή ιατρικής φροντίδας) και η φορολογία. Τέλος, οι αρθρογράφοι αναφέρουν το ποσοστό του ορίου φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, ως το δείκτη που μπορεί να δείξει το βαθμό στον οποίο προσφέρεται προστασία απέναντι στη φτώχεια. Παράλληλα, χρησιμοποιούν στη μελέτη τους και άλλους δείκτες φτώχειας όπως το ποσοστό φτώχειας. Όπως προτείνεται από τους αρθρογράφους για την καλύτερη παρακολούθηση της ανάπτυξης των κοινωνικών πολιτικών πρέπει ιδανικά να υπολογιστεί μια ποικιλία δεικτών.

Παρόμοια, οι *Olaskoaga-Larrauri, Aláez-Aller & Díaz-de-Basurto (2010)* αναφέρουν ότι η χρήση των κοινωνικών δαπανών είναι ο δείκτης που μετρά την προσπάθεια των κρατών για δημιουργία ευημερίας στους πολίτες. Με αυτό το δείκτη όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι εύκολες οι συγκρίσεις για διαφορετικές χώρες. Από την άλλη, οι αρθρογράφοι αναδεικνύουν την ανάγκη να προταθούν διαφορετικοί δείκτες και τρόποι μέτρησης των κοινωνικών δαπανών που θα αντιπροσωπεύουν μια διαφορετική όψη του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Γι' αυτό προτείνονται διαφορετικοί μέθοδοι μέτρησης των κοινωνικών δαπανών, όπως επίσης και προτείνεται να δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένες ομάδες για την κοινωνική προστασία αυτών των ομάδων (όπως ηλικιωμένοι και άνεργοι). Έτσι, φαίνεται ότι γίνεται μια προσπάθεια για να δοθεί έμφαση σε άλλες επιλογές από αυτές που γενικά χρησιμοποιούνται. Γι' αυτό αναδεικνύουν το σύνθετο και σχετικό δείκτη των προτύπων προστασίας. Πρόκειται για ένα συνολικό μέτρο που αναλογίζεται τις κοινωνικές ανάγκες και τα προβλήματα που εξυπηρετεί η κοινωνική

προστασία. Τέλος, όπως και οι άλλοι δείκτες επιτρέπει να γίνονται διεθνείς συγκρίσεις.

1.3 Μοντέλα κοινωνικής προστασίας

Μεγάλος αριθμός χωρών προχώρησαν σε αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής προστασίας είτε για λόγους βελτίωσης και ανάπτυξης είτε αναπόφευκτα λόγω παγκοσμιοποίησης. Παρά τις διαφορές τους σε ιστορικά πλαίσια, ρυθμίσεις και καταστάσεις όλες οι χώρες έχουν τον ίδιο σκοπό που αφορά την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Γίνονται διάφορες διακρίσεις στα διαφορετικά μοντέλα κοινωνικής προστασίας και των επιμέρους συστατικών στοιχείων της από την επιστημονική κοινότητα, όπως βλέπουμε σε αυτή την ενότητα.

Το 1990 ο Costa Esping-Andersen, (*Ebbinghaus (2012), Aiginger & Leoni (2009) Jorgen Goul Andersen (2012) Fenger (2007)*), με το βιβλίο “Three Worlds of welfare capitalism”, κατάφερε να εξασφαλίσει την πιο δημοφιλή διάκριση των μοντέλων κοινωνικής προστασίας, τη λεγόμενη δυτική τυπολογία. Κατά βάση, η τυπολογία του στηρίχθηκε στη διάκριση του *Titmuss* (1974) για τις τρεις διαφορετικές αρχές κρατικής πρόνοιας, το βασικό ή υπολειμματικό, το θεσμικό και το μοντέλο βιομηχανικής απόδοσης. Ωστόσο, ο *Esping-Andersen* τα ονόμασε βάσει των πολιτικών καθεστώτων και κινήματων καθώς και των πολιτικών ιδεών που υποκρύπτονται στο καθένα. Στη διάκριση του, σημαντικό ρόλο έχουν ο βαθμός **αποεμπορευματοποίησης** και **διαστρωμάτωσης** που παράγονται στην κοινωνία. Ο όρος **αποεμπορευματοποίηση** συμβαίνει όταν μια υπηρεσία καθίσταται ως αντικείμενο δικαιώματος και όταν ένα άτομο μπορεί να διατηρήσει ένα βιοτικό επίπεδο χωρίς να εξαρτάται από την αγορά. Ο όρος **διαστρωμάτωση** αναφέρεται στην ένταση της αναδιανομής και του βαθμού καθολικότητας της αλληλεγγύης που εφαρμόζονται από την κρατική πρόνοια. Η τυπολογία του *Esping-Andersen* βασίστηκε στην συγκριτική ιστορική ανάλυση της ανάπτυξης κοινωνικής πολιτικής 18 χωρών του ΟΟΣΑ της δεκαετίας του 80 βάσει γραμμικών μοντέλων κοινωνικών δαπανών. (*Ebbinghaus (2012), Aiginger & Leoni (2009), Jorgen Goul Andersen (2012) Fenger (2007)*).

Έτσι, διέκρινε:

Το **Φιλελεύθερο** που αφορά τις Αγγλόφωνες χώρες και χαρακτηρίζεται από:

- Βοήθεια βάσει ελέγχου στο εισόδημα για τη διάθεση των πόρων
- Μέτριες καθολικές μεταβιβάσεις
- Κάλυψη χαμηλόμισθων δικαιούχων της εργατικής τάξης
- Μικρή έκταση αναδιανομής εισοδήματος

Το **Κορπορατιστικό-Συντηρητικό** που αφορά τις χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης και την Ιαπωνία, χαρακτηρίζεται από:

- Μέτριο επίπεδο αποεμπορευματοποίησης
- Παροχή επιδομάτων ανάλογα την κοινωνική τάξη
- Αποθάρρυνση απασχόλησης παντρεμένων γυναικών

Το **Σοσιαλδημοκρατικό ή Κοινωνικά δημοκρατικό** και αφορά τις Σκανδιναβικές χώρες και χαρακτηρίζεται από:

- Υψηλό επίπεδο αποεμπορευματοποίησης
- Γενναιόδωρα καθολικά και υψηλά αναδιανεμητικά επιδόματα που δε βασίζονται σε ατομικές εισφορές

Αντίθετα, ο *Jorgen Goul Andersen (2012)* δεν αναγνωρίζει τις πιο πάνω κατηγορίες βάσει των πολιτικών πεποιθήσεων, γι' αυτό προτιμά το υπολειμματικό, το καθολικό και το συντεχνιακό ή καθολικό ως εναλλακτικές ονομασίες των διάφορων μοντέλων κοινωνικής προστασίας. Αρκετοί αρθρογράφοι ονομάζουν διαφορετικά αυτά τα μοντέλα. Όπως το συντεχνιακό ως μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης ή χριστιανοδημοκρατικό ή Bismarckian. Ο *Jorgen Goul Andersen (2012)* διακρίνει τα εξής μοντέλα:

Το **Κορπορατιστικό** μοντέλο που περιλαμβάνει τις χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης:

- Παρέχει υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση που χρηματοδοτείται από τις κοινωνικές εισφορές και απευθύνεται κυρίως σε μισθωτούς εργάτες
- Σταδιακά επεκτάθηκε σε όλες τις κοινωνικές ομάδες της αγοράς εργασίας
- Πρόκειται για το μοντέλο Bismarckian ή αλλιώς συντηρητικό ή κοινωνικής ασφάλισης ή μοντέλο απόδοσης.
- Αναδιανέμεται από όλους σε όλους

Το **Καθολικό** μοντέλο που αφορά τις Σκανδιναβικές χώρες:

- Υποστηρίζει τους φτωχούς και τυπικά χρηματοδοτείται από φόρους
- Παρέχει στους πολίτες με κριτήριο προτεραιότητας το βαθμό ανάγκης
- Σταδιακά επεκτάθηκε για όλους τους πολίτες
- Ονομάζεται αλλιώς κοινωνικά δημοκρατικό ή θεσμικό
- Οι παροχές βασίζονται στην ιδιότητα του ατόμου ως πολίτης της χώρας
- Υπάρχει ισότητα μεταξύ των πολιτών

Το **Υπολειμματικό** μοντέλο που αφορά τις Αγγλοσαξονικές χώρες:

- Υποστηρίζει τους φτωχούς και τυπικά χρηματοδοτείται από φόρους
- Στοχεύει στους φτωχούς και ελέγχει τους πόρους
- Ονομάζεται αλλιώς φιλελεύθερο
- Παρέχει προστασία απέναντι στη φτώχεια
- Γίνεται έλεγχος των πόρων βάσει εισοδήματος
- Υπάρχουν χαμηλοί φόροι
- Οι παροχές χορηγούνται βάσει των αναγκών
- Υπάρχει το δίκτυ ασφαλείας για τους φτωχούς

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, υπήρξαν διαφορετικές τυπολογίες με ετικέτες βασιζόμενες σε διαφορετικές διαστάσεις. Στα τρία ιδανικά είδη μοντέλων από τον *Esping-Andersen (1990)* προστέθηκε ένα τέταρτο που ορίστηκε ως το μοντέλο για τις Νοτιότερες Ευρωπαϊκές χώρες στη μελέτη του *Ferrera (1996)* (*Ebbinghaus (2012)*, *Jorgen Goul Andersen (2012)*, *Aiginger & Leoni (2009)*, *Χλέτσος (2011)*). Ο *Ferrera (1996)* πρόσθεσε το Μεσογειακό ή Latin-Rim μοντέλο που αφορά την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Όπως επισήμανε ο *Ferrera (1996)* εν αντιθέσει με το Οικουμενικό μοντέλο του Βορρά, οι κοινωνικές πολιτικές του Νοτιότερου χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Το Νοτιότερο πολλές φορές παρουσιάζεται ως ένα ξεχωριστό από το *Ferrera* ενώ μερικές φορές ως υπομέρος του Κορπορατιστικού. Με βάση τους *Esping-Andersen (1990)* και *Ferrera (1996)*, τα μοντέλα στις Σκανδιναβικές χώρες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία αφορούν το μοντέλο κοινωνικής βοήθειας. Από την άλλη τα μοντέλα στις χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο) και στις Νότιες χώρες

(Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία) αφορούν το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης, (Χλέτσος (2011)).

Ο Sapir (2006) αναφέρει τα τέσσερα διαφορετικά Ευρωπαϊκά κοινωνικά μοντέλα με την ανάλογη για το καθένα ισότητα και αποτελεσματικότητα. Έχοντας ως κριτήριο τη γεωγραφική περιοχή, τα **διάφορα συστήματα προνοιακού καθεστώτος** χωρίζονται βάσει της κατηγοριοποίησης του Esping-Andersen και του Ferrera:

1. Το μοντέλο των **Σκανδιναβικών** χωρών (Δανία, Φινλανδία, Σουηδία και Ολλανδία) όπου το χαρακτηρίζουν τα υψηλά επίπεδα δαπανών κοινωνικής προστασίας και η καθολική παροχή κρατικής πρόνοιας. Υπάρχει εκτεταμένη δημοσιονομική παρέμβαση στις αγορές εργασίας βάσει της ποικιλίας των εργαλείων ενεργητικής πολιτικής. Ενώ δυναμική παρουσία έχουν και τα εργατικά σωματεία που εξασφαλίζουν υψηλά συμπιεσμένες δομές μισθών.
2. Το μοντέλο των **Αγγλοσαξονικών** χωρών (Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο) όπου υπάρχει σχετικά μεγάλη κοινωνική βοήθεια έσχατης λύσης. Οι μεταβιβαστικές πληρωμές αφορούν αρχικά άτομα που είναι ικανά για εργασία. Οι ενεργητικές πολιτικές καθώς και τα σχέδια για την πρόσβαση σε επιδόματα κανονικής απασχόλησης κυριαρχούν. Τα εργατικά σωματεία είναι πιο αδύναμα, υπάρχει διασπορά στους μισθούς, ενώ, η χαμηλόμισθη απασχόληση είναι πιο συνήθης.
3. Το μοντέλο των χωρών των χωρών της **Ηπειρωτικής Ευρώπης** (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία και Λουξεμβούργο) βασίζεται στην ασφάλιση, στα επιδόματα ανεργίας και στις συντάξεις. Τα σωματεία αν και φθίνουν, είναι αρκετά ισχυρά για αυτές τις χώρες σύμφωνα με τις ρυθμίσεις τους.
4. Το μοντέλο των **Μεσογειακών** χωρών (Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία) βασίζεται στις κοινωνικές δαπάνες για τις συντάξεις και στην υψηλή τμηματοποίηση των δικαιωμάτων και καθεστώτων. Επιπρόσθετα, επικεντρώνονται στην προστασία της απασχόλησης και στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Η δομή των μισθών κυρίως στο

δημόσιο τομέα καλύπτεται από συλλογική διαπραγμάτευση ενώ είναι υψηλά συμπιεσμένη.

Ο *Bonoli* (1997) βασίζει την ταξινόμηση του στην επέκταση της κρατικής πρόνοιας (% κοινωνικών δαπανών του ΑΕΠ) και του τρόπου χρηματοδότησης (από εισφορές). Για τον αρθρογράφο, υπάρχουν το **Bismarckian** μοντέλο όπου αφορά την κοινωνική ασφάλιση και το **Beveridgean** μοντέλο που αφορά την κοινωνική βοήθεια. Το Beveridgean μοντέλο όπως αναφέρει, χαρακτηρίζεται από επιλεκτική παροχή, αφορά κατά βάση την στέγαση και την ανάγκη και τα επιδόματα χρηματοδοτούνται μέσω γενικής φορολογίας. Κυρίως στοχεύει στην αντιμετώπιση της φτώχειας. Το Bismarckian μοντέλο παρέχει επιδόματα σχετικά με έσοδα από εργαζομένους ενώ το δικαίωμα κατοχής και η χρηματοδότηση είναι υπό όρους σε ένα ποσοστό εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών. Τέλος, στοχεύει στη διατήρηση του εισοδήματος για τους εργαζομένους. Ο *Bonoli* πρότεινε να δοθεί έμφαση στη δυσδιάστατη ταξινόμηση όπου τα Ευρωπαϊκά συστήματα ευημερίας μπορούν να ταξινομηθούν σύμφωνα με την έκταση κρατικής πρόνοιας που παρέχουν και σύμφωνα με το πόσο κοντά είναι στο Beveridgean ή στο Bismarckian μοντέλο.

Όσον αφορά τα μοντέλα ιατρικής φροντίδας, οι *Lameire, Joffe & Wiedemann* (1999) διακρίνουν τρία διαφορετικά μοντέλα: το **Beveridge** ή αλλιώς **δημόσιο**, το **Bismarck** ή αλλιώς **mixed** και το μοντέλο **ιδιωτικής ασφάλισης** ή αλλιώς **ιδιωτικό**. Στο Beveridge (δημόσιο) η χρηματοδότηση βασίζεται στη φορολογία από μια κεντρικά οργανωμένη εθνική υπηρεσία υγείας όπου οι υπηρεσίες παρέχονται από δημόσιους παρόχους. Χρησιμοποιείται από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία, την Ισπανία, τη Σουηδία, τη Δανία, τη Νορβηγία, τη Φινλανδία και τον Καναδά. Το Bismarck μοντέλο (mixed) χρηματοδοτείται κυρίως από υποχρεωτικές εισφορές και χρησιμοποιείται από τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Αυστρία, την Ελβετία και τις χώρες του Benelux. Τέλος, είναι το μοντέλο ιδιωτικής ασφάλισης (ιδιωτικό), όπου η χρηματοδότηση βασίζεται σε πληρωμές ασφαλιστρών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και υπάρχει μόνο στις ΗΠΑ.

Για τους *Virlanuta & Afanase* (2010), γίνεται ανάλογη διάκριση όσον αφορά τη διαχείριση των ταμείων ασφάλισης Υγείας από **φορείς της κυβέρνησης**

όπου η ασφάλιση διαμορφώνεται ανάλογα το επίπεδο των εισφορών και υπηρεσιών, ενώ συνυπάρχει ο ιδιωτικός τομέας. Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από ελεύθερη και γενική κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας και οι διατιθέμενοι γιατροί βασίζονται στον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών. Διακρίνεται μια θετική επίδραση στην κατάσταση υγείας ωστόσο δημιουργούνται μακροσκελείς λίστες αναμονής και γραφειοκρατία και απώλεια κινήτρου των γιατρών για τις υπηρεσίες τους. Τέτοιου είδους σύστημα είναι το εθνικό μοντέλο ιατρικών υπηρεσιών (S.N.S.) της Ευρώπης, που εφαρμόζεται στη Δανία, στη Φινλανδία, στην Ισλανδία, στη Νορβηγία, στη Σουηδία, στην Ελλάδα, στην Ιταλία, στην Πορτογαλία, στην Ισπανία και στην Αγγλία. Οι ίδιοι αρθρογράφοι, αναφέρουν το μοντέλο **Bismarck** ως η κοινωνική ασφάλιση υγείας, όπου ο ρόλος της κυβέρνησης είναι να δηλώνει υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους δικαιούχους, οι οποίοι επιλέγουν δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση. Με αυτό το μοντέλο μειώνεται η γραφειοκρατία και ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων οδηγεί σε αύξηση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Εφαρμόζεται στην Αυστρία, στη Γαλλία, στη Φινλανδία, στη Γερμανία και στο Βέλγιο. Το μοντέλο αυτό, κατατάσσεται στην Ευρώπη σε αυτό με τις υψηλότερες δαπάνες και κόστη διαχείρισης, ενώ λόγω της υψηλής παρεχόμενης κατανάλωσης ελλοχεύει το ενδεχόμενο του ηθικού κινδύνου και δυσμενής επιλογής.

Για τους *Peto & Katro (2010)* το **σύστημα κοινωνικής ασφάλισης** παρέχει επιδόματα για διάφορους κοινωνικούς κινδύνους, έτσι χωρίζεται ανάλογα το είδος και τον σκοπό των χορηγούμενων επιδομάτων, σε τρεις τομείς:

- Το σύστημα ειδικών επιδομάτων ή αλλιώς βραχυπρόθεσμα επιδόματα
 - Ασφάλιση αρρώστιας
 - Ασφάλιση εγκυμοσύνης
 - Ασφάλιση εργατικού ατυχήματος
- Το σύστημα γενικών επιδομάτων ή αλλιώς συνταξιοδοτικά σχέδια
 - Όλα τα είδη συντάξεων (ηλικιωμένων, αναπηρική, οικογενειακή, συμπληρωματική, ειδική)
- Το σύστημα επιδομάτων ανεργίας
 - Παροχή επιδομάτων ανεργίας σε όσους έχασαν και διέκοψαν την εργασιακή δραστηριότητα, όχι σε όσους απολύθηκαν

Μέχρι και σήμερα λόγω της ένταξης διαφορετικών χωρών στην Ε.Ε. από τις πρώτες διακρίσεις των ερευνητών και μετά, υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη προσοχή για την περαιτέρω διάκριση μοντέλων (*Ebbinghaus (2012), Aiginger & Leoni (2009)*). Στο άρθρο του *Fenger (2007)* γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθούν τα συστήματα κρατικής πρόνοιας της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης στις τυπολογίες του *Esping-Andersen*, για χώρες όπως η Σλοβενία, η Λευκορωσία, η Μολδαβία και η Ουκρανία. Από την εμπειρική του μελέτη σε 47 επιλεγμένες χώρες, διακρίνονται κάποια μοντέλα σύμφωνα με την ταξινόμηση των χωρών σε ομάδες. Έτσι,

- Το **Συντηρητικό-Κορπορατιστικό** που περιλαμβάνει την Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ολλανδία και την Ισπανία. Αφορά τις νοτιότερες χώρες με χαμηλή γυναικεία συμμετοχή στην απασχόληση. Η εξάρτηση είναι από τις κοινωνικές εισφορές και όχι από φόρους, η αναδιανομή εισοδήματος είναι σε μέτριο βαθμό και υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανεργίας.
- Το **Σοσιαλδημοκρατικό-Σκανδιναβικό** που αφορά τη Φινλανδία, τη Δανία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία. Χαρακτηριστικά του είναι οι υψηλοί φόροι, η υψηλή γυναικεία συμμετοχή, το υψηλό επίπεδο υλικής ευημερίας, η χαμηλή παιδική θνησιμότητα, το υψηλό προσδόκιμο ζωής και το υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών.
- Το **Φιλελεύθερο-Αγγλοσαξονικό** για τη νέα Ζηλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Υπάρχει χαμηλό επίπεδο συνολικών κρατικών δαπανών, υψηλό επίπεδο ανισότητας και χαμηλό επίπεδο δαπανών κοινωνικής προστασίας.
- Το μοντέλο των χωρών της **πρώην Σοβιετικής Ένωσης** (Λευκορωσία, Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία, Ρωσία και Ουκρανία). Μοιάζει με το Συντηρητικό-Κορπορατιστικό ως προς τις κρατικές δαπάνες ωστόσο η απόδοση των κρατικών προγραμμάτων είναι κάτω των τριών δημοφιλών δυτικών ευρωπαϊκών μοντέλων. Ενώ υπάρχουν μεγαλύτερες διαφορές στην κοινωνική κατανάλωση και το επίπεδο εμπιστοσύνης.

- Το μοντέλο των **Μετακομμουνιστικών** Ευρωπαϊκών χωρών που αφορά τη Βουλγαρία, την Κροατία, την Τσεχία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και τη Σλοβενία. Μοιάζει με το προηγούμενο ωστόσο έχει μικρότερους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια, σε επίπεδο οικονομικής μεγέθυνσης και πληθωρισμού. Ενώ το επίπεδο κοινωνικής ευημερίας είναι μεγαλύτερο από το προηγούμενο σε επίπεδο θνησιμότητας και προσδόκιμου ζωής και είναι πιο ισότιμο από το προηγούμενο μοντέλο.
- Το μοντέλο των **Αναπτυσσόμενων** χωρών που αφορά τη Γεωργία, τη Ρουμανία και τη Μολδαβία. Είναι αναπτυσσόμενο περιλαμβάνοντας πρώιμα συστήματα κρατικής πρόνοιας, ενώ, οι δείκτες και οι μεταβλητές των προγραμμάτων για την κοινωνική κατανάλωση είναι πίσω από τα επίπεδα των άλλων μοντέλων. Το υψηλό επίπεδο θνησιμότητας και χαμηλό προσδόκιμο ζωής δείχνουν τη δύσκολη κοινωνική κατάσταση.

Ο *Ursenau* στις μελέτες του (2011) & (2013) διακρίνει τα διαφορετικά μοντέλα κοινωνικής προστασίας σε παρόμοιες κατηγορίες με τους προηγούμενους, ωστόσο προσθέτει και κατηγοριοποιεί με διαφορετικούς χαρακτηρισμούς κάθε ενότητα. Δηλαδή στη μελέτη του το 2011, διακρίνει βάσει των κρατικών δαπανών:

1. Το Σκανδιναβικό
2. Το υπολειμματικό
3. Το πατριαρχικό
4. Το σοσιαλιστικό

Ενώ στη μελέτη του το 2013 λόγω της Ευρωπαϊκής νομοθεσίας και της ανάπτυξης φιλελεύθερων, σοσιαλδημοκρατικών και συντηρητικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας γίνεται ομαδοποίηση βάσει της περιφέρειας των κρατών μελών:

1. Βαλτικό
2. Σκανδιναβικό
3. Σαξονικό
4. Λατινικό

5. Κέντρο-Ανατολικό Ευρωπαϊκό

Στην επόμενη υπό-ενότητα θα αναλυθούν περαιτέρω οι παραπάνω κατηγορίες του *Urseanu* όσον αφορά το επίπεδο παροχών και τη γενναιοδωρία των συστημάτων τους, καθώς και άλλες παρόμοιες μελέτες αρθρογράφων.

1.4 Γενναιοδωρία της κοινωνικής προστασίας

Οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των οικονομιών μέσα στην Ε.Ε. σε μέγεθος, σύνθεση και χρηματοδότηση. Αυτές οι διαφορές έχουν σημαντικές επιδράσεις σε όρους αναδιανομής και κάλυψης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων.

Στη μελέτη τους οι *Lundberg et al (2008)* επισημαίνουν τους κοινωνικούς παράγοντες της υγείας ως σημαντικά στοιχεία στις κοινωνικές πολιτικές. Τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας συνεισφέρουν μέσω χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών και μεταβιβαστικών υπηρεσιών στους πολίτες. Υπάρχουν διαφορές στο σχέδιο και στη γενναιοδωρία των συστημάτων κάθε χώρας οι οποίες γίνονται εμφανείς ως ποσοστά φτώχειας. Ο τρόπος με τον οποίο σχεδιάζονται οι κοινωνικές πολιτικές και η γενναιοδωρία τους είναι σημαντικά στοιχεία για την αντιμετώπιση των κοινωνικών παραγόντων υγείας και τη διάθεση των πόρων. Οι πόροι αυτοί όταν βρίσκονται σε έλλειψη αυξάνουν τον κίνδυνο για την υγεία καθώς και την πρόωγη θνησιμότητα. Οι πόροι συνήθως παράγονται από την οικογένεια και την αγορά εργασίας, όπως και από την κρατική πρόνοια. Οι οικονομικοί πόροι που παρέχονται από την κρατική πρόνοια ποικίλλουν ανάλογα το περιεχόμενο και τη γενναιοδωρία τους. Από την άλλη, μέσω διαφόρων θεσμών και πολιτικών, μπορεί να βελτιωθεί η διάθεση των πόρων μέσω της αγοράς εργασίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι αρθρογράφοι, επικεντρώνουν την εμπειρική μελέτη τους σε δυο προγράμματα κρατικής πρόνοιας, την οικογενειακή υποστήριξη και τις συντάξεις, ώστε να αναλυθούν τα επίπεδα γενναιοδωρίας και η σχέση με τα ποσοστά θνησιμότητας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι αρχές και η γενναιοδωρία είναι σημαντικά στοιχεία του συστήματος κοινωνικής πολιτικής. Φαίνεται ότι τα επιτυχημένα προγράμματα καλύπτουν

το σύνολο του πληθυσμού με τις γενικές πολιτικές να είναι καλύτερες για τους πιο φτωχούς. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα από την ανάλυση παλινδρόμησης δείχνουν ότι μια αύξηση στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ σχετίζεται αρνητικά με τη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους. Δηλαδή, όσο πιο γενναιόδωρες οι βασικές συντάξεις τόσο πιο χαμηλή η θνησιμότητα.

Ο *Schruggs (2006)* εκτός από τις δαπάνες, προτείνει ότι χρειάζεται ένα διαφορετικό σύνολο δεικτών για τη γενναιοδωρία, καθώς θεωρεί ότι μέχρι πρότινος η επιστημονική κοινότητα διαπίστωνε ότι δεν υπήρχαν επαρκή δεδομένα και πηγές άλλων πληροφοριών για τα συστήματα των χωρών. Επιπρόσθετα, υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές δαπάνες λανθασμένα χρησιμοποιούνται αφού δεν εξηγούν το μέγεθος και τις αλλαγές στον πληθυσμό, δε γίνεται διαχωρισμός των τάσεων δαπανών και οικονομικής μεγέθυνσης και, τέλος, η φορολογική μεταχείριση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Έτσι, για τον *Schruggs (2006)* υπάρχουν δυο σημαντικά χαρακτηριστικά κοινωνικής προστασίας, τα ποσοστά αναπλήρωσης και τα ποσοστά κάλυψης.

- Το **ποσοστό αναπλήρωσης** του καθαρού εισοδήματος ή η αναλογία του εισοδήματος στην εργασία που αντικαθίσταται από επιδόματα κρατικής πρόνοιας. Ιδιαίτερα αναφέρονται οι τάσεις των συστημάτων όσον αφορά τα ποσοστά αναπλήρωσης και τη γενναιοδωρία.
- Η **κάλυψη κοινωνική ασφάλισης** και οι δικαιούχοι. Η επέκταση της κάλυψης, όπως αναφέρθηκε και στην πρώτη υπό-ενότητα, θεωρείται ως ένας σημαντικός δείκτης επέκτασης της κρατικής πρόνοιας για να συμπεριλάβει ολόκληρο τον πληθυσμό. Παρότι αναφέραμε ότι ίσως δημιουργεί αντίστροφα αποτελέσματα, ο *Schruggs (2006)* φαίνεται ότι την κατατάσσει ως ένα σημαντικό παράγοντα. Ιστορικά, η κάλυψη ήταν πάντα περιορισμένη γι' αυτό πιθανόν να συζητείται πάντα η επέκτασή της.

Ο αρθρογράφος συνδυάζει αυτούς τους δυο δείκτες σε έναν δείκτη αναμενόμενων επιδομάτων που υπολογίζεται ως ένα προϊόν ποσοστού αναπλήρωσης και ποσοστού κάλυψης για όλα τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας. Από τη μελέτη του προκύπτει ότι ενώ τα προγράμματα κρατικής

πρόνοιας είναι πιο γενναιοδωρα πια, υπάρχει μια μεταβολή από την επέκταση των δικαιωμάτων στην μείωση των δαπανών.

Ο *Ursebau* (2011) διακρίνει τα συστήματα κοινωνικής προστασίας σε διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες σύμφωνα με τη σημαντικότητα του μεριδίου των κρατικών δαπανών:

1. Το Σκανδιναβικό

Παρέχει γενναιοδωρα οφέλη στους δικαιούχους, απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, ωστόσο σε αντάλλαγμα μπορεί να αποδυναμώσει την επανένταξη στην αγορά εργασίας. Οι εισφορές που καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους εξασφαλίζουν υψηλά ποσοστά παροχών. Τέλος, με την ποικιλία των κοινωνικών επιδομάτων και το μέγεθος της κάλυψής τους, το Σκανδιναβικό σύστημα κατάφερε να ανταπεξέλθει στις αντιξοότητες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.

2. Το Υπολειμματικό

Συναντάται στις Αγγλοσαξονικές χώρες, ενώ δεν παρέχει γενναιοδωρα επιδόματα αλλά ενθαρρύνει την εργασία και την επιχειρηματικότητα. Χρησιμοποιεί τα επιδόματα ως ένα υπολειμματικό δίκτυ ασφαλείας της ευημερίας που παρέχεται στα άτομα που τα χρειάζονται. Το Βρετανικό σύστημα είναι πιο ρεαλιστικό αλλά υπολείπεται λόγω αυξημένων επιδομάτων ζωής, μείωσης αναλογίας εργαζομένων και συνολικού πληθυσμού και μείωση ποσοστού γεννήσεων.

3. Το Πατριαρχικό

Η αποτελεσματικότητα αυτού του συστήματος κρίνεται στο βαθμό που οι φόροι από επιχειρήσεις είναι χαμηλοί, καθώς έτσι θα αναπτυχθεί το κεφάλαιο και το εργατικό δυναμικό. Αν και είναι βιώσιμο, έχει ως συνέπεια την αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και τη μείωση του ενεργού πληθυσμού.

4. Το Σοσιαλιστικό

Πιθανόν είναι το πιο αναποτελεσματικό, ασυνεπές και φτωχά δομημένο, αφού, αναφέρεται σε γενναιοδωρα επιδόματα από το κράτος, με μειωμένες εισφορές και εν τέλει ελλείμματα προϋπολογισμού στο σύστημα υποστήριξης. Σημαντικό στοιχείο είναι η πρόσβαση σε επιδόματα για όλους τους πολίτες

ανεξαρτήτου εισφορών, όμως, λόγω της χαμηλής αξίας δεν είναι δυνατόν να παρέχει επαρκές επίπεδο επιδομάτων ζωής καθιστώντας την ευημερία προσωρινή.

Ο *Ursenau* (2013) κάνει μια άλλη διάκριση στα συστήματα κοινωνικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με την περιφέρεια των κρατών-μελών, έχοντας στοιχεία από την Eurostat:

1. Το **Βαλτικό**

Το ποσοστό των δαπανών της κοινωνικής προστασίας του ΑΕΠ έχει τις χαμηλότερες τιμές από ολόκληρο τον οργανισμό. Το σύστημα χρησιμοποιείται από τη Λετονία, τη Λιθουανία και την Εσθονία.

2. Το **Σκανδιναβικό**

Οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής βοήθειας είναι σημαντικές, οι τιμές του είναι οι υψηλότερες από ολόκληρο τον οργανισμό. Χρησιμοποιείται από τη Δανία, τη Σουηδία και τη Φιλανδία.

3. Το **Σαξονικό**

Η κοινωνική προστασία έχει κεντρικό ρόλο στα κρατικά προγράμματα και στο ποσοστό του εθνικού ΑΕΠ πάνω από το μέσο του οργανισμού. Χρησιμοποιείται από τη Γερμανία, το Βέλγιο, την Ιρλανδία, την Ολλανδία, το Λουξεμβούργο, την Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

4. Το **Λατινικό**

Έχει μέσες δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής βοήθειας. Χρησιμοποιείται από την Ιταλία, τη Γαλλία, την Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Αυτές οι χώρες αντιμετώπισαν αρκετές φορές τον κίνδυνο παύσης πληρωμών. Ως εκ τούτου, εν μέσω οικονομικής κρίσης η στήριξη της εθνικής κοινωνικής προστασίας μειώθηκε σταδιακά.

5. Το **Κέντρο-Ανατολικό Ευρωπαϊκό**

Οι δαπάνες είναι χαμηλότερες από το Ευρωπαϊκό μέσο και μπορεί να παρατηρηθεί στις πρώην χώρες του κομμουνιστικού μπλοκ.

Σύμφωνα με τον *Sapir (2006)* και τη διάκριση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (όπως είδαμε στην προηγούμενη υπό-ενότητα), η συμπεριφορά των τεσσάρων μοντέλων είναι πολύ διαφορετική. Με άλλα λόγια:

- Το **Μεσογειακό** μοντέλο χαρακτηρίζεται από πολύ αυστηρούς κανόνες προστασίας της εργασίας και χαμηλή κάλυψη επιδομάτων ανεργίας.
- Το **Σκανδιναβικό** μοντέλο παρέχει γενναιόδωρα και περιεκτικά επιδόματα ανεργίας, ενώ υπάρχει χαμηλή αυστηρότητα για την προστασία της εργασίας.
- Το μοντέλο των χωρών της **Ηπειρωτικής** Ευρώπης παρέχει γενναιόδωρα επιδόματα ανεργίας και έχει πιο αυστηρή νομοθεσία για την εργασία.
- Το **Αγγλοσαξονικό** παρέχει λιγότερη προστασία σε σχέση με τα προηγούμενα αλλά η ασφάλιση της ανεργίας είναι παρόμοια με το Ηπειρωτικό και το Σκανδιναβικό.
- Ωστόσο, το Ευρωπαϊκό Αγγλοσαξονικό είναι πολύ διαφορετικό από το Αμερικάνικο. Και τα δυο χαρακτηρίζονται από χαμηλή προστασία της εργασίας αλλά το Αμερικάνικο είναι μοναδικό και παρέχει πολύ λίγη ασφάλιση ανεργίας. Το Ευρωπαϊκό μοντέλο παρέχει αυστηρότερη νομοθεσία εργασίας και πιο γενναιόδωρα επιδόματα ανεργίας. Το Αμερικάνικο και το Ευρωπαϊκό Αγγλοσαξονικό παρέχουν υψηλή ασφάλιση της αγοράς εργασίας από τα άλλα Ευρωπαϊκά μοντέλα λόγω χαμηλών περιστατικών μακροπρόθεσμης ανεργίας.
- Ο βαθμός αναδιανομής από φόρους και μεταβιβαστικές πληρωμές, είναι υψηλότερος στις Σκανδιναβικές χώρες και χαμηλότερος στις Μεσογειακές. Περιστατικά φτώχειας μετά την επιβολή φόρων και πληρωμών εμφανίζονται αρχικά, στις Σκανδιναβικές και τελευταία στις Μεσογειακές χώρες.

Εκτός των διαφορών μεταξύ των τεσσάρων μοντέλων υπάρχουν και διαφορές σε κάθε μοντέλο ξεχωριστά και στις διάφορες χώρες. Από την άλλη, ο *Sapir (2006)* κάνει μια εξίσου σημαντική διάκριση όσον αφορά την **αποτελεσματικότητα** και την **ισότητα** των μοντέλων, δηλαδή:

- Ένα μοντέλο θεωρείται αποτελεσματικό όταν παρέχει επαρκή κίνητρα για εργασία και δίνει υψηλά ποσοστά απασχόλησης
- Και αν κρατά τον κίνδυνο φτώχειας σε χαμηλά επίπεδα

Όσα μοντέλα δεν είναι αποτελεσματικά δεν είναι και βιώσιμα. Έτσι, φαίνεται ότι οι λιγότερο αποτελεσματικές είναι οι χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης και της Μεσογείου που αντιμετωπίζουν προβλήματα βιωσιμότητας.

Τα μοντέλα που είναι αποτελεσματικά και όχι κοινωνικά, μπορούν να είναι βιώσιμα. Οι Σκανδιναβικές και οι Αγγλοσαξονικές χώρες είναι βιώσιμες ενώ οι Ηπειρωτικές και οι Μεσογειακές δεν είναι. Το Σκανδιναβικό και Αγγλοσαξονικό μοντέλο είναι αποτελεσματικά αλλά μόνο το πρώτο καταφέρνει να συνδυάσει ισότητα και αποτελεσματικότητα. Τα μοντέλα των χωρών της Ηπειρωτικής Ευρώπης και της Μεσογείου είναι μη αποτελεσματικά και μη βιώσιμα γι' αυτό σύμφωνα με τον *Sapir* πρέπει να αναμορφωθούν.

Για τον *Aiginger & Leoni (2009)*:

- Το μοντέλο των **Σκανδιναβικών** χωρών είναι το πιο ολοκληρωμένο, με μεγάλο βαθμό αναδιανομής, κοινωνικής συμπερίληψης και καθολικότητας. Οι χώρες που αφορά είναι η Δανία, η Φινλανδία και η Σουηδία.
- Στο μοντέλο των χωρών της **Ηπειρωτικής** Ευρώπης οι παροχές δίνονται σε μέτριο βαθμό και συνδέονται με το εισόδημα. Οι χώρες είναι η Ολλανδία, η Γερμανία, το Βέλγιο, η Γαλλία και η Αυστρία.
- Το **Φιλελεύθερο** ή **Αγγλοσαξονικό** μοντέλο που συναντάται στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία, δίνει έμφαση στην ευθύνη των ατόμων, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις είναι μικρότερες απ' ότι σε άλλες χώρες, ενώ είναι πιο στοχευόμενες και είναι με βάση το εισόδημα (ελέγχου εισοδήματος).
- Το **Μεσογειακό** που περιλαμβάνει την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ελλάδα χαρακτηρίζεται από χαμηλό επίπεδο κοινωνικών μεταβιβάσεων που μερικώς υποστηρίζεται από τα οικογενειακά δίκτυα. Σύμφωνα με τον *Ferrera (1996)*, αυτό το σύστημα προσφέρει γενναιόδωρη προστασία στους πυρήνες του εργατικού δυναμικού αλλά χαμηλή χρηματοδότηση στα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτούς.

1.5 Επίλογος

Από την εκτενή μελέτη της αρθρογραφίας, φάνηκε ότι υπάρχει δυσκολία στον ορισμό και στον προσδιορισμό της έννοιας της κοινωνικής προστασίας. Πολλές φορές υπάρχουν έννοιες που συγχέονται και χρησιμοποιούνται για να ερμηνεύσουν την κοινωνική προστασία.

Τα κύρια εργαλεία της κοινωνικής προστασίας είναι η κοινωνική ασφάλιση και η κοινωνική βοήθεια με το καθένα από αυτά να έχει διαφορετικό τρόπο χρηματοδότησης και διαφορετικά χαρακτηριστικά. Από την άλλη, είδαμε ότι ο κύριος δείκτης που μπορεί να αντιπροσωπεύει την κοινωνική προστασία είναι ο δείκτης των κοινωνικών δαπανών που χρησιμοποιείται, όπως θα δούμε παρακάτω, από πληθώρα μελετών.

Επιπρόσθετα, όπως μελετήσαμε κάθε χώρα υπόκεινται σε ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας. Έχοντας ως βάση τη διάκριση των συστημάτων του Esping-Andersen (1990) είδαμε την περαιτέρω εξέλιξη της κατηγοριοποίησης των διαφόρων συστημάτων βάσει διαφορετικών χαρακτηριστικών. Πιο συγκεκριμένα, η αρχική διάκριση του Esping-Andersen πραγματοποιήθηκε βάσει της πολιτικής ιδέας που υπάρχει στο καθένα καθώς και δύο στοιχείων, του βαθμού αποεμπορευματοποίησης και διαστρωμάτωσης. Έτσι, διέκρινε σε Φιλελεύθερο, Κορπορατιστικό-Συντηρητικό και Σοσιαλδημοκρατικό-Κοινωνικά Δημοκρατικό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Εν συνεχεία, υπήρξαν διάφοροι διαχωρισμοί βάσει γεωγραφικών χαρακτηριστικών και όχι πολιτικής ιδέας με σημαντικότερο τον Ferrera (1996) όπου προσέθεσε μία ακόμα κατηγορία που αφορά τις Νότιες χώρες της Ευρώπης που συμπεριφέρονται διαφορετικά. Από την άλλη, εξετάστηκε και ο διαχωρισμός στα δύο εργαλεία της κοινωνικής προστασίας, όπως επίσης και η περαιτέρω διάκριση των μοντέλων κοινωνικής προστασίας βάσει ποικίλων χαρακτηριστικών.

Για κάθε μοντέλο εξετάζεται η γενναιοδωρία που προσδίδει το καθένα. Παραδοσιακά, οι Σκανδιναβικές χώρες είναι αυτές με την υψηλότερη γενναιοδωρία, με τις Νότιες να παρέχουν τη χαμηλότερη. Όταν αναφερόμαστε στη βιωσιμότητα των συστημάτων μπορούμε να δούμε ότι οι Σκανδιναβικές και οι Αγγλοσαξονικές χώρες είναι βιώσιμες ενώ οι Ηπειρωτικές και Μεσογειακές χώρες δεν είναι. Ταυτόχρονα, οι Σκανδιναβικές είναι ικανές να παρέχουν ισότητα και αποτελεσματικότητα.

Τέλος, για τη γενναιοδωρία ενός συστήματος πέρα από τις δαπάνες προτείνεται το ποσοστό αναπλήρωσης και η κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης. Η τελευταία γίνεται αντικείμενο συζήτησης αφού υπάρχουν πολλοί που επιδιώκουν την επέκτασή της, ενώ υπάρχουν και άλλοι που θέλουν τη μείωσή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο Προσδιορισμός της έννοιας ποιότητας ζωής

2.1 Οριοθέτηση της έννοιας ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ⁵:

«Η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη της υποκειμενικής ευημερίας που μετρείται από κοινωνικούς δείκτες αντί από ποσοτικά μέτρα εισοδήματος και παραγωγής».

Στο άρθρο του Mccall (1975) επισημαίνονται δυο εκδοχές για την ποιότητα ζωής. Η πρώτη αφορά την εξέλιξη του ατόμου και την αναζήτηση αυτό που του λείπει είτε επειδή το έχει χάσει είτε επειδή δεν έχει βελτιωθεί αρκετά. Η άλλη άποψη έχει να κάνει με την μέτρηση της ποιότητας ζωής και αφορά τον δείκτη του ΑΕΠ ή άλλων μέτρων οικονομικής ευημερίας που μπορούν να αντιπροσωπεύουν την ποιότητα ζωής.

Σε μια προσπάθεια ορισμού των δυο όρων της ποιότητας ζωής ο Mccall αναφέρει ότι ο όρος «ποιότητα» αναφέρεται σε μια ιδιότητα που χαρακτηρίζει μια κοινωνία και ποικίλλει σε διαφορετικούς βαθμούς. Είναι ένας περίπλοκος όρος καθώς έχει δεχτεί κριτική επειδή μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι και άλλες ιδιότητες. Από την άλλη, η «ζωή» αναφέρεται ως η ζωή μιας δεδομένης κοινωνίας ή μια δεδομένης περιφέρειας της Γης. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται όταν λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες, οι επιθυμίες και τα θέλω των ατόμων.

Μια βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορεί να περιγραφεί από τον όρο «ευτυχία», η οποία σε αντίθεση με την ευχαρίστηση μπορεί να συμβαίνει συνεχόμενα. Επιπρόσθετα, σχετίζεται με το βαθμό εκπλήρωσης των ταλέντων, των ικανοτήτων και των πιθανοτήτων που έχει το κάθε άτομο.

⁵ Δίνεται ο ορισμός της ποιότητας ζωής: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2218>

Ιστορικά, ο Πλάτωνας υποστήριξε ότι η ευτυχισμένη ζωή είναι μια καλή και ενάρετη ζωή.

Έτσι, ο *Mccall* (1975) δίνει έναν αντικειμενικό ορισμό που αφορά την ικανοποίηση των γενικών προϋποθέσεων ευτυχίας. Διαχωρίζει τις γενικές προϋποθέσεις, δηλαδή αν ικανοποιούνται οι ανθρώπινες ανάγκες ή αν ικανοποιούνται οι ανθρώπινες επιθυμίες. Στις επιθυμίες υπάρχει το πρόβλημα του πολλαπλασιασμού των επιθυμιών για τα άτομα. Εν αντιθέσει με τις ανάγκες που δεν έχουν αυτή την ιδιότητα. Έτσι, ο *Mccall* υποστηρίζει ότι οι γενικές προϋποθέσεις αφορούν την εκπλήρωση των ανθρώπινων αναγκών. Με τη βοήθεια του *Abraham Maslow* (1954) διαχωρίζονται οι ανάγκες του ανθρώπου για να είναι ευτυχισμένος. Η ιεραρχία των αναγκών ταξινομείται σε μια λίστα όπου οι μεγαλύτερες ανάγκες δεν μπορούν να εκπληρωθούν μέχρι να εκπληρωθούν οι βασικές. Έτσι,

- **Οι φυσιολογικές ή βιολογικές ανάγκες:** πρόκειται για τη βάση της πυραμίδας των αναγκών και περιλαμβάνουν το φαγητό, το νερό, τον ύπνο, τη στέγαση και την αναπαραγωγή. Είναι οι πρωταρχικές ανάγκες που αν δεν ικανοποιηθούν καθορίζουν τη συμπεριφορά των ατόμων.
- **Οι ανάγκες για ασφάλεια/προστασία:** πρόκειται για την προστασία από κάποια απειλή και γενικά για μια ασφαλή ζωή, όπως και την εξασφάλιση της μελλοντικής ικανοποίησης των φυσιολογικών αναγκών.
- **Οι κοινωνικές ανάγκες:** πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να αγαπηθεί και να αγαπά άλλους.
- **Οι ανάγκες εκτίμησης/αναγνώρισης:** πρόκειται για την αυστηρή και υψηλή αξιολόγηση των ατόμων, ενώ χωρίζεται και σε ανάγκες αυτοεκτίμησης.
- **Οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης/ολοκλήρωσης:** πρόκειται για τις υψηλότερες στην ιεραρχία, έχοντας ως σκοπό την ικανοποίηση της ψυχολογικής υγείας ή ευτυχίας.

Η *Wish* (1986) αναφέρει ότι όλοι οι ορισμοί για την ποιότητα ζωής αποτελούνται συνήθως από δυο συστατικά στοιχεία, ένα λειτουργικό και ένα ψυχολογικό περιβάλλον. Δηλαδή, περιλαμβάνουν μια κατάσταση ή συνθήκη η οποία για τα άτομα που τη βιώνουν, ποικίλλει σε διάφορους βαθμούς ευημερίας. Όπως τονίζει η αρθρογράφος είναι αναγκαίο αυτές οι δυο πλευρές να εξετάζονται ταυτόχρονα για τη λειτουργικότητα της ποιότητας ζωής, ωστόσο αυτό συμβαίνει σπάνια. Δικαιολογείται ως εξής:

- Οι ερευνητές εμμένουν στα αντικειμενικά και σκληρά δεδομένα αγνοώντας την ψυχολογική πλευρά
- Εξαλείφονται οι διαφορές που υπάρχουν στη γεωγραφική ανάλυση
- Πολλά στοιχεία, μεταβλητές και δείκτες που χρησιμοποιούνται, δέχονται κριτική και υπάρχει διαφωνία
- Οι δείκτες αποτυγχάνουν να διακρίνουν πως η ποιότητα ζωής ποικίλει ανάλογα το εισόδημα, την εκπαίδευση και την κοινωνική τάξη
- Υπάρχει το πρόβλημα της ανάδειξης της στάθμησης του δείκτη της ποιότητας ζωής

Οι *Costanza et al (2007)*, παρουσιάζουν έναν ολοκληρωμένο ορισμό για την ποιότητα ζωής συνδυάζοντας τις ανθρώπινες ανάγκες με την υποκειμενική ευημερία ή ευτυχία. Προτείνεται μια πολυδιάστατη εκδοχή υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων. Η εμπειρία του ατόμου πολλές φορές εκφράζεται ως ποιότητα ζωής και η κατανόηση και μέτρησή της έχει υπάρξει πόλος έλξης έρευνας για την επιστημονική κοινότητα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν μια έρευνα του ινστιτούτου για επιστημονικές πληροφορίες αναδεικνύει πάνω από 55.000 αναφορές που χρησιμοποιούν τον όρο «ποιότητα ζωής». Ως γενικός όρος αναφέρεται είτε πόσο καλά εκπληρώνονται οι ανθρώπινες ανάγκες είτε όσον αφορά το βαθμό ικανοποίησης. Υπάρχουν δυο βασικές μεθοδολογίες μέτρησης, οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί δείκτες που δείχνουν το βαθμό εκπλήρωσης των ανθρώπινων αναγκών και τα αναφερόμενα επίπεδα ευτυχίας, ευχαρίστησης και αρέσκειας που ορίζεται ως η υποκειμενική ευημερία. Ωστόσο, πολλές φορές φαίνεται ότι είτε κάποια μέτρα αντικειμενικής ποιότητας ζωής ίσως δεν είναι ικανά ή αξιόπιστα είτε κάποια άτομα δεν μπορούν να παρέχουν υποκειμενικές και αξιόπιστες αναφορές με αποτέλεσμα οι αρθρογράφοι να προτείνουν τη συνολική ποιότητα ζωής, η οποία είναι ένας συνδυασμός αυτών των δυο προσεγγίσεων. Ως συνέπεια δίνουν έναν ολοκληρωμένο ορισμό της ποιότητας ζωής:

«Η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο οι αντικειμενικές ανθρώπινες ανάγκες εκπληρώνονται σε σχέση με προσωπικές ή ομαδικές αντιλήψεις της υποκειμενικής ευημερίας.»

Αντίστοιχα, για τους *Diener & Suh (1997)* υπάρχουν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις για την ποιότητα ζωής.

- I. Η πρώτη προσέγγιση περιγράφει χαρακτηριστικά της καλής ζωής βάσει θρησκευτικών, φιλοσοφικών και άλλων συστημάτων. Δε βασίζεται στην υποκειμενική εμπειρία ούτε στην εκπλήρωση των επιθυμιών. Αντίθετα, προσεγγίζει τις κοινωνικές επιστήμες και τους ανάλογους δείκτες.
- II. Η δεύτερη προσέγγιση για την καλή ζωή αφορά την ικανοποίηση των προτιμήσεων. Τα άτομα βελτιώνουν την ποιότητα ζωής βάσει της απόκτησης των πραγμάτων που επιθυμούν και του περιορισμού των πόρων.
- III. Η τρίτη προσέγγιση ορίζεται σε όρους της εμπειρίας των ατόμων. Σχετίζεται με την αξιολόγηση της ζωής από το ίδιο το άτομο, δηλαδή σχετίζεται με την υποκειμενική ευημερία.

Η ομάδα ερευνών *WHOQOL* (1995), αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως **«η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο της κουλτούρας και των συστημάτων αξίας στα οποία ζουν και η σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις πεποιθήσεις τους»**. Είναι ένας ευρύς ορισμός που ενσωματώνει με περίπλοκο τρόπο τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τα προσωπικά πιστεύω σε σημαντικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικά επισημαίνεται ότι ο ορισμός υπογραμμίζει την υποκειμενική ποιότητα ζωής, περιλαμβάνει θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά, ενώ η πλευρά της είναι πολυδιάστατη.

2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες, τρόποι μέτρησης και δείκτες ποιότητας ζωής

Οι αντιλήψεις σχετικά με τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής ποικίλουν ως αντικείμενο αλλά και μεταξύ διαφορετικών ατόμων και εθνών. Συγκεκριμένα ως επί των πλείστων υπάρχει ο διαχωρισμός σε υποκειμενική αντιληπτή ποιότητα ζωής και σε ποιότητα ζωής σε αντικειμενικούς όρους. Έτσι, σύμφωνα με την παρακάτω εξεταζόμενη βιβλιογραφία μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες (αντικειμενικοί) είναι η βάση των όρων που συνήθως χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής.

Από την άλλη, υπάρχει η υποκειμενική ευημερία η οποία για τον καθένα αξιολογείται και παρουσιάζεται με διαφορετικό τρόπο. Τα αποτελέσματα από τις έρευνες που πραγματοποιούνται για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής με τη μορφή των ερωτηματολογίων μπορούν να εξάγουν διαφορετικές απαντήσεις για κάθε άτομο. Αυτό έχει ως συνέπεια, βάσει των απαντήσεων να μην υπάρχει κάτι συγκεκριμένο ώστε να προσδιορίζει την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, συνήθως οι ερωτήσεις που τίθενται παρουσιάζονται κάπως έτσι : «Πόσο χαρούμενος αισθάνεστε με τη ζωή σας;» και βαθμολογούνται βάσει κάποιας κλίμακας. Γι' αυτό πολλοί ερευνητές τις πιο πολλές φορές αναφέρονται σε όρους ευτυχίας, ευημερίας ή ικανοποίησης από τη ζωή όπως την αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι. Παρακάτω παραθέτονται μελέτες αρθρογράφων σχετικά με την αντίληψη τους για τη διάκριση των προσδιοριστικών παραγόντων, των τρόπων μέτρησης και των δεικτών ποιότητας ζωής. Έτσι αρχικά, θα αναφερθούν οι απόψεις για το τι είναι τελικά αυτό που προσδιορίζει την ποιότητα ζωής.

Ο *Musschenga* (1997) ενστερνίζεται την άποψη ότι η ποιότητα ζωής μεταφράζεται με μια διαφορετική εκδοχή της ευτυχίας. Συγκεκριμένα τη διακρίνει σε θετική πνευματική κατάσταση, ικανοποίηση ως η αξιολόγηση της επιτυχίας στην κατανόηση ενός σχεδίου ζωής ή προσωπικής αντίληψης της καλής ζωής και τελειότητα/υπεροχή ως η αρετή ή η αξία των δραστηριοτήτων του ατόμου. Οι συνθήκες για ευτυχία ταξινομούνται σε οικογενειακές συνθήκες όπου υπάρχει ο πλούτος και άλλες απρόσωπες πηγές, σε ατομικές συνθήκες που αφορούν φυσικές, επικοινωνιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές ιδιότητες και καλή τύχη. Επίσης, επισημαίνεται η συνεισφορά της υγείας στην ευτυχία. Η υγεία ορίζεται ως η σωματική και ψυχική ικανότητα να εκπληρώσει βασικές ανάγκες στην κανονική λειτουργία, στους βασικούς κοινωνικούς ρόλους. Δεν είναι απαραίτητη για την ευτυχία, αφού υπάρχουν ασθένειες, εμπόδια καθώς και αντικειμενικές συνθήκες όπως φύλο, εισόδημα, συνθήκες ζωής αλλά και κοινωνική υποστήριξη και ψυχολογικά μονοπάτια προσωπικότητας.

Η *Berger-Schmitt* (2002) ενσωματώνει την κοινωνική συνοχή στα στοιχεία της ποιότητας ζωής και διακρίνει δυο ουσιαστικές διαστάσεις που πρέπει να θεωρούνται ανεξάρτητες η μια από την άλλη σε ένα βαθμό. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται διάσταση ανισότητας. Αφορά τον στόχο πρόωθησης

ίσων ευκαιριών και μείωσης ανισοτήτων και διαχωρισμού μέσα σε μια κοινωνία, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η δεύτερη διάσταση ονομάζεται διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου. Αφορά τον στόχο ενδυνάμωσης κοινωνικών σχέσεων, επικοινωνίας και δεσμών και βελτιώνει όλες τις πλευρές που θεωρούνται ως κοινωνικό κεφάλαιο για μια κοινωνία γενικά.

Οι *Lin, Lin & Fan (2013)*, διακρίνουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία (HQOL) αναφέροντας ότι επικεντρώνεται στις επιδράσεις της ασθένειας και της θεραπείας στην ποιότητα ζωής, εν αντιθέσει με τις άλλες εκδοχές που περιλαμβάνουν όλες τις πλευρές της ζωής. Με άλλα λόγια, αναφέρονται στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και αντιδρούν τα άτομα σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και στις μη ιατρικές πλευρές της ζωής που σχετίζονται με την υγεία όπως σωματική, λειτουργική, συναισθηματική και ψυχική ευημερία όπως και σε σχέση με παράγοντες διαφορετικούς από την υγεία: εργασία, οικογένεια, φίλοι και άλλες καταστάσεις στη ζωή. Η εκδοχή της HQOL βασίζεται στην υγεία και ποιότητα ζωής που επηρεάζεται από εμπειρίες ατόμων, πιστεύω, προσδοκίες και αντιλήψεις. Η καλή υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθενείας αλλά μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί στη μέτρηση της καθώς υπάρχει έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας και αποτελεσματικότητας μέτρησης. Ταυτόχρονα, περιλαμβάνει υποκειμενικά και αντικειμενικά στοιχεία που το καθένα εσωκλείει διαφορετικούς ορισμούς και μεθοδολογίες. Έτσι, η επιλογή, η εγκυρότητα τους και γενικά η σύσταση των δεικτών αποτελεί πρόκληση για τον κάθε ερευνητή.

Ο *Downie (2000)*, αρχικά, επισημαίνει την ιατρική άποψη που υποστηρίζει ότι η ποιότητα έχει αξία βάσει δεδομένων χαρακτηριστικών, ενώ, έπειτα, τονίζει τη μεταμοντέρνα εκδοχή που υποδεικνύει την προτίμηση του ατόμου για την ποιότητα ζωής. Εν συνεχεία διακρίνει δυο όρους για την ποιότητα ζωής, την ευτυχία και την ευημερία, όπως και μια άλλη εκδοχή, όχι τόσο ατομικιστική, που αφορά την σύνδεση του ατόμου με την κοινωνία ως αναπόσπαστο κομμάτι. Έτσι, λόγω των διαφορετικών απόψεων υπάρχουν ποικίλες ερμηνείες των αποτελεσμάτων, ενώ υπάρχει ασυνεννοησία και δυσκολία στη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Γι' αυτό, έχουν διαμορφωθεί διάφορες κλίμακες

με τη βοήθεια και χρήση των ερωτηματολογίων, ωστόσο όπως επισημαίνεται πολλές φορές αυτές οι κλίμακες ίσως αποτυγχάνουν.

Οι *Costanza et al (2007)* χωρίζουν τους δείκτες ποιότητας ζωής ως εξής:

1. Οι **αντικειμενικοί** δείκτες

Περιλαμβάνονται δείκτες οικονομικής παραγωγής, ποσοστά αλφαριθμητισμού, προσδόκιμο ζωής και άλλα δεδομένα που μπορούν να συγκεντρωθούν χωρίς υποκειμενική αξιολόγηση. Αυτοί οι δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ξεχωριστά ή σε συνδυασμό όπου σχηματίζουν σύνθετους δείκτες όπως ο δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (1998).

Οι *Diener & Suh (1997)* αναφέρουν ότι οι αντικειμενικοί ή κοινωνικές δείκτες είναι κοινωνικά μέτρα που αντανakλούν τις αντικειμενικές συνθήκες των ανθρώπων σε ένα πολιτιστικό ή γεωγραφικό σώμα. Βασίζονται σε αντικειμενικές, ποσοτικές και στατιστικές αντί υποκειμενικές αντιλήψεις των ατόμων. Προέρχονται κυρίως από οικολογία, ανθρώπινα δικαιώματα, ευημερία και εκπαίδευση. Τα πλεονεκτήματα των κοινωνικών δεικτών είναι η αντικειμενικότητα, η αντανάκλαση των κανονιστικών κοινωνικών προτύπων και άλλων σημαντικών πλευρών που οι οικονομικοί δείκτες δεν καλύπτουν. Παρ' όλα αυτά, συχνά μπορεί να είναι σφαλεροί, υπάρχει δυσκολία στην ερμηνεία, υπάρχει υποκειμενικότητα στην επιλογή και μέτρηση των μεταβλητών, καθώς και πιθανή στάθμιση που ίσως χρειάζονται.

Οι *Sores & Peto (2015)* στο άρθρο τους, σύμφωνα με την προσέγγιση του Erik Allart που έχει ως βάση την ιεραρχία του Maslow, αναφέρουν και αυτοί τη διάκριση σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες. Οι αντικειμενικοί δείκτες αφορούν την αντικειμενική μέτρηση των συνθηκών ζωής και περιβαλλοντολογικών συνθηκών. Σε αυτή την κατηγορία δεικτών περιλαμβάνονται τα πρωταρχικά κέρδη, η επαγγελματική κατάσταση, η διαθεσιμότητα των αγαθών, καθώς και εθνικοί οικονομικοί δείκτες όπως το ΑΕΠ. Δηλαδή, θεωρούν ως αντικειμενικούς δείκτες την ευημερία, τα πρότυπα ζωής, τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες ζωής.

2. Οι **υποκειμενικοί** δείκτες

Περιλαμβάνουν αξιολογήσεις ή δείκτες ευτυχίας, ικανοποίησης, ευημερίας ή άλλων παρόμοιων. Αφορούν αξιολογήσεις από τα ίδια τα άτομα που

βασίζονται είτε σε έρευνες είτε σε συνεντεύξεις και μετρούν τις συγκρίσεις των προσωπικών εμπειριών ζωής.

Αντίστοιχα, οι *Diener & Suh (1997)* αναφέρουν ότι υπάρχουν τρία συστατικά στοιχεία υποκειμενικής ευημερίας, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευχάριστη και η όχι τόσο ευχάριστη. Οι υποκειμενικοί δείκτες αφορούν την ευχαρίστηση που υπάρχει βάσει των συνθηκών ζωής, δηλαδή το συναίσθημα της ευτυχίας. Τα πλεονεκτήματα αυτών των δεικτών είναι ότι πιάνουν τις σημαντικές εμπειρίες των ατόμων, είναι εύκολα τροποποιήσιμοι και μπορούν να συγκριθούν με τους αντικειμενικούς δείκτες. Ωστόσο, ίσως δεν είναι ακριβείς ή να μην υπάρχουν ικανές αξιολογήσεις, δεν αντανakλούν την αντικειμενική ποιότητα ζωής και, τέλος η υποκειμενική ευημερία ποικίλει μεταξύ διαφόρων εθνών.

Οι *Sores & Peto (2015)* χωρίζουν την κατηγορία των υποκειμενικών δεικτών σε τομείς όπως η οικογενειακή ζωή, η εργασιακή ζωή και ησχόλη που είναι σχετικά σταθερά στο χρόνο και αφορούν τη ζωή γενικότερα. Με άλλα λόγια υποκειμενικοί δείκτες θεωρούνται η ευεξία, η ικανοποίηση, η ευτυχία και η ευχαρίστηση.

Στο άρθρο των *Diener & Suh (1997)* επισημαίνεται η ανάγκη ενός συνδυασμού κοινωνικών δεικτών και υποκειμενικής ευημερίας καθώς θεωρείται σημαντική η συμπληρωματικότητά τους.

Αντίθετα, οι *Abbott & Wallace (2012)* βασίζονται στο μοντέλο κοινωνικής ποιότητας για να μετρήσουν την ευημερία και ποιότητα ζωής της κοινωνίας βάσει εύκολα προσιτών δεικτών σε διαφορετικά σημεία του χρόνου. Έτσι, το μοντέλο αναγνωρίζει τέσσερις τομείς:

- **Η κοινωνικό-οικονομική ασφάλεια:**

Είναι η διαβεβαίωση ότι υπάρχουν οι πόροι που χρειάζονται οι άνθρωποι για να είναι ενεργοί πολίτες και να έχουν έναν αξιοπρεπή τρόπο ζωής καθώς και τις ευκαιρίες. Οι δείκτες που χρησιμοποιούν στην εμπειρική τους μελέτη είναι το εισόδημα, ο δείκτης στέρησης (ικανοποίηση από την αγορά ουσιαστικών αγαθών και υπηρεσιών), ο δείκτης απόλυτης φτώχειας (μη ικανότητα για αγορά φαγητού) και, τέλος, ο υποκειμενικός δείκτης σχετικής στέρησης (αξιολόγηση της επάρκειας του εισοδήματος).

- **Η κοινωνική συνοχή**

Είναι το συστατικό που δένει την κοινωνία, δημιουργεί εμπιστοσύνη και προϋποθέσεις για κοινωνική συμμετοχή, σταθερότητα και συνέχεια. Οι δείκτες που χρησιμοποιούν είναι η εμπιστοσύνη, η εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση και η αντίληψη της κοινωνικής διαμάχης.

- **Η κοινωνική ένταξη**

Πρόκειται για το βαθμό που οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε θεσμούς, οργανισμούς και κοινωνικά συστήματα. Οι δείκτες που χρησιμοποιούν είναι η κοινωνική υποστήριξη, η συχνότητα αλληλεπίδρασης με συγγενείς και φίλους, η οικογενειακή κατάσταση, η συμμετοχή στις εκλογές, η συναδελφικότητα σε πολιτικά κόμματα και τέλος ο δείκτης κοινωνικής ένταξης.

- **Η κοινωνική ενδυνάμωση**

Περιλαμβάνει τα μέσα που είναι αναγκαία (όπως η εκπαίδευση και η υγεία) και τα υποκειμενικά συναισθήματα ώστε τα άτομα να μπορούν να ενδυναμωθούν. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται είναι τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, η αυτοαξιολόγηση της υγείας και ο βαθμός προσανατολισμού.

Παρόμοια, στη μελέτη της *Eurofound* (2014) δίνεται έμφαση στην **κοινωνική συνοχή** και επισημαίνεται ότι δεν υπάρχει συνεννόηση για τον ορισμό της μέτρησής της. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι απευθύνεται στο σύνολο της κοινωνίας.

Συγκεκριμένα, οι τομείς της κοινωνικής συνοχής που αναφέρονται:

- Στη συνδεσιμότητα, όπου τα άτομα αισθάνονται συνδεδεμένα με τη χώρα τους και το αναγνωρίζουν, δείχνουν εμπιστοσύνη στους θεσμούς και αντιλαμβάνονται ότι τους συμπεριφέρονται δίκαια.
- Στις κοινωνικές σχέσεις, που αφορά τα άτομα που έχουν ισχυρά και ανθεκτικά κοινωνικά δίκτυα, έχουν μεγάλο βαθμό εμπιστοσύνης στους ανθρώπους καθώς και, αποδέχονται όσους έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και αξίες στη ζωής τους.
- Στην έμφαση για το κοινό καλό όπου υπάρχει αλληλεγγύη και σεβασμός για τους υπόλοιπους ανθρώπους, σεβασμός για τους κοινωνικούς κανόνες και ενεργή κοινωνική συμμετοχή.

Ο *Gehrmann* (1978) επισημαίνει ότι η επιλογή χρήσης των υποκειμενικών ή αντικειμενικών δεικτών θα πρέπει να εξαρτάται κάθε φορά από το είδος της

εργασίας που αναπτύσσεται. Με άλλα λόγια, αν ο σκοπός της εργασίας είναι να μετρηθεί η ικανοποίηση, οι προσδοκίες κ.α. μιας συγκεκριμένης ομάδας, τότε χρησιμοποιούνται οι υποκειμενικοί δείκτες με τη βοήθεια των συνεντεύξεων. Από την άλλη αν ο σκοπός της εργασίας είναι να μετρηθούν οι ανισότητες ως προς την υποδομή και τον κοινωνικό τομέα τότε εξυπηρετούν οι αντικειμενικοί δείκτες. Αυτό που επισήμαναν και οι *Diener & Suh*, υποστηρίζει και ο *Gehrmann*, δηλαδή, το πιο ισχυρό και αξιόπιστο αποτέλεσμα θα το έδινε ένας συνδυασμός αυτών των δυο συνόλων δεικτών, ωστόσο, δεν έχει υπάρξει επιτυχημένη εμπειρική προσέγγιση. Και εδώ αναφέρεται η δυσκολία λόγω της διαθεσιμότητας και επιλογής των δεικτών, δίνεται έμφαση στην άθροιση των δεικτών σε ένα μοναδικό δείκτη και την στάθμιση των δεικτών καθώς και η εφαρμογή ποικίλων μεθόδων μέτρησης. Έτσι, κάθε φορά τα αποτελέσματα ίσως επηρεάζονται υποκειμενικά σε ένα βαθμό από τον ερευνητή. Ο αρθρογράφος προτείνει να επικεντρώνονται για την ποιότητα ζωής σε εγκαταστάσεις υποδομής και σε αυτά τα στοιχεία του κοινωνικού τομέα που είναι μετρήσιμα βάσει αντικειμενικών όρων, ενώ απαραίτητη θεωρείται η στάθμιση των ποικίλων δεικτών. Αυτή η προσέγγιση ονομάζεται «πραγματική» προσέγγιση ή συνδυασμένη με σταθμισμένους αντικειμενικούς δείκτες.

Εναλλακτικά, οι *Maes et al (2015)* χρησιμοποιούν ως μέθοδο, το μοντέλο Εμπειριών (Experience Sampling Method) για να περιγράψουν και να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Πρόκειται για το σύνολο των στιγμιαίων εμπειριών στην υγεία για διαφορετικούς πληθυσμούς που βασίζεται σε συναισθήματα και συμπτώματα. Η ποιότητα της ζωής σε σχέση με την υγεία αφορά την αντίληψη του ατόμου για τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, το επίπεδο κοινωνικών και περιβαλλοντικών σχέσεων. Αυτή η προσέγγιση αφορά τη συλλογή ποικίλων αυτοαξιολογήσεων των ατόμων σχετικά με συναισθήματα του πραγματικού κόσμου, τις σκέψεις και τις δραστηριότητες σε περιβάλλον πραγματικού κόσμου. Συγκεκριμένα, στο άρθρο τους χρησιμοποίησαν ημερολόγια και ηλεκτρονικές συσκευές για να περισυλλέξουν αυτά τα στοιχεία. Ωστόσο, αντιμετώπισαν δυσκολίες καθώς υπήρξε χαμηλή συμμετοχή στα ερωτηματολόγια.

Αντίστοιχα, η *Oleson (1990)* επισημαίνει τη δυσκολία προσδιορισμού της υποκειμενικής αντιληπτής ποιότητας, ως συνέπεια τη δυσκολία μέτρησης της. Ωστόσο, όπως αναφέρει η αρθρογράφος, η ποικιλία της αρθρογραφίας έχει δείξει ότι υπάρχουν μέτρα που αντανακλούν τις κρίσιμες αποδόσεις της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, στους **δείκτες** που μπορούν να μετρήσουν την **ποιότητα ζωής** περιλαμβάνονται:

- Η ικανοποίηση από τη ζωή
- Η ευτυχία
- Η παγκόσμια ποιότητα ζωής

Σε μια προσπάθεια να αναφέρουν όλους τους **δείκτες και εργαλεία**, καθώς και τις μεθόδους έρευνας με τα οποία αξιολογείται η ποιότητα ζωής, οι *Hagerty et al (2001)* κατέγραψαν τα εξής:

1. Η Ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών
2. Το εργαλείο WHOQOL από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (*THE WHOQOL GROUP (1995)*)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έφτιαξε ένα εργαλείο ποιότητας ζωής που έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Πληροφορίες για τη λειτουργία του ατόμου
 - Παγκόσμιες αξιολογήσεις για τη λειτουργία του ατόμου
 - Υψηλές προσωπικές αξιολογήσεις για τη λειτουργία του ατόμου
3. Ο δείκτης εμπιστοσύνης του καταναλωτή (CCI)
 4. Οι πληροφορίες για την ποιότητα ζωής από το περιοδικό Money
 5. Ο δείκτης οικονομικής ευημερίας (IEWB)
 6. Ο δείκτης μοναδικής εξέλιξης (GPI)
 7. Ο δείκτης αμερικανικών δημογραφικών ευημερίας
 8. Ο δείκτης ποιότητας ζωής του Johnston
 9. Το Ευρωβαρόμετρο
 10. Η κλίμακα ευτυχισμένου προσδόκιμου ζωής του Veenhoven (HLE)
 11. Ο δείκτης διεθνούς ζωής
 12. Ο δείκτης U.N. Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI)

Ο *Ursenau* (2013) αναφέρει ότι για να γίνουν συγκρίσεις διαφορετικών καθεστώτων ευημερίας σε διεθνές επίπεδο χρησιμοποιείται ο **δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης** που συχνά χαρακτηρίζεται αρκετά περίπλοκος. Έχει τρία συστατικά στοιχεία, τη ζωή, την εκπαίδευση και το εισόδημα που εκφράζουν την πρόσβαση στους απαραίτητους πόρους για άνετες συνθήκες διαβίωσης. Έχει τιμές 0-1, όπου 0 χαμηλό και 1 υψηλό.

13. Ο δείκτης κοινωνικής υγείας του Miringoff
14. Οι έρευνες για την ποιότητα ζωής σε επίπεδο κράτους
15. Ο δείκτης κοινωνικής εξέλιξης του Estes (ISP)
16. Οι βασικοί και ανεπτυγμένοι δείκτες ποιότητας ζωής του Diener
17. Η κλίμακα της λεπτομερούς ποιότητας ζωής του Cummins (ComQol)
18. Η Βόρεια Αμερικανική Κοινωνική Αναφορά του Μιχάλου
19. Ο σταθμός Καιρού των Φιλιππίνων
20. Ο δείκτης συνθηκών διαβίωσης της Ολλανδίας (LCI)
21. Το Γερμανικό σύστημα του κοινωνικού δείκτη
22. Το Σουηδικό Σύστημα ULF

Οι περισσότεροι από τους δείκτες δεν υποκρύπτουν κάποια σχετική θεωρία γι' αυτό οι αρθρογράφοι προτείνουν μια ορολογία για συγκεκριμένους τομείς της αντιληπτής ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετα, οι δείκτες πρέπει να διακρίνουν τις μεταβλητές που χρησιμοποιούν και να μη αθροίζουν διάφορες μεταβλητές που δεν σχετίζονται. Τέλος, οι αρθρογράφοι αναφέρουν ως σημαντικά στοιχεία την ικανότητα και την στάθμιση αυτών των δεικτών για να δίνουν αξιόπιστα αποτελέσματα.

2.3 Επίλογος

«Η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη της υποκειμενικής ευημερίας που μετριέται από κοινωνικούς δείκτες αντί από ποσοτικά μέτρα εισοδήματος και παραγωγής». ΟΟΣΑ ⁶

Αυτός ο ορισμός δίνεται από τη συγκεκριμένη βάση δεδομένων, ωστόσο σύμφωνα με την εξεταζόμενη αρθρογραφία η ποιότητα ζωής δεν ορίζεται τόσο εύκολα. Πρόκειται για ένα σύνθετο όρο που περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής. Κρίνεται βάσει των αναγκών του ατόμου, του λειτουργικού περιβάλλοντος, των θρησκευτικών και φιλοσοφικών πεποιθήσεων, των επιθυμιών, των εμπειριών, των κοινωνικών σχέσεων, των προσωπικών πιστεύω και της ψυχολογικής κατάστασης κάθε ατόμου.

Οι μελέτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής επικεντρώνονται, κυρίως, σε κοινωνικοοικονομικούς και υποκειμενικούς παράγοντες. Κάπως έτσι, κατά κόρον, διαχωρίζουν και τους δείκτες της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρησή της. Οι αρθρογράφοι αναφέρονται σε διάφορους δείκτες καθώς και σε ποικίλους τρόπους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Οι πιο σημαντικοί και συχνά χρησιμοποιούμενοι αντικειμενικοί δείκτες μπορούν να θεωρηθούν η επαγγελματική κατάσταση, οι συνθήκες ζωής, η υγεία και το εισόδημα. Ενώ, για την υποκειμενική ευημερία θεωρούνται η ευημερία, η ικανοποίηση από τη ζωή και η ευτυχία. Αυτό που κρίνεται απαραίτητο από τους αρθρογράφους είναι η χρήση ενός συνδυασμού των δύο κατηγοριών δεικτών για να αποφέρουν πιο ισχυρά αποτελέσματα σε κάθε μελέτη.

⁶ Δίνεται ο ορισμός της ποιότητας ζωής: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2218>

Κεφάλαιο 3ο Βιβλιογραφική επισκόπηση της σχέσης κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής

3.1 Ο ρόλος της κοινωνικής προστασίας στην ποιότητα ζωής

Γενικά, οι απόψεις για το όφελος της κοινωνικής προστασίας προς την ποιότητα ζωής ποικίλουν. Από τη μια υπάρχουν οι απόψεις ότι οι χώρες με γενναιοδωρα προγράμματα κοινωνικής προστασίας έχουν υψηλότερο βαθμό ευημερίας, ενώ, όταν μειώνονται οι παροχές αντίστοιχα μειώνεται και η ευημερία των ανθρώπων. Από την άλλη, υπάρχουν οι αντιλήψεις ότι και οι δυο αντίθετες καταστάσεις ίσως οδηγήσουν σε αντίστροφα αποτελέσματα. Δηλαδή, από τη μια πιο γενναιοδωρα προγράμματα ίσως χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής, ενώ, από την άλλη αν μειωθούν οι παροχές δε μειώνεται απαραίτητα το επίπεδο ποιότητας ζωής.

Η *Dumbraveanu (2015)* προσπαθεί να δώσει κάποια απάντηση σε αυτό το αμφιλεγόμενο θέμα που αφορά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων με την κρατική πρόνοια ή όχι. Με άλλα λόγια έχει σκοπό να παρέχει εμπειρικά στοιχεία για τη σχέση κοινωνικών δαπανών και ικανοποίησης από τη ζωή ως proxy για την ευημερία. Χρησιμοποιούνται panel δεδομένα με GMM μέθοδο για ένα σύνολο δεδομένων 21 Ευρωπαϊκών χωρών για τη χρονική περίοδο 2004-2011. Όπως φαίνεται στην προσπάθεια τους, οι περισσότερες κυβερνήσεις να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής αυξάνουν τη γενναιοδωρία των παροχών και αυξάνουν τις κοινωνικές δαπάνες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταφέρνουν να τις χρηματοδοτούν αυξάνοντας το χρέος τους. Προσωρινά υπάρχει η βελτίωση στην ποιότητα ζωής, ωστόσο μακροπρόθεσμα φαίνεται ότι το αυξανόμενο χρέος υπερφορτώνει τον κρατικό προϋπολογισμό, μειώνει τελικά το εισόδημα και εν τέλει μειώνει την ποιότητα ζωής. Σημαντική παρατήρηση γίνεται για τις μελλοντικές γενεές που θα καλεστούν να εξοφλήσουν αυτό το χρέος με χειρότερη ποιότητα ζωής.

Παρόμοια, οι *Pacek & Padcliff (2008)*, έχοντας ως βάση τα εθνικά ποσοστά ικανοποίησης από τη ζωή στις βιομηχανικές δημοκρατίες τη χρονική περίοδο 1970-2008 πραγματοποιούν τη μελέτη τους για να βρουν τη σχέση κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται συνολικά δεδομένα που αφορούν την ικανοποίηση από τη ζωή για 11 κράτη

μέλη της Ε.Ε. (Ευρωβαρόμετρο) που τα αποτελέσματα τους συγκρίνονται με ένα ευρύτερο δείγμα δεδομένων 17 βιομηχανικών δημοκρατιών (Έρευνα Παγκόσμιων Αξιών). Το κύριο εύρημα είναι ότι η κρατική πρόνοια συνεισφέρει στην ευημερία της ζωής. Με άλλα λόγια τα άτομα νοιώθουν ικανοποίηση από τη ζωή όσο η γενναιοδωρία της κρατικής πρόνοιας αυξάνεται.

Σε άλλη τους μελέτη οι ίδιοι αρθρογράφοι εξετάζουν 18 βιομηχανικές δημοκρατίες για τη χρονική περίοδο 1981-2000 ώστε να δουν την ίδια σχέση δίνοντας έμφαση στη βιομηχανική κρατική πρόνοια. Αυτό που προκύπτει σε διάφορα μοντέλα όπου εξετάζονται είναι μια θετική σχέση της βιομηχανικής κρατικής πρόνοιας με την ποιότητα ζωής. Δηλαδή η γενναιοδωρία της κρατικής πρόνοιας ασκεί μια σημαντική και θετική επίδραση στην ικανοποίηση ζωής και ευτυχία. (*Pacek & Padcliff (2008)*)

Ο *Scully (2001)*, αρχικά παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο και εν συνεχεία εξετάζει εμπειρικά τη σχέση των κρατικών δαπανών και της ποιότητας ζωής. Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται αφορούν 112 χώρες και τη χρονιά 1995. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι δαπάνες είναι υψηλότερες από τις απαραίτητες για να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής. Από την άλλη, μια μείωση των δαπανών δε θα μείωνε την ποιότητα ζωής. Όπως εξηγεί, σε πολλές οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες η ποσότητα των κατά κεφαλήν δαπανών κατανάλωσης είναι υψηλότερη από τις απαραίτητες για να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής. Έτσι, βάσει των δεικτών που χρησιμοποιεί, φαίνεται ότι ίσως μπορεί να μειωθεί αυτή η ποσότητα των δαπανών χωρίς να μειωθεί απαραίτητα η ποιότητα ζωής.

Από την άλλη, ο *Barrientos (2011)* δείχνει τις διαστάσεις της κοινωνικής προστασίας με την αναφορά του κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτές τις χώρες τα εργαλεία της κοινωνικής ασφάλισης και οι κανόνες της αγοράς εργασίας έχουν πολύ μικρή συνεισφορά στη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων, εν αντιθέσει με τις αναπτυσσόμενες. Γενικά, στις αναπτυσσόμενες η κοινωνική βοήθεια συνεισφέρει όταν τα άλλα εργαλεία της κοινωνικής προστασίας έχουν αποτύχει. Οι κύριοι στόχοι των προγραμμάτων κοινωνικής βοήθειας στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι να μειωθεί η φτώχεια και να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Με άλλα λόγια, σκοπεύει να δυναμώνει την παραγωγική κάλυψη με επένδυση, να βελτιώνει

την πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες για τις ευπαθείς ομάδες και τέλος, να ενθαρρύνει τη συμμετοχή στα κοινά απωθώντας τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι *Niedzwiedz, Katrikireddi, Pell & Mitchell (2014)*, χρησιμοποιούν δεδομένα από 13 Ευρωπαϊκές χώρες από τα Κύματα 2 και 3 της Έρευνας Υγείας, Γήρανσης και Συνταξιοδότησης στην Ευρώπη για να δουν την επίδραση του κάθε τύπου προνοιακού καθεστώτος στην ποιότητα ζωής. Πραγματοποιήθηκε πολυεπίπεδη γραμμική παλινδρόμηση για να αξιολογηθεί η σχέση της κοινωνικής θέσης και της ποιότητας ζωής καθώς και η επίδραση από τον κάθε τύπο προνοιακού καθεστώτος. Όπως φάνηκε τα άτομα σε πιο γενναιόδωρα συστήματα είχαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, όπως επίσης και χαμηλότερες ανισότητες ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, για το επίπεδο ποιότητας ζωής, τα Νοτιότερα και τα Μετακομμουνιστικά συστήματα κρατικής πρόνοιας φαίνεται να μην καταφέρνουν να φτάσουν τα χαμηλότερα επίπεδα ζωής μεταξύ των Σκανδιναβικών χωρών και των χωρών που ακολουθούν το Bismarck σύστημα κρατικής πρόνοιας.

Στη μελέτη τους οι *Belot, Boonet & Van Ourst, (2007)*, χρησιμοποιούν cross-country time series δεδομένα για 17 χώρες του ΟΟΣΑ για να δουν τη σχέση της προστασίας της απασχόλησης με την ευημερία. Έτσι φαίνεται ότι από κάποια αυξανόμενη προστασία και πάνω δεν αυξάνεται πράγματι η ευημερία. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι σε χαμηλά επίπεδα προστασίας μια αύξηση στην προστασία ενισχύει την ανάπτυξη, ενώ, σε υψηλά επίπεδα προστασίας μια αύξηση στην προστασία είναι βλαβερή για την ανάπτυξη. Οι αρθρογράφοι προσπαθούν να βρουν το βέλτιστο βαθμό προστασίας καθώς το ακριβές επίπεδο καθορίζεται από τους θεσμούς της αγοράς εργασίας όπως άκαμπτους μισθούς και επίπεδα αναδιανομής.

Στο άρθρο τους οι *Clark & Postel-Vinay (2009)* εξετάζουν πιο διεξοδικά την προστασία της εργασίας. Χρησιμοποιούν Panel δεδομένα της Ευρωπαϊκής κοινότητας νοικοκυριών για να εξετάσουν την ασφάλεια της εργασίας σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες και να τη συσχετίσουν με την αυστηρότητα της νομοθεσίας για την προστασία της απασχόλησης και τη γενναιοδωρία των επιδομάτων. Τα συνολικά αποτελέσματα είναι ότι η αντιληπτή ασφάλεια εργασίας σε μη δημόσιους τομείς είναι χαμηλότερη σε χώρες με αυστηρότερη νομοθεσία αλλά υψηλότερη σε χώρες με πιο γενναιόδωρα επιδόματα ανεργίας.

Οι *Ferrera, Matsaganis & Sacchi (2002)* δίνουν έμφαση στην παρουσία της κοινωνική ένταξης ώστε να αντιμετωπίζονται φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού. Το 2000 υπήρξε μια προσέγγιση στον τομέα της απασχόλησης και σε άλλους τομείς, με πιο σημαντικό τις πολιτικές καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού υπό τη μέθοδο συντονισμού που συζητήθηκε στο Πορτογαλικό Προεδρείο. Τα κύρια θεσμικά στοιχεία είναι συνήθεις κατευθυντήριες γραμμές, πλάνα εθνικής δράσης, κριτικές νέων, αναφορές αξιολόγησης και συστάσεις. Το 2001 φανερώθηκε υπό αυτή τη μέθοδο ο κοινωνικός αποκλεισμός. Αν και τα ουσιαστικά όρια αυτής της πολιτικής είναι σχετικά ασαφή, ο αντικειμενικός του πυρήνας παίζει κεντρικό ρόλο για το Ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο. Κυρίαρχος στόχος είναι η εξασφάλιση του ατόμου σε ένα υπόβαθρο δικαιωμάτων και πόρων για συμμετοχή στην κοινωνία.

Τέλος, ο *Nelson (2013)* στηρίζει τη μελέτη του σε δεδομένα για 28 Ευρωπαϊκά συστήματα ευημερίας για την περίοδο 1990-2008. Η έρευνα του αφορά τη σχέση της κοινωνικής βοήθειας με την αντιμετώπιση της φτώχειας. Όπως προκύπτει η κοινωνική βοήθεια για αυτές τις χώρες δεν επαρκεί για την εξάλειψη της φτώχειας, επισημαίνοντας ότι αυτά τα συστήματα ολοένα και περισσότερο περικόπτονται.

3.2 Αποτελέσματα εμπειρικών μελετών αναφορικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μπορούμε να εξετάσουμε την υπάρχουσα αρθρογραφία για τα εμπειρικά αποτελέσματα όσον αφορά τόσο τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής όσο και τη σχέση τους με την κοινωνική προστασία.

Οι *Bjornkov, Dreher & Fischer (2008)* χρησιμοποιούν cross-country δεδομένα από την Έρευνα Παγκόσμιων Αξιών για 70 χώρες και 54 διαφορετικούς παράγοντες, ώστε να εξετάσουν την επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή. Η μέθοδος που χρησιμοποιούν είναι η Ordered Probit και για το Robustness Test χρησιμοποιείται η Extreme Bounds Analysis. Οι παράγοντες που εξετάζονται χωρίζονται σε πολιτικούς, οικονομικούς, θεσμικούς και ανθρώπινης ανάπτυξης/κουλτούρας. Όπως βρίσκουν από την εμπειρική

ανάλυση, οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες σε άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνονται και εδώ. Με άλλα λόγια παράγοντες όπως το εθνικό εισόδημα, τα χαρακτηριστικά ευημερίας, η δημοκρατία, τα ποσοστά ανεργίας και η υψηλότερη εκπαίδευση δεν είχαν κάποια σημαντική σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή όπως φάνηκε στη μελέτη. Αντιθέτως, στους παράγοντες που εξετάστηκαν βρέθηκε ότι οι παρακάτω παράγοντες είχαν την πιο σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή: το άνοιγμα στο εμπόριο και σε επενδύσεις, η παιδική θνησιμότητα, τα χρόνια ανεξαρτησίας μιας χώρας, η πλειοψηφία των Χριστιανών, ο αριθμός των αιθουσών στο κοινοβούλιο και η ύπαρξη Κομμουνισμού στα παρελθόντα έτη.

Από την άλλη, οι *Grasso & Canova (2008)* προσεγγίζουν την ποιότητα ζωής βάσει διαφόρων κοινωνικών δεικτών για 25 Ευρωπαϊκές χώρες. Σημαντικό εύρημα είναι ότι από οικονομικής άποψης της ευημερίας στις αναπτυσσόμενες χώρες, το ΑΕΠ είναι το πιο λογικό συνθετικό μέτρο για την ποιότητα ζωής, όταν άλλες εκδοχές όπως η εκπαίδευση, το προσδόκιμο ζωής, η υγεία και συνθήκες ασφάλειας δε δείχνουν κάποια σχέση. Αντίστροφα αποτελέσματα φαίνεται ότι ισχύουν για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Οι *Bowling & Windsor (2001)* εξετάζουν τυχαίο δείγμα ενηλίκων στη Βρετανία με τους δείκτες κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης: την υποχρεωτική εκπαίδευση, την κοινωνική τάξη, το ετήσιο εισόδημα και την στέγαση, την οικογενειακή κατάσταση, την περιοχή κατοικίας, το μέγεθος νοικοκυριού, την ηλικία και τον αριθμό παιδιών, την ηλικία και το φύλο και τους υποκειμενικούς δείκτες και την υγεία που βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια. Αυτό που αναδεικνύει το άρθρο είναι ότι η υγεία φαίνεται να μην είναι σημαντικός παράγοντας στη συγκεκριμένη έρευνα. Από την άλλη η ποιότητα ζωής ερμηνεύτηκε σχετικά σε χαμηλό βαθμό από τους αντικειμενικούς και κοινωνικό-δημογραφικούς δείκτες (στο 5%). Την περισσότερη επίδραση στην ερμηνεία την είχαν οι υποκειμενικοί δείκτες για τις εξεταζόμενες πλευρές της ζωής. Ενώ λόγω της φύσης της ποιότητας ζωής (άμορφη) η διακύμανση του μοντέλου ήταν χαμηλή.

Μέχρι τώρα σε αυτή την υπό-ενότητα δείξαμε κάποιες εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν, μέσω των αποτελεσμάτων τους, τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Όπως θα δούμε πιο κάτω η πλειοψηφία των

ερευνών επικεντρώνεται στους υποκειμενικούς παράγοντες για να δείξει τη σχέση με την κρατική πρόνοια.

Αρχικά, οι *Veenhoven & Ouwenel (1995)* προσπάθησαν να μελετήσουν τη βιωσιμότητα της κρατικής πρόνοιας συγκρίνοντας χώρες και αξιολογώντας τες αν θα είναι βιώσιμες με το να παρέχουν περισσότερη κρατική πρόνοια. Όπως αναφέρουν, η βιωσιμότητα μπορεί να μετρηθεί από το βαθμό που τα άτομα ζουν περισσότερο λόγω καλής υγείας και που αισθάνονται ευτυχισμένοι. Από την άλλη, η κρατική πρόνοια μπορεί να μετρηθεί βάσει των προτύπων ευημερίας και από το μέγεθος των κρατικών δαπανών. Έχοντας υπόψη δυο αντίθετες απόψεις, η πρώτη ότι η κρατική πρόνοια ευνοεί τα άτομα και η δεύτερη ότι η κρατική πρόνοια δυσχεραίνει τις συνθήκες, χρησιμοποιούν δεδομένα για την αυτοεκτίμηση της ζωής για 27 χώρες και για την μακροζωία από 97 χώρες για το 1980. Αυτό που φαίνεται είναι ότι δεν υπάρχει κάποια σχέση στο μέγεθος της κρατικής πρόνοιας και στη βιωσιμότητα, ούτε ότι απαιτείται να υπάρχει ένα ελάχιστο επίπεδο κρατικής πρόνοιας. Έτσι, φαίνεται ότι δεν υπάρχει κάποιο ξεκάθαρο συμπέρασμα, το οποίο δικαιολογείται από την ανεπάρκεια των δεικτών ή των μεταβλητών ως προς την εγκυρότητά τους, από τη μικρή χρονική περίοδο ή ακόμα και από την ανάγκη περαιτέρω χρήσης control μεταβλητών.

Σε άλλη της μελέτη η *Veenhoven (2000)*, πραγματοποιεί συγκριτική μελέτη για 41 έθνη για την περίοδο 1980-1990 για να δει αν η ευημερία είναι υψηλή στην κρατική πρόνοια και αν η αναδιανομή είναι πιο ισότιμη. Εδώ η κρατική πρόνοια εξετάζεται βάσει δαπανών κοινωνικής προστασίας, ενώ η ευημερία ανάλογα το βαθμό που ζουν με υγεία και ευτυχία. Όπως και στην πιο πάνω μελέτη φαίνεται ότι δεν υπάρχει κάποια σχέση μεγέθους κρατικής πρόνοιας και ευημερίας. Οι χώρες που έχουν γενναιόδωρες δαπάνες κοινωνικής προστασίας δεν έχουν χαμηλότερη υγεία ή ευτυχία από τις πιο πλούσιες χώρες με λιγότερες δαπάνες κοινωνικής προστασίας. Οι αυξομειώσεις στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας δε συνδέονται με αυξομειώσεις στα επίπεδα υγείας ή ευτυχίας.

Οι *Wong, Wong & Mok (2006)* εξετάζουν τη Κινέζικη κοινωνία για να δουν τη σχέση της κοινωνικής πολιτικής και άλλων παρόμοιων συνθηκών (εκπαίδευση, κοινωνική προστασία) με την ικανοποίηση από τη ζωή (υποκειμενική ευημερία), χρησιμοποιώντας το δείγμα 1040 Κινέζων από

έρευνα χρονικής περιόδου ΔΕΚ 2003-MAP 2004, έχοντας την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Diener (1985)). Αν και στη θεωρία τους αναφέρουν ότι παραδοσιακά οι πιο πλούσιες κοινωνίες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, στην εμπειρική τους μελέτη για μια πλούσια Κινέζικη κοινωνία (Χονγκ Κονγκ) ισχύει το αντίθετο. Δηλαδή, επιβεβαιώνεται ότι η κοινωνική πολιτική και άλλες μεταβλητές κοινωνικών συνθηκών έχουν διαφορετικούς βαθμούς επίδρασης στην ικανοποίηση από τη ζωή. Όπως σημειώνουν, η ικανοποίηση από τη ζωή, ως μια παγκόσμια αντιληπτή κρίση της ζωής κάποιου, είναι ένας από τους συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες για να μετρηθεί η υποκειμενική ευημερία και που αντανακλά πόσο τα άτομα εκτιμούν τις ζωές τους. Λόγω του μεγάλου βαθμού ανισότητας εισοδήματος στο Χονγκ Κονγκ η κοινωνική πολιτική και οι παρεχόμενες κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες ως proxy, έχουν θετική αν και αδύναμη επίδραση στην ικανοποίηση ζωής. Παρά το επιλεγμένο φιλελεύθερο από τη φύση του σύστημα, η χρήση κρατικής πρόνοιας στην Κίνα δεν έχει καμία σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση ζωής.

Στο άρθρο των *Bjornskov, Dreher & Fischer (2007)* μελετάται η σχέση των ενεργειών της κυβέρνησης και τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή βάσει της θεωρίας της Δημόσιας Επιλογής. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Έρευνα Παγκόσμιων Αξιών για 74 χώρες φαίνεται ότι η ενεργή συμμετοχή της κυβέρνησης βάσει των δαπανών δημόσιας κατανάλωσης μειώνει την ικανοποίηση από τη ζωή. Αυτό που τονίζεται σε αυτή τη μελέτη είναι ότι οι εκτεταμένες κρατικές δαπάνες είναι καταστροφικές για την ποιότητα ζωής των ατόμων. Από την άλλη οι κρατικές κεφαλαιακές και κοινωνικές δαπάνες δεν έχουν κάποια επίδραση στην ικανοποίηση.

Ο *Ram (2009)* εξετάζει τη σχέση των κρατικών δαπανών και της ευτυχίας του πληθυσμού, χρησιμοποιώντας διάφορα cross-country δείγματα από άλλες έρευνες και κάποια μέτρα ευτυχίας, εισοδήματος και κρατικών δαπανών. Το κύριο εύρημα είναι ότι οι αυξανόμενες κρατικές δαπάνες δε μειώνουν την ευτυχία. Επιπρόσθετα, υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση εισοδήματος και ευτυχίας, όπως και υπάρχει θετική σχέση εισοδήματος και κρατικών δαπανών. Από την άλλη, κάποιες μεταβλητές όπως η εμπιστοσύνη, η επένδυση σε αγαθά καθώς και, το άνοιγμα του εμπορίου δεν αποδίδουν κάποια σημαντική σχέση.

Ο *Gainer (2013)*, επικεντρώνεται σε αυτούς που μειονεκτούν στην κοινωνία και εξετάζει την επίδραση της κρατικής πρόνοιας σε αυτούς. Με άλλα λόγια, εξετάζεται η ανισότητα της ευτυχίας ανάλογα με το μέγεθος της κρατικής πρόνοιας. Η αυτοαναφερόμενη ευτυχία και το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή συλλέχθηκαν από την Έρευνα Παγκόσμιων Αξιών για 23 χώρες του ΟΟΣΑ. Το πιο σημαντικό εύρημα από τη μελέτη του, είναι ότι το μέγεθος της κρατικής πρόνοιας αυξάνει την ευτυχία αυτών που μειονεκτούν αλλά όχι κατά ένα μεγαλύτερο βαθμό από το μέσο πολίτη. Πιο συγκεκριμένα, το μέγεθος της κρατικής πρόνοιας αυξάνει τη συνολική ευτυχία, μειώνει τις ανισότητες ευτυχίας και αυξάνει την ανισότητα προσαρμοσμένης ευτυχίας.

Οι *Kotakorpi & Laamanen (2010)* χρησιμοποιούν δεδομένα από την Έρευνα Παγκόσμιων Αξιών για τη Φινλανδία για το 2000 και τη μέθοδο ordered probit ανάλυση παλινδρόμησης για την εμπειρική τους μελέτη. Ο σκοπός τους είναι να ερευνήσουν τη σχέση της κρατικής πρόνοιας και ικανοποίησης από τη ζωή με δεδομένα που αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. Αυτό που δείχνουν είναι ότι οι σχετικά υψηλότερες δαπάνες ιατρικής φροντίδας επιδρούν θετικά στην ικανοποίηση από τη ζωή αν και το αποτέλεσμα ποικίλλει για κάθε κατηγορία του πληθυσμού.

Οι *Anderson & Pontusson (2007)*, εξετάζουν πως τα διάφορα στοιχεία της κοινωνικής προστασίας μπορούν να επηρεάσουν την ανασφάλεια που υπάρχει για την απασχόληση. Γενικά η οικονομική ανασφάλεια είναι σημαντικός παράγοντας στη ζωή των ανθρώπων, η ανασφάλεια της απασχόλησης είναι κάτι περισσότερο από το να χάσει κάποιος τη θέση εργασίας του. Σχετίζεται με την ανασφάλεια που προκαλείται για την εύρεση της επόμενης θέσης εργασίας, το διάστημα ανεργίας καθώς και τη διαθεσιμότητα των οικονομικών πόρων, συμπεριλαμβανομένου και των επιδομάτων ανεργίας που ίσως υπάρχουν. Τα ευρήματα από τη μελέτη τους σε 15 αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες δείχνουν ότι τα μέτρα κοινωνικής προστασίας μειώνουν την ανασφάλεια της απασχόλησης, ενώ τα συνολικά επίπεδα γενναιοδωρίας της ευημερίας δεν έχουν καμία συστηματική επίδραση στο αν αισθάνονται ασφαλείς οι εργαζόμενοι.

Οι *Kim et al (2012)*, επικεντρώνονται στην ευέλικτη εργασία η οποία είναι ένα ολοένα και πιο συχνό φαινόμενο στις μέρες μας και έχει τα χαρακτηριστικά της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας. Βάσει εμπειρικών μελετών και της

τυπολογίας των έξι καθεστώτων κοινωνικής προστασίας βρήκαν ότι στο Σκανδιναβικό μοντέλο ευημερίας υπάρχουν πολιτικές που μπορούν να εξυγιάνουν τις αρνητικές συνέπειες που υπάρχουν στην υγεία βάσει της ανασφάλειας της απασχόλησης. Γενικά, στα υπόλοιπα καθεστώτα φαίνεται ότι οι ευέλικτες μορφές εργασίας δίνουν αντίθετα αποτελέσματα για την υγεία.

3.3 Επίλογος

Αρχικά, σε αυτό το κεφάλαιο, έγινε καταγραφή των μελετών που εξετάζουν εμπειρικά τον κυρίαρχο ρόλο και τις επιπτώσεις της κοινωνικής προστασίας στη ζωή των ανθρώπων. Όπως διαπιστώθηκε, οι γνώμες ποικίλουν για το αποτέλεσμα της κοινωνικής προστασίας στην ποιότητα ζωής. Από τη μία πλευρά, φαίνεται ότι η αυξανόμενη κυβερνητική παρέμβαση στις δαπάνες βελτιώνει τη ζωή των ανθρώπων. Από την άλλη πλευρά, επισημαίνεται η επιδείνωση των μελλοντικών γενεών. Παράλληλα, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η κυβέρνηση με μια πιθανή κίνηση μείωσης των δαπανών κοινωνικής προστασίας, δε θα χειροτέρευε απαραίτητα την ποιότητα ζωής. Ανάλογο συμπέρασμα προκύπτει για την ανάπτυξη, όπως και ότι μια αύξηση των δαπανών ίσως δημιουργεί αναπόφευκτα αρνητικές συνέπειες για τη ζωή. Στο επόμενο σκέλος, έγινε προσπάθεια να αναγνωριστούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής βάσει εμπειρικών μελετών. Όπως προέκυψε, το ΑΕΠ, οι υποκειμενικοί δείκτες, το άνοιγμα του εμπορίου, η παιδική θνησιμότητα και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά χωρών έχουν την πιο σημαντική επίδραση. Ωστόσο, πρόκειται για ξεχωριστές μελέτες και ερευνητικούς χώρους ώστε να παρθούν ως κύρια αποτελέσματα.

Τέλος, σύμφωνα με τους προσδιοριστικούς παράγοντες αναδεικνύονται ξανά τα αποτελέσματα της πρώτης υπό-ενότητας. Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει ξεκάθαρο αποτέλεσμα για τη σχέση κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής, ενώ, εκτεταμένες κρατικές δαπάνες είτε χειροτερεύουν είτε βελτιώνουν την ποιότητα ζωής.

Κεφάλαιο 4ο Εμπειρική διερεύνηση της σχέσης κοινωνικής ζωής

προστασίας και ποιότητας ζωής

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Η εμπειρική μελέτη που ακολουθεί, πραγματοποιήθηκε ώστε να αναδειχθεί η σχέση της κοινωνικής προστασίας με την ποιότητα ζωής, ενώ, παράλληλα εξετάζεται η σχέση με λοιπούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στα υποδείγματα, συλλέχθηκαν από τον ΟΟΣΑ. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες που επιλέχθηκαν, ώστε να αντιπροσωπεύουν την ποιότητα ζωής, αφορούν δείκτες υγείας και είναι το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας και το προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης.

Αυτοί οι αντικειμενικοί δείκτες υγείας συλλέχθηκαν από τον ΟΟΣΑ αντί υποκειμενικών δεικτών όπως η αντιληπτή υγεία βάσει ερευνών προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα χρήσης διαστρωματικών στοιχείων. Παράλληλα, αυτοί οι αντίθετοι δείκτες υγείας χρησιμοποιήθηκαν ώστε να προκύψουν πιο ισχυρά αποτελέσματα για τις εξεταζόμενες σχέσεις. Από την άλλη, χρησιμοποιούνται διάφοροι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής που πρόκειται κυρίως για οικονομικούς και βάσει της πιο πάνω βιβλιογραφίας, ενώ δίνεται έμφαση στη μεταβλητή των κοινωνικών δαπανών για να εξεταστεί η προσδοκώμενη σχέση. Έτσι, οι κοινωνικές δαπάνες, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, το ποσοστό ανεργίας, ο δείκτης πληθωρισμού, το επίπεδο ηλικιωμένου πληθυσμού, οι εισαγωγές, οι εξαγωγές, το ποσοστό προσωρινής απασχόλησης και το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συλλέχθηκαν από τον ΟΟΣΑ. Γίνεται γνωστό ότι χρησιμοποιούνται οι εισαγωγές, οι εξαγωγές και το ΑΕΠ προκειμένου να δημιουργηθεί ο δείκτης

“openness” βάσει του τύπου:
$$openness = \frac{imports + exports}{GDP}$$
.

Όλα τα δεδομένα αφορούν 22 Ευρωπαϊκές χώρες που επιλέχθηκαν για δύο βασικούς λόγους. Όπως προέκυψε οι χώρες αυτές μαζί με κάποιες άλλες αναφέρονται στην εξεταζόμενη βιβλιογραφία, ενώ η πρόσβαση και συλλογή των δεδομένων για κάθε μια πραγματοποιήθηκε επιτυχώς. Οι χώρες αυτές είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Τσεχία, η Δανία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η

Ολλανδία, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Σλοβακία, η Ισπανία, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Εσθονία, η Σλοβενία και η Λετονία. Τα δεδομένα για τις χώρες αυτές καλύπτουν τη χρονική περίοδο 1980-2016.

Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως εξής:

INFANTMORTALITY: το συνολικό ποσοστό παιδικής θνησιμότητας ως προς τον αριθμό παιδικών θανάτων κάτω του ενός έτους, εκφραζόμενο ανά 1000 γεννήσεις για 22 χώρες την χρονική περίοδο 1980-2016.

LIFEEXPECTANCY: το συνολικό προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

SOCIALSPENDING: οι κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

LOGGDP: ο λογάριθμος του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

UNEMPLOYMENTRATE: το συνολικό ποσοστό ανεργίας ως ποσοστό του εργατικού δυναμικού για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

CPI: ο δείκτης πληθωρισμού ως ποσοστό ετήσιας μεγέθυνσης για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

ELDERLYPOPULATION: το ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

OPENNESS: το ποσοστό ανοίγματος βάσει των εισαγωγών ως ποσοστού του ΑΕΠ συν των εξαγωγών ως ποσοστού του ΑΕΠ διά το κατά κεφαλήν ΑΕΠ για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

Tempemp: το επίπεδο προσωρινής απασχόλησης ως ποσοστό της εξαρτημένης απασχόλησης για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

EDADULTTER 25_64: το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ως ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 25-64 για 22 χώρες τη χρονική περίοδο 1980-2016.

4.2 Οικονομετρικό μοντέλο

- Έτσι, το πρώτο υπόδειγμα που εξετάζεται αφορά την παιδική θνησιμότητα και διαμορφώνεται ως εξής:

$$INFANTMORTALITY_{it} = x_0 + SOCIALSPENDING_{it} * x_1 + LOGGDP_{it} * x_2 + UNEMPLOYMENTRATE_{it} * x_3 + CPI_{it} * x_4 + ELDERLYPOPULATION_{it} * x_5 + OPENNESS_{it} * x_6 + Tempemp_{it} * x_7 + EDADULTTER_{25_64_{it}} * x_8 + \varepsilon_1$$

- Ενώ, στο δεύτερο υπόδειγμα εξετάζεται η σχέση με το προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης:

$$LIFEEXPCPETANCY_{it} = z_0 + SOCIALSPENDING_{it} * z_1 + LOGGDP_{it} * z_2 + UNEMPLOYMENTRATE_{it} * z_3 + CPI_{it} * z_4 + ELDERLYPOPULATION_{it} * z_5 + OPENNESS_{it} * z_6 + Tempemp_{it} * z_7 + EDADULTTER_{25_64_{it}} * z_8 + \varepsilon_2$$

Πριν παρουσιαστεί η αναλυτική μέθοδος και τα αποτελέσματα της έρευνας, θα αναλυθούν οι αναμενόμενες σχέσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών με τις ανεξάρτητες με τα ανάλογα πρόσημα. Αρχικά, θα εξεταστεί η αναμενόμενη σχέση της κύριας ανεξάρτητης μεταβλητής, των κοινωνικών δαπανών, με τις εξαρτημένες μεταβλητές. Όπως φάνηκε από την εξεταζόμενη βιβλιογραφία οι γνώμες ποικίλλουν για τις συνέπειες στην ποιότητα ζωής. Παρ' όλα αυτά, έχοντας αυτές τις δαπάνες ως μέτρα προστασίας των ατόμων από κινδύνους στη ζωή τους, αναμένουμε μια αρνητική σχέση με την παιδική θνησιμότητα, ενώ μια θετική σχέση με το προσδόκιμο ζωής.

Ανάλογες σχέσεις περιμένουμε για το λογάριθμο του ΑΕΠ αφού αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη ζωή του ατόμου. Κυρίως βοηθά στην ευκολότερη χρήση υπηρεσιών υγείας και κάλυψη βασικών αναγκών των ατόμων.

Αντίθετα, για τη μεταβλητή του ποσοστού ανεργίας ίσως αναμένουμε μια αντίστροφη σχέση, δηλαδή, μια θετική για τη παιδική θνησιμότητα και μια αρνητική για το προσδόκιμο ζωής. Καθώς αυξάνεται το ποσοστό ανεργίας, δημιουργούνται περισσότερα οικονομικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή των ατόμων που ίσως δυσχεραίνουν τις συνθήκες ζωής. Από την άλλη, κάτι τέτοιο ίσως δεν αφορά τις εξεταζόμενες χώρες και η ουσία ίσως βρίσκεται στο δείκτη της παιδικής θνησιμότητας. Με άλλα λόγια, ο δείκτης παιδικής

θνησιμότητας ορίζεται $\frac{\text{θάνατοι βρεθών}}{\text{αριθμός γεννήσεων}} * 1000$. Εφόσον,

πρόκειται για αναπτυσσόμενες χώρες και οι θάνατοι βρεφών δεν αυξάνονται ραγδαία, αλλά παραμένουν σταθεροί, ενώ συγχρόνως τα οικονομικά προβλήματα οδηγούν στη μείωση των γεννήσεων τότε φαίνεται ότι υπάρχει μια αύξηση της παιδικής θνησιμότητας. Από την άλλη, αντίστροφα αποτελέσματα αναμένονται για το προσδόκιμο ζωής.

Ανάλογα, όταν το γενικό επίπεδο τιμών αυξάνεται περιμένουμε παρόμοιες οικονομικές δυσκολίες και κατ' επέκταση χειρότερη ποιότητα ζωής, ως συνέπεια οι αναμενόμενες σχέσεις να είναι παρόμοιες του ποσοστού ανεργίας.

Το πρόσημο του ηλικιωμένου πληθυσμού εξαρτάται από το σύνολο των δεδομένων, δηλαδή, αν γηράσκει ή όχι ο πληθυσμός. Έτσι, αναμένουμε είτε θετικό είτε αρνητικό πρόσημο.

Το ποσοστό ανοίγματος εξαρτάται από το βαθμό του και από άλλους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, οπότε δεν μπορούμε και εδώ να περιμένουμε κάτι συγκεκριμένο.

Λόγω της φύσης της προσωρινής απασχόλησης, οι οικονομικές απολαβές είναι προσωρινές. Με όσα είπαμε πιο πάνω για το ΑΕΠ, για τη σημαντικότητά του στην καθημερινή ζωή και εν τέλει στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου, αναμένουμε θετική σχέση με τη παιδική θνησιμότητα και αρνητική σχέση με το προσδόκιμο ζωής.

Τέλος, η μεταβλητή της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα για την υγεία και κατ' επέκταση για την ποιότητα ζωής. Άτομα αυτού του υψηλού επιπέδου μόρφωσης, παραδοσιακά, έχουν καλύτερες θέσεις εργασίας, συνεπώς ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κάλυψη βασικών αναγκών. Ως αποτέλεσμα, τα αναμενόμενα πρόσημα να είναι αρνητικό για την παιδική θνησιμότητα και θετικό για το προσδόκιμο ζωής.

Άρα, για να διαπιστωθεί αν τα προσδοκώμενα πρόσημα συμπίπτουν με τα υποδείγματα, πραγματοποιείται παλινδρόμηση με Panel δεδομένα 22 χωρών για κάθε υπόδειγμα. Βάσει του ελέγχου Hausman προκύπτει η κατάλληλη μέθοδος ανάλυσης παλινδρόμησης. Έτσι, για το πρώτο υπόδειγμα που αφορά την εξαρτημένη μεταβλητή της παιδικής θνησιμότητας και για το δεύτερο υπόδειγμα της δεύτερης εξαρτημένης μεταβλητής του προσδόκιμου ζωής, η κατάλληλη μέθοδος είναι και για τα δυο, η Fixed Effects. Στην

παρακάτω ενότητα, παρουσιάζονται και ερμηνεύονται τα ανάλογα αποτελέσματα για κάθε επιλεγμένη μέθοδο σε κάθε υπόδειγμα, ενώ ο έλεγχος Hausman παρουσιάζεται λεπτομερώς στο Παράρτημα.

4.3 Αποτελέσματα και Ερμηνεία

Η πρώτη παλινδρόμηση αφορά την παιδική θνησιμότητα και η σχέση με τις κοινωνικές δαπάνες και τους λοιπούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Έτσι, ο Πίνακας (1) της Fixed Effects μεθόδου είναι:

Fixed-effects (within) regression		Number of obs	=	304
Group variable: country_n		Number of groups	=	21
R-sq: within	= 0.8308	Obs per group: min	=	10
between	= 0.5571	avg	=	14.5
overall	= 0.5671	max	=	23
		F(8,275)	=	168.84
corr(u_i, Xb) = -0.6891		Prob > F	=	0.0000

INFANTMORTALITY	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	-.0712137	.0224417	-3.17	0.002	-.115393	-.0270344
LOGGDP	-8.540891	.9014491	-9.47	0.000	-10.31551	-6.766273
UNEMPLOYMENTRATE	-.0378566	.0136973	-2.76	0.006	-.0648216	-.0108917
CPI	.0261398	.0157994	1.65	0.099	-.0049633	.057243
ELDERLYPOPULATION	-.0427999	.0456055	-0.94	0.349	-.13258	.0469803
OPENNESS	2.440309	.5408555	4.51	0.000	1.375566	3.505052
Tempemp	-.0538916	.0146056	-3.69	0.000	-.0826446	-.0251386
EDADULTTER25_64	.0578871	.0139384	4.15	0.000	.0304476	.0853267
_cons	43.20235	3.535637	12.22	0.000	36.242	50.16271
sigma_u	1.2270417					
sigma_e	.40843394					
rho	.90025513	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u i=0:	F(20, 275) =	57.38	Prob > F = 0.0000
------------------------	--------------	-------	-------------------

Πίνακας (1)

Σύμφωνα με την ανάλυση το panel θεωρείται ισορροπημένο, ενώ το σύνολο των δεδομένων αποτελείται από 304 παρατηρήσεις. Η διακύμανση που εξηγείται είναι περίπου 90%, παράλληλα το p-value για την F-statistic δείχνει ότι το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που εξηγούν την παιδική θνησιμότητα προκύπτει ότι οι κοινωνικές δαπάνες, ο λογάριθμος του ΑΕΠ, το ποσοστό ανεργίας, το άνοιγμα, η προσωρινή

απασχόληση και η εκπαίδευση τριτοβάθμιας κλίμακας είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

Προκύπτει ότι οι μεταβλητές των κοινωνικών δαπανών, του λογαρίθμου του ΑΕΠ, του ποσοστού ανεργίας και της προσωρινής απασχόλησης έχουν αρνητική σχέση με το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας.

Αρχικά, όσον αφορά την κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή των κοινωνικών δαπανών, η σχέση που προκύπτει συμπίπτει με τα αναμενόμενα και με τη μερική εμπειρική μελέτη που παρατηρήθηκε πιο πάνω. Αν αυξηθεί κατά 1% το επίπεδο των κοινωνικών δαπανών, θα μειωθεί περίπου κατά 0,07% το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας. Όπως αναφέρθηκε, το επίπεδο των κοινωνικών δαπανών όσο αυξάνεται, ενισχύει την καθημερινή ζωή των ατόμων, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη ζωή των βρεφών. Έτσι, η αυξανόμενη παροχή κοινωνικών επιδομάτων δημιουργεί το κατάλληλο υπόβαθρο για τη μείωση του ποσοστού παιδικών θανάτων.

Όπως η μεταβλητή των κοινωνικών δαπανών που αποτελεί οικονομικό και αντικειμενικό δείκτη, έτσι και η μεταβλητή του ΑΕΠ, όταν αυξάνεται δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ευκολότερη πρόσβαση και κάλυψη βασικών αναγκών, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα ζωής. Πιο αναλυτικά, αν αυξηθεί ο λογάριθμος του ΑΕΠ, θα μειωθεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό η παιδική θνησιμότητα.

Παρατηρείται μια μη αναμενόμενη σχέση όπου αν αυξηθεί κατά 1% το ποσοστό ανεργίας, θα μειωθεί το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι τα επιδόματα ανεργίας που πιθανόν να παρέχονται, έχουν σημαντικό ρόλο, υποδεικνύοντας και πάλι τη σημαντικότητα των κοινωνικών επιδομάτων στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

Παρόμοια σχέση προκύπτει για τη μεταβλητή της προσωρινής απασχόλησης όπου αν αυξηθεί κατά 1% η προσωρινή απασχόληση, θα μειωθεί το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας. Ανάλογα με πιο πάνω, μπορεί να θεωρηθεί ότι μετά το πέρας της προσωρινής απασχόλησης, τα άτομα δικαιούνται κάποιο κοινωνικό επίδομα που βελτιώνει την καθημερινότητά τους.

Αντίθετα, προκύπτει ότι οι μεταβλητές του ποσοστού ανοίγματος και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν θετική σχέση με το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας.

Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο ανοίγματος και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τόσο περισσότερο αυξάνεται το επίπεδο παιδικής θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, αν αυξηθεί κατά 1% το ποσοστό ανοίγματος, θα αυξηθεί κατά ένα μεγάλο ποσοστό το συνολικό ποσοστό παιδικής θνησιμότητας. Οι εισαγωγές και εξαγωγές είναι ελεύθερες και αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τις ανοικτές οικονομίες. Ωστόσο, ο βαθμός της σχέσης εξάρτησης από το άνοιγμα μιας χώρας, ενδέχεται να έχει αντίθετα αποτελέσματα για τη ζωή των ατόμων. Αυτό ίσως εν μέρει να οφείλεται στην επίδραση της παγκόσμιας κρίσης ως συνέπεια να προκύπτει αυτή η θετική σχέση. Δηλαδή, όπως αναφέραμε και στην αρχή της δεύτερης υπό-ενότητας οι οικονομικές δυσκολίες ίσως δημιουργούν υπογεννητικότητα και βάσει του δείκτη της παιδικής θνησιμότητας μπορεί να υπάρξει μια αύξηση του.

Από την άλλη, αν αυξηθεί κατά 1% το επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, θα αυξηθεί περίπου 0,06% το συνολικό ποσοστό παιδικής θνησιμότητας. Αρχικά, αυτή η σχέση ίσως δεν υπολογίζεται ως μια λογική κατάσταση, αφού συνήθως τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και πιθανόν υψηλότερης εργασιακής κατάστασης, έχουν τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση πιο εύκολα σε υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, ίσως λόγω του φόρτου εργασίας που ενδέχεται να έχουν, να μην έχουν τη δυνατότητα να αφιερώνουν το χρόνο που χρειάζεται, συνεπώς έτσι να δικαιολογείται αυτό το εύρημα.

Τέλος, η μεταβλητή του πληθωρισμού φαίνεται να έχει μια λογική και αναμενόμενη σχέση με την παιδική θνησιμότητα. Όπως συζητήθηκε και πιο πάνω όταν το γενικό επίπεδο τιμών αυξάνεται, δημιουργούνται ποιοτικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή των ατόμων. Ωστόσο, από την παλινδρόμηση, προκύπτει ότι η μεταβλητή του πληθωρισμού δεν είναι στατιστικά σημαντική, συνεπώς δεν μπορούμε να την κρατήσουμε.

Από την άλλη, παρατηρούμε μια αρνητική σχέση μεταξύ πληθυσμού και παιδικής θνησιμότητας. Αυτή η σχέση δείχνει κατά πόσο γηράσκει ο πληθυσμός. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη σχέση, φαίνεται ότι ο πληθυσμός κατανέμεται σε διάφορες ηλικιακές κλίμακες. Παρ' όλα αυτά, η μεταβλητή αυτή προκύπτει ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η Fixed Effect παλινδρόμηση για τη δεύτερη παλινδρόμηση για τη σχέση των κοινωνικών δαπανών και των λοιπών προσδιοριστικών παραγόντων με το προσδόκιμο ζωής στον Πίνακα (2):

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      304
Group variable: country_n             Number of groups =      21

R-sq:  within = 0.9486                  Obs per group: min =      10
      between = 0.6549                      avg   =     14.5
      overall  = 0.7082                      max   =      23

corr(u_i, Xb) = 0.1494                  F(8,275)        =    635.02
                                          Prob > F         =    0.0000
```

LIFEEEXPECTANCY	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	.0732244	.0170633	4.29	0.000	.0396331	.1068156
LOGGDP	10.44543	.685407	15.24	0.000	9.096123	11.79475
UNEMPLOYMENTRATE	.0690959	.0104146	6.63	0.000	.0485934	.0895984
CPI	-.013019	.0120129	-1.08	0.279	-.036668	.0106299
ELDERLYPOPULATION	.1190873	.0346756	3.43	0.001	.0508239	.1873506
OPENNESS	.7873869	.4112336	1.91	0.057	-.022179	1.596953
Tempemp	.0295152	.0111052	2.66	0.008	.0076532	.0513772
EDADULTTER25_64	.0497065	.0105979	4.69	0.000	.0288431	.0705698
_cons	25.80166	2.688283	9.60	0.000	20.50943	31.09389
sigma_u	1.612746					
sigma_e	.31054829					
rho	.96424683	(fraction of variance due to u_i)				
F test that all u_i=0: F(20, 275) = 130.23 Prob > F = 0.0000						

Πίνακας (2)

Σύμφωνα με την ανάλυση το panel θεωρείται ισορροπημένο, ενώ το σύνολο των δεδομένων αποτελείται από 304 παρατηρήσεις. Η διακύμανση που εξηγείται είναι περίπου 96%, παράλληλα το p-value για την F-statistic δείχνει ότι το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που εξηγούν το προσδόκιμο ζωής προκύπτει ότι οι κοινωνικές δαπάνες, ο λογάριθμος του ΑΕΠ, το ποσοστό ανεργίας, ο ηλικιωμένος πληθυσμός, η προσωρινή απασχόληση και η εκπαίδευση τριτοβάθμιας κλίμακας είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

Προκύπτει ότι οι μεταβλητές των κοινωνικών δαπανών, του λογαρίθμου του ΑΕΠ, του ποσοστού ανεργίας, του ηλικιωμένου πληθυσμού, της προσωρινής απασχόλησης και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν θετική σχέση με το προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης.

Ξεκινώντας από την κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή των κοινωνικών δαπανών, η σχέση που προκύπτει είναι ανάλογη με τα αναμενόμενα πρόσημα. Δηλαδή, αν αυξηθεί κατά 1% το επίπεδο των κοινωνικών δαπανών, θα αυξηθεί περίπου κατά 0,07% το προσδόκιμο ζωής. Όπως παρατηρήθηκε και πιο πάνω με την αντίθετη εξαρτημένη μεταβλητή, οι κοινωνικές δαπάνες έχουν κυρίαρχο ρόλο στην ποιότητα και στην πορεία της ζωής των ανθρώπων αφού τους δίνουν την οικονομική ενίσχυση για την καθημερινότητά τους. Με λίγα λόγια, όσο αυξάνεται η παροχή περισσότερων κοινωνικών επιδομάτων, τόσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής.

Παρόμοια αποτελέσματα έχει η μεταβλητή του ΑΕΠ, που αν αυξηθεί, θα αυξηθεί κατά πολύ το προσδόκιμο ζωής. Αποτελεί οικονομικό δείκτη που διαμορφώνει τα απαιτούμενα για να ανταπεξέλθουν τα άτομα στη ζωή τους, και τονίζεται ως ένας ακόμη σημαντικός δείκτης.

Όπως και πριν έτσι και εδώ, προκύπτει μια μη προσδοκώμενη σχέση ποσοστού ανεργίας και προσδόκιμου ζωής. Αν αυξηθεί κατά 1% το ποσοστό ανεργίας, θα αυξηθεί κατά 0,07% το προσδόκιμο ζωής. Αυτό δίνει επιπλέον στοιχεία ότι το επίπεδο κοινωνικών παροχών σχετικά με την ανεργία ίσως παίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Από την άλλη, αν αυξηθεί κατά 1% ο ηλικιωμένος πληθυσμός, θα αυξηθεί περίπου κατά 0,12% το προσδόκιμο ζωής. Σε αυτή τη σχέση αντικατοπτρίζεται η αντίθετη σχέση των δυο δεικτών ποιότητας ζωής. Με λίγα λόγια, με τη συγκεκριμένη σχέση, καταλήγουμε στο ίδιο συμπέρασμα, αν και πριν η μεταβλητή του ηλικιωμένου πληθυσμού ήταν μη στατιστικά σημαντική, δηλαδή ότι η κλίμακα της ηλικίας του εξεταζόμενου πληθυσμού ποικίλλει.

Ανάλογα με πριν έχοντας τώρα τον αντίθετο δείκτη, αποδεικνύεται μια θετική σχέση προσωρινής απασχόλησης με το προσδόκιμο ζωής, όπου αν αυξηθεί κατά 1% το επίπεδο προσωρινής απασχόλησης, θα αυξηθεί κατά 0,03% το προσδόκιμο ζωής. Όπως και πριν αυτό δικαιολογείται ως μια πιθανή παροχή κοινωνικών επιδομάτων ή μπορεί να θεωρηθεί μια προσθήκη επιπλέον διαθέσιμου χρόνου.

Όσον αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το εύρημα σε αυτή την παλινδρόμηση δείχνει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την προηγούμενη. Δηλαδή, αν αυξηθεί κατά 1% η τριτοβάθμια εκπαίδευση, θα αυξηθεί κατά 0,05% το προσδόκιμο ζωής. Αντίθετα με την προηγούμενη παλινδρόμηση,

φαίνεται ότι αυτή η σχέση συμπίπτει με τα αναμενόμενα πρόσημα καθώς η εκπαίδευση θεωρείται ως σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας. Τα άτομα με καλύτερο μορφωτικό επίπεδο έχουν εξασφαλίσει μια θέση εργασίας που θα τους αποφέρει καλύτερη ποιοτικά ζωή και έτσι ίσως έχουν καλύτερη γνώση για τις υπηρεσίες υγείας και επιδιώκουν να τις χρησιμοποιούν.

Παρόμοια με πριν, η μεταβλητή του πληθωρισμού δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αν και δεν συμπεριλαμβάνεται στις ανεξάρτητες μεταβλητές που βοηθούν στην έρευνα, το πρόσημο της μπορεί να δικαιολογηθεί αφού μια αύξηση του γενικού επιπέδου τιμών μπορεί να μειώνει το προσδόκιμο ζωής.

Τέλος, διαφαίνεται μια θετική σχέση μεταξύ ανοίγματος και προσδόκιμου ζωής, που αν ήταν στατιστικά σημαντική, ίσως προκαλούσε σύγχυση, αφού για τον αντίθετο δείκτη είχαμε ανάλογη σχέση. Από την άλλη, είναι πολύ πιθανό το επίπεδο ανοίγματος να επιδρά θετικά στη ζωή των ανθρώπων. Παρ' όλα αυτά, δεν μπορούμε να κρατήσουμε ως εύρημα, αυτή τη σχέση.

Στον Πίνακα (3) ακολουθεί μια συνοπτική απεικόνιση των δυο μοντέλων βάσει του επιπέδου σημαντικότητας.

	(1)	(2)
	model1	model2
VARIABLES	INFANT MORTALITY	LIFE EXPECTANCY
SOCIAL SPENDING	-0.07121*** (0.02244)	0.07322*** (0.01706)
LOG GDP	-8.54089*** (0.90145)	10.44543*** (0.68541)
UNEMPLOYMENT RATE	-0.03786*** (0.01370)	0.06910*** (0.01041)
CPI	0.02614* (0.01580)	-0.01302 (0.01201)
ELDERLY POPULATION	-0.04280 (0.04561)	0.11909*** (0.03468)
OPENNESS	2.44031*** (0.54086)	0.78739* (0.41123)
Temp emp	-0.05389*** (0.01461)	0.02952*** (0.01111)
ED ADULT TER 25_64	0.05789*** (0.01394)	0.04971*** (0.01060)
Constant	43.20235*** (3.53564)	25.80166*** (2.68828)
Observations	304	304
R-squared	0.83085	0.94865
Number of country_n	21	21

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Πίνακας (3)

4.4 Συμπεράσματα

Έχοντας ως βάση την εξεταζόμενη βιβλιογραφία, έγινε προσπάθεια να επιλεχθούν οι μεταβλητές ποιότητας ζωής και κοινωνικής προστασίας που θα έδιναν το αναμενόμενο αποτέλεσμα γι' αυτή την αμφιλεγόμενη σχέση. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν λοιποί προσδιοριστικοί παράγοντες που ανάλογα συζητήθηκαν στα τρία πρώτα κεφάλαια. Τέλος, προστέθηκαν επιπλέον προσδιοριστικοί παράγοντες κυρίως οικονομικοί, παράγοντες όπως το είδος απασχόλησης και το είδος του πληθυσμού.

Όπως αναμενόταν οι κοινωνικές δαπάνες έχουν σημαντική επίδραση για τη βελτίωση της υγείας και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής είτε αφορά το ποσοστό θνησιμότητας είτε το προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης. Ταυτόχρονα, φάνηκε ότι και για τις δυο εξαρτημένες μεταβλητές το κατά κεφαλή ΑΕΠ έχει επίσης σημαντικό ρόλο.

Από τους λοιπούς οικονομικούς παράγοντες, το ποσοστό ανεργίας έδωσε ένα μη αναμενόμενο αποτέλεσμα που εν μέρει δικαιολογήθηκε μέσω των κοινωνικών δαπανών που ίσως παρέχονται κατά τη διάρκεια της ανεργίας. Ωστόσο, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το εύρος των ποσοστών ανεργίας σε κάθε χώρα πιθανόν να ποικίλλει. Από την άλλη, αν και ο πληθωρισμός έδωσε λογικό συμπέρασμα, δεν μπορεί να συνυπολογιστεί καθώς προκύπτει ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή.

Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει ξεκάθαρο αποτέλεσμα για τη μεταβλητή του ηλικιωμένου πληθυσμού, που μπορεί να δώσει κάποια σημαντική σχέση για την ποιότητα ζωής. Αυτό που παρατηρείται είναι η θετική σχέση για το προσδόκιμο ζωής και μια μη στατιστικά σημαντική σχέση για την παιδική θνησιμότητα. Ανάλογο μη ξεκάθαρο αποτέλεσμα προκύπτει για το επίπεδο ανοίγματος ως ποσοστό του ΑΕΠ. Δηλαδή, υπάρχει θετική σχέση με την παιδική θνησιμότητα ενώ μη στατιστικά σημαντική σχέση για το προσδόκιμο ζωής.

Για τη μεταβλητή της προσωρινής απασχόλησης προέκυψε μη αναμενόμενο αποτέλεσμα, όσο αυξάνεται, μειώνεται η παιδική θνησιμότητα και αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής. Όπως διαπιστώθηκε, αυτό ίσως οφείλεται στο μέγεθος των κοινωνικών δαπανών έπειτα το τέλος της κάθε προσωρινής απασχόλησης.

Τέλος, και για τις δυο εξαρτημένες μεταβλητές, φάνηκε μια θετική σχέση με την τριτοβάθμια εκπαίδευση, πράγμα που ίσως σημαίνει ότι για αυτό το υπόδειγμα, αυτή η μεταβλητή ίσως δεν μπορεί να δώσει ξεκάθαρο αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την εμπειρική ανάλυση, οι περισσότεροι οικονομικοί δείκτες έδωσαν τη σημαντική και αναμενόμενη σχέση με την ποιότητα ζωής. Ιδιαίτερα, σε αυτό το υπόδειγμα δόθηκε απάντηση για τη σχέση κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής. Έτσι, όσο περισσότερο αυξάνεται η κρατική πρόνοια, μέσω των κοινωνικών δαπανών, τόσο περισσότερο αυξάνεται η ποιότητα ζωής, μέσω των επιλεγμένων δεικτών υγείας.

Σε αυτό το υπόδειγμα, δεν εξετάστηκαν οι υποκειμενικοί δείκτες που μελετήθηκαν από αρκετές εμπειρικές μελέτες (βλ. 3^ο κεφάλαιο), καθώς έγινε προσπάθεια μέσω της αντιληπτής υγείας αλλά απορρίφθηκε λόγω ελλιπών δεδομένων. Παράλληλα, δεν επιλέχθηκαν υποκειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής, για την αποφυγή σχέσεων με διαστρωματικά στοιχεία, και επιλέχθηκε η ανάδειξη των αντικειμενικών δεικτών.

Εν κατακλείδι, η ενσωμάτωση παραλειπόμενων μεταβλητών καθώς και η ανάλυση σε μεγαλύτερο δείγμα, ίσως απέφεραν διαφορετικές σχέσεις και πιθανότητα ανάδειξης μη στατιστικά σημαντικών μεταβλητών σε σημαντικές.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο βασικός στόχος αυτής της διπλωματικής εργασίας ήταν ο προσδιορισμός της σχέσης της κοινωνικής προστασίας με την ποιότητας ζωής. Με αυτή τη βιβλιογραφία και την εμπειρική μελέτη αναλύθηκαν οι δύο όροι της εξεταζόμενης σχέσης. Προέκυψαν ποικίλα συμπεράσματα βάσει της αρθρογραφίας ενώ μέσω αυτής της εμπειρικής ανάλυσης αναδείχθηκε η προσδοκώμενη σχέση. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τόσο η θεωρητική, όσο και η εμπειρική προσέγγιση επιδέχονται βελτιώσεις.

Αρχικά, όσον αφορά το θεωρητικό μέρος λόγω της εξέλιξης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης ίσως προστίθενται και άλλοι παράγοντες που πιθανόν να χρήζουν προσοχής και σε αυτή την εργασία ίσως δεν συνυπολογίστηκαν.

Από την άλλη, στο εμπειρικό μέρος οι πιθανές βελτιώσεις είναι ίσως περισσότερες, αφού ο κάθε μελετητής σχεδιάζει και προσδοκά διαφορετικές σχέσεις. Έτσι, η πραγματοποίηση της ανάλυσης σε περισσότερες χώρες είναι αρκετά πιθανή όπως και σε μεταβλητές, εφόσον, τα δεδομένα επαρκούν για να είναι αποτελεσματικά τα υποδείγματα. Επιπρόσθετα, οι εξαρτημένες και οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να προσδιοριστούν από διαφορετικές μεταβλητές. Για παράδειγμα, για την ποιότητα ζωής οι δείκτες θα μπορούσαν να είναι η αντιληπτή υγεία, η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή κ.α., ενώ για την κοινωνική προστασία ίσως είναι διάφορες κρατικές δαπάνες (δαπάνες συντάξεων, ανεργίας κ.α.). Παράλληλα, η χρήση ερωτηματολογίων επιφέρει αρκετά χειροπιαστά ευρήματα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, οπότε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτικός τρόπος συλλογής στοιχείων. Τέλος, όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία ένας συνδυασμός υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών ποιότητας ζωής ίσως ενίσχυε τα αποτελέσματα.

Συνεπώς, όλα τα παραπάνω πιθανόν να δημιουργούσαν διαφορετικά αποτελέσματα για τις σχέσεις και να έδιναν μια άλλη οπτική στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και μεθοδολογία.

■ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εξετάζουμε με τον έλεγχο του Hausman αν θα χρησιμοποιήσουμε τη Fixed Effects ή τη Random Effects ανάλυση παλινδρόμησης.

Αρχικά, για την πρώτη παλινδρόμηση της πρώτης ερμηνευτικής μεταβλητής, της παιδικής θνησιμότητας.

Η Fixed effects για την παλινδρόμηση:

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      304
Group variable: country_n             Number of groups =       21

R-sq:  within = 0.8308                Obs per group:  min =      10
      between = 0.5571                  avg   =     14.5
      overall  = 0.5671                  max   =      23

                                         F(8,275)        =     168.84
corr(u_i, Xb) = -0.6891                Prob > F         =     0.0000
```

INFANTMORTALITY	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	-.0712137	.0224417	-3.17	0.002	-.115393	-.0270344
LOGGDP	-8.540891	.9014491	-9.47	0.000	-10.31551	-6.766273
UNEMPLOYMENTRATE	-.0378566	.0136973	-2.76	0.006	-.0648216	-.0108917
CPI	.0261398	.0157994	1.65	0.099	-.0049633	.057243
ELDERLYPOPULATION	-.0427999	.0456055	-0.94	0.349	-.13258	.0469803
OPENNESS	2.440309	.5408555	4.51	0.000	1.375566	3.505052
Tempemp	-.0538916	.0146056	-3.69	0.000	-.0826446	-.0251386
EDADULTTER25_64	.0578871	.0139384	4.15	0.000	.0304476	.0853267
_cons	43.20235	3.535637	12.22	0.000	36.242	50.16271
sigma_u	1.2270417					
sigma_e	.40843394					
rho	.90025513	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(20, 275) = 57.38 Prob > F = 0.0000

Αποθηκεύουμε τους εκτιμητές της Fixed Effects Παλινδρόμησης.

H Random effects για την παλινδρόμηση:

```
Random-effects GLS regression              Number of obs   =       304
Group variable: country_n                 Number of groups  =       21

R-sq:  within = 0.8292                    Obs per group: min =       10
       between = 0.5625                    avg =      14.5
       overall = 0.5850                    max =       23

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                Wald chi2(8)      =    1300.37
                                           Prob > chi2       =     0.0000
```

INFANTMORTALITY	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	-.0489017	.0208547	-2.34	0.019	-.0897762	-.0080271
LOGGDP	-7.89747	.7746644	-10.19	0.000	-9.415785	-6.379156
UNEMPLOYMENTRATE	-.0371436	.0133083	-2.79	0.005	-.0632273	-.0110598
CPI	.0293225	.0158904	1.85	0.065	-.001822	.0604671
ELDERLYPOPULATION	-.0784801	.0394224	-1.99	0.047	-.1557466	-.0012135
OPENNESS	2.213601	.4865985	4.55	0.000	1.259885	3.167316
Tempemp	-.0421941	.0131419	-3.21	0.001	-.0679516	-.0164365
EDADULTTER25_64	.0421523	.0127042	3.32	0.001	.0172525	.0670521
_cons	40.74815	3.08742	13.20	0.000	34.69692	46.79939
sigma_u	.90006261					
sigma_e	.40843394					
rho	.82924251	(fraction of variance due to u_i)				

Αποθηκεύουμε τους εκτιμητές της Random Effects Παλινδρόμησης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιούμε τους εκτιμητές για να πραγματοποιήσουμε τον έλεγχο του Hausman. Έτσι, ο πίνακας με τις δυο παλινδρομήσεις:

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fixed	(B) random		
SOCIALSPEN~G	-.0712137	-.0489017	-.022312	.0082891
LOGGDP	-8.540891	-7.89747	-.6434205	.4609831
UNEMPLOYME~E	-.0378566	-.0371436	-.0007131	.0032413
CPI	.0261398	.0293225	-.0031827	.
ELDERLYPOP~N	-.0427999	-.0784801	.0356802	.0229288
OPENNESS	2.440309	2.213601	.226708	.2361071
Tempemp	-.0538916	-.0421941	-.0116975	.006373
EDADULTTE~64	.0578871	.0421523	.0157348	.0057343

b = consistent under Ho and Ha; obtained from xtreg
B = inconsistent under Ha, efficient under Ho; obtained from xtreg

Test: Ho: difference in coefficients not systematic

```
chi2(8) = (b-B)' [(V_b-V_B)^(-1)] (b-B)
        =      32.04
Prob>chi2 =      0.0001
(V_b-V_B is not positive definite)
```

Όπως προκύπτει, η p-value είναι 0,0001, δηλαδή μικρότερη από 0,05 έτσι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση ότι η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η Random Effects. Άρα, η πιο κατάλληλη ανάλυση για το υπόδειγμα μας αποδεικνύεται ότι είναι η Fixed Effects.

Ανάλογα, πραγματοποιείται η ίδια διαδικασία για τη δεύτερη ερμηνευτική μεταβλητή, το προσδόκιμο ζωής την στιγμή της γέννησης.

Η Fixed effects για την παλινδρόμηση:

```
Fixed-effects (within) regression               Number of obs   =       304
Group variable: country_n                     Number of groups =        21

R-sq:  within = 0.9486                        Obs per group:  min =        10
          between = 0.6549                      avg =       14.5
          overall = 0.7082                      max =        23

                                           F(8,275)        =       635.02
corr(u_i, Xb) = 0.1494                      Prob > F        =       0.0000
```

LIFEEXPECTANCY	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	.0732244	.0170633	4.29	0.000	.0396331	.1068156
LOGGDP	10.44543	.685407	15.24	0.000	9.096123	11.79475
UNEMPLOYMENTRATE	.0690959	.0104146	6.63	0.000	.0485934	.0895984
CPI	-.013019	.0120129	-1.08	0.279	-.036668	.0106299
ELDERLYPOPULATION	.1190873	.0346756	3.43	0.001	.0508239	.1873506
OPENNESS	.7873869	.4112336	1.91	0.057	-.022179	1.596953
Tempemp	.0295152	.0111052	2.66	0.008	.0076532	.0513772
EDADULTTER25_64	.0497065	.0105979	4.69	0.000	.0288431	.0705698
_cons	25.80166	2.688283	9.60	0.000	20.50943	31.09389
sigma_u	1.612746					
sigma_e	.31054829					
rho	.96424683	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(20, 275) = 130.23 Prob > F = 0.0000

Αποθηκεύουμε τους εκτιμητές της Fixed Effects Παλινδρόμησης.

Η Random effects για την παλινδρόμηση:

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       304
Group variable: country_n                 Number of groups  =        21

R-sq:  within = 0.9481                     Obs per group: min =        10
        between = 0.7172                      avg       =       14.5
        overall = 0.7572                      max       =        23

                                           Wald chi2(8)      =    4851.91
corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Prob > chi2       =     0.0000

```

LIFEEXPECTANCY	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
SOCIALSPENDING	.0837149	.0169091	4.95	0.000	.0505738	.1168561
LOGGDP	10.27014	.6549255	15.68	0.000	8.986505	11.55377
UNEMPLOYMENTRATE	.0711482	.0105253	6.76	0.000	.050519	.0917774
CPI	-.0094224	.012307	-0.77	0.444	-.0335437	.0146989
ELDERLYPOPULATION	.124423	.0332246	3.74	0.000	.059304	.189542
OPENNESS	.353789	.4006122	0.88	0.377	-.4313965	1.138975
Tempemp	.0417794	.0108451	3.85	0.000	.0205235	.0630353
EDADULTTER25_64	.041597	.0104123	3.99	0.000	.0211893	.0620047
_cons	26.39252	2.59881	10.16	0.000	21.29895	31.48609
sigma_u	1.1055891					
sigma_e	.31054829					
rho	.92687093	(fraction of variance due to u_i)				

Αποθηκεύουμε τους εκτιμητές της Random Effects Παλινδρόμησης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιούμε τους εκτιμητές για να πραγματοποιήσουμε τον έλεγχο του Hausman. Έτσι, ο πίνακας με τις δυο παλινδρομήσεις:

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fixm	(B) randm		
SOCIALSPEN~G	.0732244	.0837149	-.0104906	.0022888
LOGGDP	10.44543	10.27014	.1752991	.2021271
UNEMPLOYME~E	.0690959	.0711482	-.0020523	.
CPI	-.013019	-.0094224	-.0035966	.
ELDERLYPOP~N	.1190873	.124423	-.0053357	.0099259
OPENNESS	.7873869	.353789	.4335979	.0928595
Tempemp	.0295152	.0417794	-.0122642	.0023897
EDADULTTE~64	.0497065	.041597	.0081095	.0019748

b = consistent under Ho and Ha; obtained from xtreg
B = inconsistent under Ha, efficient under Ho; obtained from xtreg

Test: Ho: difference in coefficients not systematic

```

chi2(8) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
        =      27.44
Prob>chi2 =      0.0006
(V_b-V_B is not positive definite)

```

Όπως προκύπτει, η p-value είναι 0,0006, δηλαδή μικρότερη από 0,05 έτσι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση ότι η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η Random Effects. Άρα, η πιο κατάλληλη ανάλυση για το υπόδειγμα μας αποδεικνύεται ότι είναι η Fixed Effects.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abbott P. and Wallace C., “Social Quality: A way to measure the Quality of Society”, (2012), Social Indicators Research, 108, pp. 153-167

Aiginger K. and Leoni T., “Typologies of Social Models in Europe”, (2009), pp. 1-27

Anderson C. J. and Pontusson J., “Workers, worries and welfare states: Social protection and job insecurity in OECD countries”, (2007), European Journal of Political Research, 46, pp. 211-235

Barrientos A., “Social Protection and Poverty”, (2011), International Journal of Social Welfare, 20, pp. 240-249

Belot M., Boonet J. and Van Ourst J., “Welfare-Improving Employment Protection”, (2007), Economica, 74, pp. 381-396

Berger-Schmitt R., “Considering Social Cohesion in Quality of Life Assessments: Concept and Measurement”, (2002), Social Indicators Research, 58, pp. 403-428

Bjornskov C., Dreher A. and Fischer J. A. V., “The Bigger the Better? Evidence of the effect of Government size of life satisfaction around the world”, (2007), Public Choice, 130, pp. 267-292

Bjornskov C., Dreher A. and Fischer J. A. V., “Cross-country determinants of life satisfaction: exploring different determinants across groups in society”, (2008), Social Choice and Welfare, 30, pp.119-173

Bonoli G., “Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach”, (1997), Journal of Social Policy, 26, 3, pp. 351-372

Bowling A. and Windsor J., “Towards the Good life: A population survey of dimensions of quality of life”, (2001), Journal of Happiness Studies, 2, pp. 55-81

Brunori P. and O’Reilly M., “Social protection for development: a review of definitions”, (2011), MPRA 29495, pp. 1-22

Caminada K., Goudswaard K. and Van Vliet O., “Patterns of Welfare State Indicators in the EU: Is there Convergence?”, (2010), Journal of Common Market Studies, 48, 3, pp. 529-556

Clark A. and Postel-Vinary F., “Job security and job protection”, (2009), Oxford Economic Papers, 61, pp. 207-239

Costanza R., Fisher B., Ali S., Beer C., Bond L., Boumans R., Danigelis N.L., Dickinson J., Elliott C., Farley J., Gayer D.E., MacDonald Glenn L., Hudspeth T., Mahoney D., McCahill L., McIntosh B., Reed B., Abu Turab Rizvi S., Rizzo D.M., Simpatico T. and Snapp R., " Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being", (2007), 61, 2-3, pp. 267-276

Diener E. and Suh E., "Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators", (1997), Social Indicators Research, 40, pp. 189-216

Di Gioacchino D., Sabani L. and Tedeschi S., "Preferences for social protection: Theory and empirics", (2014), Economic Modelling, 36, pp. 629-644

Dobre-Baron O., "Social Protection expenditure within the budgetary system in Romania", (2012), Annals of University of Craiova-Economic Science Series, 1, 40, pp. 128-135

Downie R.S., "The value and quality of life", (2000), European Review, 8, 1, pp. 1-7

Dumbraveanu A.-A., "The more, the better: Life Satisfaction in the bitter welfare state", (2015), Procedia Economics and Finance, 32, pp. 1568-1578

Ebbinghaus B., "Comparing Welfare State Regimes: Are typologies an Ideal or Realistic Strategy?", (2012), ESPAnet Conference, Draft paper, pp. 1-20

Eurofound, "Social cohesion and well-being in the EU", (2014), Bertelsmann Stiftung, pp. 1-24

Fenger H.J.M., "Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology", (2007), Contemporary issues and ideas in Social Sciences, pp. 1-30

Ferrera M., Matsaganis M. and Sacchi S., "Open coordination against poverty: the new EU' social inclusion process", (2002), Journal of European Social Policy, 12, pp. 227-239

Gainer M., "Assessing Happiness Inequality in the Welfare State: Self-Reported Happiness and the Rawlsian Difference Principle", (2013), Social Indicators Research, 114, pp. 453-464

Gehrmann F., "Valid empirical measurement of quality of life?", (1978), Social Indicators Research, 5, pp. 73-109

Goul Andersen J., "Welfare States and Welfare State Theory", (2012), Working Paper, Centre for Comparative Welfare Studies (CCWS) Department of Political Science, pp. 1-37

Grasso M. and Canova L., "An assessment of the quality of life in the European Union Based on the Social Indicators Approach", (2008), Social Indicators Research, 87, pp. 1-25

Hagerty M. R., Cummins R. A., Ferriss A. L., Land K., Michalos A. C., Peterson M., Sharpe A., Sirgy J. and Vogel J., "Quality of life indexes for national policy: Review and Agenda for research", (2001), Social Indicators Research, 55, pp. 1-96

Kim I-H., Muntaner C., Shahidi F. V., Vives A., Vanroelen C. and Benach J., "Welfare states, flexible employment, and health: A critical review", (2012), Health Policy, 104, pp. 99-127

Kotakorpi K. and Laamanen J-P., "Welfare State and Life Satisfaction: Evidence from Public Health Care", (2010), Economica, 77, pp. 565-583

Lameire N., Joffe P. and Wiedemann M., "Healthcare systems-an international review: an overview", (1999), Nephrol Dial Transplant, 12, pp. 3-9

Lin X.-J., Lin I-M., Fan S.-Y., "Methodological issues in measuring health-related quality of life", (2013), Tzu Chi Medical Journal, 25, pp. 8-12

Lundberg O., Yngwe M. Å., Stjärne M.K., Elstad J.I., Ferrarini T., Kangas O., Norström T., Palme J. and Fritzell J., "The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study", (2008), Lancet, 372, pp. 1633-1640

Maes I.H.L., Delespaul P.A.E.G., Peters M.L., White M.P., Horn Y., Schruers K., Anteunis L. and Joore M., "Measuring Health-Related Quality of life by experiences: The experience Sampling Method, (2015), Value in Health, 18, pp. 44-51

Maslow A.H., "Motivation and Personality", (1954), Harper, pp. 1-411

McCall S., "Quality of Life", (1975), Social Indicators Research, 2, pp. 229-248

Musschenga A.W., "The relation between concepts of quality-of-life, Health and Happiness", (1997), The Journal of Medicine and Philosophy, 22, pp. 11-28

Nastasiu M.-A., "Payroll system and social protection in Germany", (2015), Annals of the University of Targu Jiu Economy Series, 1, pp. 180-184

Nelson K., "Social Assistance and EU Poverty Thresholds 1990–2008. Are European Welfare Systems Providing Just and Fair Protection Against Low Income?", (2013), *European Sociological Review*, 29, 2, pp. 386-401

Niedzwiedz C.L., Katrikireddi S. V., Pell J. P. and Mitchell R., "Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes", (2014), *European Journal of Public Health*, 24, 3, pp. 364-370

Olaskoaga-Larrauri J., Aláez-Aller R. and Díaz-de-Basurto P., "Measuring is Believing! Improving Conventional Indicators of Welfare State Development", (2010), *Social Indicators Research*, 96, 1, pp. 113-131

Oleson M., "Subjectively perceived Quality of Life", (1990), *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 3, pp. 187-190

Pacek A. C. and Radcliff B., "Welfare Policy and Subjective Well-being across Nations: An individual-level assessment", (2008), *Social Indicators Research*, 89, pp. 179-191

Pacek A. C. and Radcliff B., "Assessing the welfare state: the politics of happiness", (2008), *Perspectives on Politics*, 6,2, pp. 267-277

Peto Z. and Katro K., "Schemes of social insurance system", (2010), *Academicus International Scientific Journal*, 2, pp. 49-62

Ram R., "Government Spending and Happiness of the Population: Additional Evidence from Large Cross-Country Samples", (2009), *Public Choice*, 138, pp. 483-490

Sapir A., "Globalization and the Reform of European Social Models", (2006), 44, 2, pp. 369-390

Schruggs L., "The generosity of social insurance, 1971-2002", (2006), *Oxford Review of Economic Policy*, 22,3, pp. 349-364

Scully G. W., "Government Expenditure and Quality of Life", (2001), *Public Choice*, 108, pp. 123-145

Sores A. & Peto K., "Measuring of Subjective Quality of Life", (2015), *Procedia Economics and Finance*, 32, pp. 809-816

Standing G., "Social Protection", (2007), *Development in Practice*, 17, 4-5, pp. 511-522

The WHOQOL GROUP, "The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from world health organization", (1995), Soc. Sci. Med., 41, 10, pp. 1403-1409

Titmuss R., "Social Policy", (1974), Allen and Unwin, pp. 30-32

Ursenau C., "The social protection system having in mind the economic-financial crisis", (2011), Annals of University of Craiova-Economic Science Series, 4, 39, pp. 277-290

Ursenau C., "Comparison among the European social protection systems", (2013), Annals of University of Craiova-Economic Science Series, 1, 41, pp. 46-55

Veenhoven R. and Ouwenel P, "LIVABILITY OF THE WELFARE-STATE Appreciation-of-life and length-of-life in nations varying in state-welfare-effort", (1995), Social Indicators Research, 36, pp. 1-48

Veenhoven R., "Well-Being in the Welfare State: Level Not Higher, Distribution Not More Equitable", (2000), Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 2, pp. 91-125

Virlanuta F.O. and Afanase C., "The financing mechanism of the social health insurance system in Romania and in other European Countries", (2010), Economics and Applied Informatics, 1, pp. 93-100

Wish N., "Are we really measuring the Quality of Life? Well-being has subjective Dimensions, as well as objective ones", (1986), The American Journal of Economics and Sociology, 45, 1, pp. 93-99

Wong C. K., Wong K. Y. and Mok B. H., "Subjective Well-Being, Societal Condition and Social Policy: The Case study of a rich Chinese Society", (2006), 78, 3, pp. 405-428

Χλέτσος Μ, «Οικονομικά της κοινωνικής προστασίας», (2011), Εκδόσεις Πατάκη, σσ. 1-260

^{1,2,3} : <http://ec.europa.eu/eurostat>

^{4,5,6} : <http://www.oecd.org> (και για τα δεδομένα)

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection> (European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS)) 2016 edition