



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΚΟΥΤΣΙΩΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

**Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ .**

Επιβλέπων Καθηγητής :

**Καθηγητής Π.Μ.Σ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,
Dr.Οικονομολογος, ΒΛΑΣΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2011



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΚΟΥΤΣΙΩΡΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

**Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ .**

Επιβλέπων Καθηγητής :

**Καθηγητής Π.Μ.Σ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,
Dr. Οικονομολογος, ΒΛΑΣΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος 2011



UNIVERSITY OF
PIREAUS

GRADUATE COURSES'
OF STUDIES

HEALTH'S MANAGEMENT



TEI
PIREAUS

KOYTSIORIS STEFANOS

**THE SOCIAL POLICY ,THE HEALTH SYSTEMS
AND THEIR REACTION TO DEMOGRAPHIC
PYRAMID OF THE EUROPEAN UNION .**

Supervisor Professor :

**Professor GRADUATE'S COURSES OF STUDIES 'HEALTH
MANAGEMENT' , Dr.Economist ,VLASSIS IOANNIS**

Study for the acquisition of
Graduate Diploma of Speciality

Pireaus, Year 2011

ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΩΝ

Πρώτον από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή αυτής της διπλωματικής εργασίας ,τον κύριο Βλάσση Γιάννη ,που με καθοδήγησε και με βοήθησε με τις γνώσεις του να διεκπεραιώσω αυτήν την εργασία .

Για την δημιουργία της ,συνεργάστηκα και θέλω να ευχαριστήσω τον συμφοιτητή και αδερφό μου Κουτσιώρη Αργύρη που βοήθησε αρκετά κατά την εύρεση βιβλίων που χρησιμοποιήθηκαν για την άντληση πληροφοριών σχετικά με το θέμα της εργασίας μου .

Τέλος ,θα ήθελα να αναφερθώ και να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος που μου έδωσαν τόσο τις γνώσεις όσο και τα κίνητρα να ασχοληθώ με θέματα που αφορούν την διοίκηση της υγείας και μετέπειτα με την παρούσα διπλωματική εργασία .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε τις επιδράσεις της κοινωνικής πολιτικής στις δημογραφικές μεταβολές μέσα από το σύστημα υγείας στην ΕΕ .Μελετάται δηλαδή η κοινωνική πολιτική ,το σύστημα υγείας και με ποιο τρόπο η κοινωνική πολιτική επιδρά στο σύστημα υγείας το οποίο με τη σειρά του επιδρά στην δημογραφική πυραμίδα .

Στο **πρώτο μέρος** παρουσιάζεται η ανάπτυξη συστημάτων κοινωνικής προστασίας με σκοπό την παροχή στήριξης και βοήθειας σε άτομα που έχουν ανάγκη στα κράτη-μέλη της ΕΕ .Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η αποτροπή της μείωσης των μισθών των εργαζομένων ,με την ενίσχυση της αθέμιτης ανταγωνιστικότητας και κατ' επέκταση την αποφυγή της υποβάθμισης του βιοτικού επιπέδου τόσο των ίδιων ,όσο και γενικότερα των κρατών-μελών .Ακόμα περιγράφεται η νομική προστασία των εργαζομένων από τις διατάξεις της Συνθήκης του Maastricht ,ως αναφορά τα δικαιώματά τους και γίνεται μια εκτενή περιγραφή στην κοινωνική τους ασφάλιση .Τέλος ,μελετώνται οι ανισότητες που παρουσιάζονται κατά το ποσοστό κάλυψης των εργαζομένων για την υγειονομική τους περίθαλψη από τους ασφαλιστικούς φορείς και πώς αυτό εξαρτάται από το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας .

Στο **δεύτερο μέρος** ,αρχικά ,δίνεται η έννοια του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση μελετάται η πολιτική των συστημάτων υγείας στην ΕΕ .Ακόμη αναφέρεται στην προσπάθεια μείωσης της οικονομικής εξασθένησης των πολιτών-ασθενών και των καταστροφικών εξόδων για φροντίδα υγείας .Αναφέρεται επίσης στις μεταρρυθμίσεις που θεσμοθετούνται για τον περιορισμό του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας με όρους ποιότητας και τεκμηριωμένης διάθεσης των πόρων του συστήματος .Τέλος ,παρουσιάζεται ο συσχετισμός του βιοτικού επιπέδου μιας χώρας με το ποσοστό κρατικής συνεισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων .

Στο **τρίτο μέρος** ,αναφέρονται οι μεταβολές του πληθυσμού στην δημογραφική πυραμίδα της ΕΕ .Στο μέρος αυτό εξετάζονται οι μεταβολές ως προς την γονιμότητα ,την θνησιμότητα ,τον ενεργό πληθυσμό ,την γήρανση ,την υπογεννητικότητα (γαμηλιότητα-διαζύγια) και την ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού .

Λέξεις-Κλειδιά: Κοινωνική Πολιτική ,Συστήματα Υγείας ,Δημογραφικές Μεταβολές

SUMMARY

This study attempts to examine the impact of social policies on demographic changes, which come about through reforms of the health systems of the EU.

In the first part, we present the development of various systems of social security – systems which aim to ameliorate the conditions of persons who are in need. More specifically, we study the various attempts at preventing the reduction of the wages of working people – a reduction which may occur as a result of savage competition practices – and so to avoid the deterioration of their standard of living, as well as the standard of living in the other member-states, in general. Furthermore, we give an account of the statutory protection of the working people, as it derives out of the clauses of the Treaty of Maastricht, as far as their rights are concerned and an extensive report of their social security. Finally, we study the inequalities in the level of contribution which the workers pay for their health insurance which differs a lot from one insurance organization to another, and how this depends on the standard of living of a country.

In the second part, initially we define the meaning of the concept of health system and, in a sense, we give an account of the health systems of the EU. Furthermore, we are concerned with the attempts to reduce the financial degradation of citizens-patients and the destructive cost of the health system. We are also concerned with the reforms which are under way and which aim at a reduction of the costs of operation and at an increase of efficiency, in terms of quality and proven use of the distribution and use of resources. Finally, we attempt to correlate the index of the standard of living of a country with the percentage of that country's state contribution to social insurance.

In the third part, we study the population changes of the demographic pyramid of the EU. This part of the study is concerned with the changes in the rates of fertility, mortality, working population, old age, low birth rates (weddings – divorces) and the age pyramid of the population.

Key-words :Social policy ,Health Systems ,Demographic changes

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ-ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.....1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:1

1.ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ.....2

1.1.Η ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΝΤΑΜΠΙΝΓΚ.....2

1.1.1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΝΤΑΜΠΙΝΓΚ.....2

1.1.2.ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΙΑΙΑΣ ΑΓΟΡΑΣ.....3

1.2.Η ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΚΑΙ Η ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ.....4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:2

2.ΑΣΚΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ: ΑΡΧΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΤΗΤΑΣ.....7

2.1.ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΤΗΤΑΣ.....7

2.2.ΚΑΘΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΤΗΤΑΣ.....7

2.3.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΤΗΤΑΣ.....8

2.3.1.ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ.....8

2.3.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ-ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ.....9

2.4.ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....10

2.5.ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:3

3.ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ.....13

3.1.Η ΣΥΝΘΗΚΗ ΤΟΥ ΜΑΑΣΤΡΙΧΤ.....13

3.2.ΤΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....15

3.3.ΦΥΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ.....16

3.4.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ.....16

3.5.ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....19

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....	21
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:4</u>	
4.ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ε.Ε.	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:5</u>	
5.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΙΣΗ...	29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:6</u>	
6.ΓΕΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.....	29
ΤΡΙΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:7</u>	
7.ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	34
7.1.ΠΡΟΤΥΠΑ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ- ΣΤΑΘΕΡΟΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ....	34
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:8</u>	
8.ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣΜΕΤΑΒΟΛΕΣ.....	39
8.1. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΝΕΩΝ: ΜΕΤΑΞΥ ΜΙΑΣ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΜΕΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	42
8.2. Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :ΣΥΡΡΙΚΝΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΟΜΗ.....	47
8.3. ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	53
8.4. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ,ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	55
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:9</u>	
9. ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.....	60
9.1. Η ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ (ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ-ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ-ΔΙΑΖΥΓΙΑ).....	66
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ:10</u>	
10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	77

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ, ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΑΡΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ:

Πίνακας 1:Συνθήκες της Ε.Ε.	14
Πίνακας 2:Πληθυσμιακές Μεταβολές.....	39
Πίνακας 3: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 0-14 χρονών.....	41
Πίνακας 4: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 15-24 χρονών.....	44
Πίνακας 5: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 25-49 χρονών.....	45
Πίνακας 6: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 50-64 χρονών.....	46
Πίνακας 7: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 65-79 χρονών.....	51
Πίνακας 8: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 80 χρονών και περισσότερο.....	52
Πίνακας 9: Θνησιμότητα.....	58
Πίνακας 10: Ρυθμός Θανάτων.....	59
Πίνακας 11: Δείκτες Γονιμότητας.....	62
Πίνακας 12: Μεταβολές Γαμηλιότητας.....	63
Πίνακας 13: Δείκτες Γαμηλιότητας.....	64
Πίνακας 14: Μεταβολές Διαζυγίων.....	65
Πίνακας 15: Προβλέψεις γονιμότητας (Γεννήσεις).....	70
Πίνακας 16: Προβλέψεις θνησιμότητας (Θάνατοι).....	71

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ:

Διάγραμμα 1: Οικονομική καταστροφή από τις ιδιωτικές πληρωμές.....	27
Διάγραμμα 2: Η σχέση της οικονομικής καταστροφής από των ιδιωτικών πληρωμών....	28
Διάγραμμα 3: Πληθυσμιακές Μεταβολές.....	40
Διάγραμμα 4: Πληθυσμιακές Μεταβολές ανά Ευρωπαϊκή Χώρα.....	40

ΣΧΗΜΑΤΑ:

Σχήμα 1: Οι συντελεστές ενός Συστήματος Υγείας.....	22
---	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΗΓΩΝ

1. Θ.Σακελλαρόπουλος ,Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,1993, σελ.58.....2
2. Θ.Σακελλαρόπουλος ,Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,1993, σελ.65.....3
3. «Π.Δ. Δάγτογλου ,Η νέα Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας , Εκδόσεις Σακκούλα ,1994, σελ.86.....4
4. Θ.Σακελλαρόπουλος , Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την εποχή της Παγκοσμιοποίησης , Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,2001,σελ.35.....8
5. Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ.93.....8
6. Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2005, σελ.107.....9
7. Flynn ,Πράσινο Βιβλίο, για την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική» , 1993 ,σελ.58.....12
8. Η.Νικολακοπούλου-Στεφάνου ,«Η Συνθήκη του Maastricht» , Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 1993,σελ.47.....13
9. Ίδια επεξεργασία (αναφέρεται στον πίνακα 1).....14
10. Η.Νικολακοπούλου-Στεφάνου ,«Η Συνθήκη του Maastricht» , Εκδόσεις Ι. Σιδέρης1993,σελ.63.....15
11. «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.79.....16
12. «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.82.....18
13. «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική , 1995, σελ.8519
14. «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.90.....20
15. Ίδια επεξεργασία (αναφέρεται στον σχήμα 1).....22

16. Ιωάννης Ν. Βλάσσης, σημειώσεις από το μάθημα «Συστήματα Υγείας», κεφάλαιο 1: Σύστημα Υγείας, Γενικός Ορισμός, Βασικά Χαρακτηριστικά, Αθήνα-Ιανουάριος 2006.....	23
17. World Health Statistics (αναφέρεται στον διάγραμμα 1).....	27
18. World Health Statistics (αναφέρεται στον διάγραμμα 2).....	28
19. World Health Statistics	29
20. Ιωάννης Ν. Βλάσσης, σημειώσεις από το μάθημα «Συστήματα Υγείας», κεφάλαιο 1: Σύστημα Υγείας, Γενικός Ορισμός, Βασικά Χαρακτηριστικά, Αθήνα-Ιανουάριος 2006.....	32
21. Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.77.....	34
22. Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.78.....	35
23. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 2).....	39
24. www.eurostat.com (αναφέρεται στον διάγραμμα 3).....	40
25. www.eurostat.com (αναφέρεται στον διάγραμμα 4).....	40
26. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 3).....	41
27. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 4).....	44
28. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 5).....	45
29. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 6).....	46
30. Γλύτσος Ν., Επιπτώσεις της δημογραφικής επιδείνωσης στην αγορά εργασίας, Αθήνα 1998,σελ.51.....	47
31. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 7).....	51
32. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 8).....	52
33. Χ. Μπαγκαβός – Α.Μωυσίδης, Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21 ^{ου} αιώνα», (Εξελιξίσεις ,επιπτώσεις ,πολιτικές) ,Αθήνα 2004, σελ.90.....	53
34. Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεσμοί , 1999, σελ.31.....	55
35. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 9).....	58
36. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 10).....	59
37. Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεσμοί , 1999, σελ.49.....	60
38. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 11).....	62
39. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 12).....	63
40. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 13).....	64
41. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 14).....	65
42. Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεσμοί , 1999, σελ.57.....	66
43. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 15).....	70

44. www.eurostat.com (αναφέρεται στον πίνακα 16).....	71
45. Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2005, σελ.207.....	73
46. Ίδια επεξεργασία (αναφέρεται στο κεφ.4 σελ.23-25).....	74
47. HYDE M. ,JACUB H. ,MELCHIOR M. ,VAN OORT F. ,WEYERS S. (2006) , “ Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies “ ,Journal of epidemiology and community health.....	74
48. BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)”Is health care really a luxury?” , Journal of health economics ,σελ.86.....	74
49. BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)”Is health care really a luxury?” , Journal of health economics ,σελ.95.....	75
50. BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)”Is health care really a luxury?” , Journal of health economics ,σελ.....	75
51. Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.139.....	75
52. Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.141.....	76
53. Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.142.....	76

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΑΧ: Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα

ΕΟΚ: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

ΕΥΡΑΤΟΜ: Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΣΕΚ: Συνθήκη Ευρωπαϊκής Κοινότητας

ΕΚΚΑ: Ευρωπαϊκή Κοινότητα Κοινωνικής Ασφάλισης

ΕΚ: Ευρωπαϊκή Κοινότητα

ΟΝΕ: Οικονομική και Νομισματική Ένωση

ΔΕΚ: Δικαστήριο Ευρωπαϊκής Κοινότητας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

URBAN: Κοινοτική Πρωτοβουλία

UNICE: Ευρωπαϊκή Εργοδοτική Οργάνωση

CEEP: Ευρωπαϊκή Εργοδοτική Οργάνωση

ΕΤΥΡ: Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία Συνδικάτων

ΟΟΡs: Out of Pocket payments

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη εκτεταμένων συστημάτων κοινωνικής προστασίας με σκοπό την παροχή στήριξης και βοήθειας σε άτομα που έχουν ανάγκη υπήρξε μεταπολεμικά βασικό χαρακτηριστικό των ευρωπαϊκών κοινωνιών .Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας συμβάλλουν στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και στην ενίσχυση της αλληλεγγύης στο εσωτερικό της Ένωσης .

Η ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική θεμελιώνει κοινωνικά δικαιώματα ,για αυτό ρυθμίζεται από το ευρωπαϊκό κοινωνικό δίκαιο . Οι επιπτώσεις στους Ευρωπαίους πολίτες είναι άμεσες και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο προστατεύει αυτά τα δικαιώματα .Με διάφορες κανονιστικές ρυθμίσεις και μη ,η Ευρωπαϊκή Ένωση ,με αφορμή την εμφάνιση της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την καταπολέμηση της ανεργίας και την απασχόληση, φαίνεται να μετατοπίζει το ενδιαφέρον της από τα δικαιώματα των εργαζομένων στην καταπολέμηση της ανεργίας .Αυτό συνέβη διότι παρά την κατοχύρωση της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων ,οι αγορές εργασίας δεν έχουν ενοποιηθεί και τα ποσοστά ανεργίας διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα .

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι υγειονομικές και κοινωνικές ανισότητες που συντηρούνται από την εισοδηματική πολιτική των κρατών μελών της ΕΕ και την πολιτική που ακολουθούν στον τομέα της Υγείας και Πρόνοιας .

Ο κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας ανεξαιρέτως παρουσιάζεται με τις γενικές τάσεις σύγκλισης των συστημάτων σε κοινά χαρακτηριστικά και κοινούς στόχους, όπως η μείωση του κόστους και η αύξηση της αποδοτικότητας με όρους ποιότητας.

Οι αλληλεπιδράσεις που παρουσιάζονται από τη συνύπαρξη της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη μας ώθησαν στην επιλογή του θέματος: «Η κοινωνική πολιτική ,τα συστήματα υγείας και η επίδρασή τους στη δημογραφική πυραμίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης» .

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το υπό εξέταση θέμα, είναι: «Η κοινωνική πολιτική ,τα συστήματα υγείας και η επίδρασή τους στη δημογραφική πυραμίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης» .Το θέμα αυτό επελέγη διότι θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζουμε τις επιδράσεις της κοινωνικής πολιτικής στις δημογραφικές μεταβολές ,μέσα από το σύστημα υγείας στην ΕΕ .Για τη μελέτη του θέματος στηριχθήκαμε σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία ,καθώς και σε στατιστικά δεδομένα από πρόσφατες έρευνες της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (EUROSTAT) .Τα βήματα που θα ακολουθήσουμε είναι τα εξής :

- 1) Θα μελετήσουμε την κοινωνική πολιτική .
- 2) Θα μελετήσουμε το σύστημα υγείας .
- 3) Θα παρουσιάσουμε τη σύνδεση της κοινωνικής πολιτικής με το σύστημα υγείας .
- 4) Θα συνδέσουμε την κοινωνική πολιτική με το σύστημα υγείας δηλαδή πώς επιδρά η κοινωνική πολιτική στο σύστημα υγείας .
- 5) Θα παρουσιάσουμε τις δημογραφικές πολιτικές και μεταβολές .
- 6) Θα συνδέσουμε το σύστημα υγείας με τις δημογραφικές μεταβολές δηλαδή με ποιο τρόπο επιδρά το σύστημα υγείας σε αυτές τις μεταβολές .

ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία υλοποιείται από την ανάπτυξη σε τρία μέρη και δέκα κεφάλαια .

ΜΕΡΟΣ 1^ο : ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Το **πρώτο μέρος** περιέχει την θεμελίωση και την άσκηση της κοινοτικής αρμοδιότητας (αρχή επικουρικότητας) ,τον κοινοτικό χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων των εργαζομένων και τις συμφωνίες του Maastricht για την κοινωνική πολιτική προς τους εργαζομένους .

ΜΕΡΟΣ 2^ο : ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Το **δεύτερο μέρος** περιέχει τον ορισμό του συστήματος υγείας και εντοπίζει κάποιες αδυναμίες στα συστήματα υγείας της ΕΕ .Ακόμη ,περιέχει τις γενικές τάσεις για το μέλλον για τη βελτίωση της ποιότητας και της τεκμηριωμένης διάθεσης των πόρων του συστήματος ,με ταυτόχρονο περιορισμό του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας .

ΜΕΡΟΣ 3^ο : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΕ

Το **τρίτο μέρος** ,αρχικά ,περιέχει μια θεωρητική αναφορά σε πρότυπα πληθυσμών κι έπειτα αναφέρεται στις δημογραφικές μεταβολές της πληθυσμιακής πυραμίδας της ΕΕ .Οι παράμετροι που εξετάζονται είναι η γονιμότητα ,η θνησιμότητα ,η ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού ,ο ενεργός πληθυσμός ,η πληθυσμιακή γήρανση και η υπογεννητικότητα (γαμηλιότητα-διαζύγια) .

ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Στο **πρώτο μέρος** παρουσιάζεται η ανάπτυξη συστημάτων κοινωνικής προστασίας με σκοπό την παροχή στήριξης και βοήθειας σε άτομα που έχουν ανάγκη στα κράτη-μέλη της ΕΕ .Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η αποτροπή της μείωσης των μισθών των εργαζομένων ,με την ενίσχυση της αθέμιτης ανταγωνιστικότητας και κατ' επέκταση την αποφυγή της υποβάθμισης του βιοτικού επιπέδου τόσο των ίδιων ,όσο και γενικότερα των κρατών-μελών .Ακόμα περιγράφεται η νομική προστασία των εργαζομένων από τις διατάξεις της Συνθήκης του Maastricht ,ως αναφορά τα δικαιώματα τους και γίνεται μια εκτενή περιγραφή στην κοινωνική τους ασφάλιση .Τέλος ,μελετώνται οι ανισότητες που παρουσιάζονται κατά το ποσοστό κάλυψης των εργαζομένων για την υγειονομική τους περίθαλψη από τους ασφαλιστικούς φορείς και πώς αυτό εξαρτάται από το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:1

Στο **πρώτο κεφάλαιο** αναφέρεται η έννοια και οι τρόποι αποφυγής ενός κοινωνικού ντάμπινγκ .Δηλαδή μια κρατική πολιτική που αποβλέπει στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των εγχώριων επιχειρήσεων και την προσέλκυση επενδύσεων με τον περιορισμό του εργατικού κόστους ,κυρίως με περιορισμό του μισθολογικού και μη κόστους .Έπειτα ,αναφέρονται οι κοινωνικές επιπτώσεις αυτού του φαινομένου στην ενιαία αγορά και κλείνει με την αναφορά για κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων σε κοινοτικό επίπεδο .

1.Θεμελίωση κοινοτικής αρμοδιότητας

1.1.Η αποτροπή του κοινωνικού ντάμπινγκ

1.1.1.Η έννοια του κοινωνικού ντάμπινγκ

Ως κοινωνικό ντάμπινγκ μπορεί να θεωρηθεί μια κρατική πολιτική που αποβλέπει στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των εγχώριων επιχειρήσεων και την προσέλκυση επενδύσεων με τον περιορισμό του εργατικού κόστους ,κυρίως με περιορισμό του μισθολογικού και μη κόστους .¹

Ανησυχίες για το κοινωνικό ντάμπινγκ δεν έπαψαν ποτέ να εκφράζονται στις χώρες του Ευρωπαϊκού Βορρά .Οι ανησυχίες αυτές εντάθηκαν μετά τη μεσογειακή διεύρυνση της Κοινότητας διότι πιθανολογήθηκαν οι εξής αρνητικές επιπτώσεις για τις χώρες με υψηλό εργατικό κόστος :

- αδυναμία ανταγωνισμού με τις χώρες που έχουν χαμηλότερο κόστος εργασίας
- εκτροπή επενδύσεων προς τις χώρες χαμηλού κόστους
- καθήλωση της εθνικής κοινωνικής προόδου ή ακόμη και πίεση για κοινωνική οπισθοδρόμηση ,με κατάργηση κεκτημένων δικαιωμάτων των εργαζομένων

Η εμπειρία του διεθνούς ανταγωνισμού δεν επιβεβαιώνει αυτές τις ανησυχίες της εργοδοσίας ,αλλά και των εργαζομένων στις βόρειες χώρες .

¹Θ.Σακελλαρόπουλος ,Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,1993, σελ.58

Σε ορισμένες χώρες του ευρωπαϊκού νότου ,και κυρίως στην Ελλάδα ,το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα των χαμηλών αμοιβών εξουδετερώνεται σε μεγάλο βαθμό από τη χαμηλότερη παραγωγικότητα ,η οποία οφείλεται σε παράγοντες όπως η τεχνολογική καθυστέρηση των παραγωγικών μονάδων ,η ανεπαρκής συντήρησή τους ,η ανεπαρκής κατάρτιση του προσωπικού ,η κακή οικονομική διαχείριση ,η έλλειψη εργασιακής οργάνωσης ,κτλ.

Από την άλλη πλευρά ,στην επιλογή του τόπου μιας επένδυσης από μία πολυεθνική επιχείρηση παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες ,όπως η συμπεριφορά των ανταγωνιστών ,η κρατική πολιτική απέναντι στις ξένες επενδύσεις ,η φορολογική μεταχείριση ,κτλ. Με τα δεδομένα αυτά ,πρέπει να είναι αρκετά σπάνιες οι περιπτώσεις που μια επένδυση αποφασίζεται με βάση ,αποκλειστικά ,το κριτήριο του εργατικού κόστους .

1.1.2.Οι κοινωνικές επιπτώσεις της ενιαίας αγοράς

Η αντιπαράθεση σχετικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής ολοκλήρωσης επανήλθε στην επικαιρότητα με την προοπτική εγκαθίδρυσης της ενιαίας εσωτερικής αγοράς τα ερωτήματα που τέθηκαν ήταν κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα ωφεληθούν οι εργαζόμενοι από την εγκαθίδρυση της ενιαίας αγοράς και τί κινδύνους εμπεριέχει για τους ίδιους αυτή η αγορά.²

Η ιδρυτική συνθήκη αφήνει να εννοηθεί ότι τα ωφελήματα από την εγκαθίδρυση της ενιαίας αγοράς θα κατανεμηθούν «αυτόματα» μέσω των μηχανισμών της αγοράς και με μια οριακή νομοθετική παρέμβαση της Κοινότητας .

Μπροστά στην αδυναμία θέσπισης υποχρεωτικών κανόνων ,επισημάνθηκε ότι την κύρια ευθύνη για την προώθηση των συμφερόντων των εργαζομένων θα φέρουν τα συνδικάτα .

²Θ.Σακελλαρόπουλος ,Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,1993, σελ.65

Αναφορικά με τους κινδύνους για τους εργαζόμενους ,τονίζεται ότι η εγκαθίδρυση της ενιαίας αγοράς θα μπορούσε να έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους εργαζόμενους σε ορισμένους κλάδους και περιοχές ,αν δεν λαμβάνονταν τα απαραίτητα συνοδευτικά μέτρα και πολιτικές .Ειδικότερα ,η ένταση του ανταγωνισμού θα οδηγούσε σε αναδιάρθρωση ή κλείσιμο ορισμένων επιχειρήσεων ,απώλεια θέσεων εργασίας και προσπάθειες συμπίεσης του εργατικού κόστους .

Η σημασία του εργατικού κόστους ως εργαλείου προώθησης της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων τείνει να αυξηθεί μετά την εγκαθίδρυση της ενιαίας αγοράς .Όπως παρατηρήθηκε , «η υλοποίηση της ενιαίας αγοράς σημαίνει τον περιορισμό των παραγόντων που προσδιορίζουν την ανταγωνιστική ικανότητα μιας παραγωγικής διαδικασίας από τις διάφορες μορφές κρατικής πολιτικής (επιδοτήσεις ,φόροι ,προστασία ,επιτόκια ,κτλ) σε δύο στοιχεία: τον τεχνολογικό παράγοντα και το κόστος εργασίας ,σε συνδυασμό με την παραγωγικότητα» .

1.2.Η επίτευξη κοινωνικής προόδου και η εγκαθίδρυση του «ευρωπαϊκού κοινωνικού χώρου» .

Παρά το γεγονός ότι οι διατάξεις της συνθήκης της ΕΟΚ για την κοινωνική πολιτική προήλθαν από τις γαλλικές ανησυχίες ,δεν θεμελιώναν την κοινοτική αρμοδιότητα στην ανάγκη αποτροπής του κοινωνικού ντάμπινγκ ,αλλά στην ανάγκη για «βελτίωση των όρων διαβίωσης και εργασίας του εργατικού δυναμικού» και για «εναρμόνιση τους ,με στόχο την πρόοδο» .

Ενώ, λοιπόν ,αναγνωριζόταν η συντρέχουσα αρμοδιότητα της κοινότητας στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής ,ταυτόχρονα ,η ίδια η συνθήκη ,παρείχε έρεισμα στα κράτη για να αντισταθούν στην ενεργοποίηση της κοινοτικής αρμοδιότητας .Τα κράτη που δεν επιθυμούσαν την ανάμιξη της Κοινότητας μπορούσαν να υποστηρίξουν πως η βελτίωση των όρων διαβίωσης και εργασίας μπορούσε να γίνει αυτόματα «από τη λειτουργία της κοινής αγοράς» .³

³ «Π.Δ. Δάγτογλου ,Η νέα Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας , Εκδόσεις Σακκούλα ,1994, σελ.86

Ως προς τον ρόλο πάντως της αγοράς στη διαρρύθμιση των αμοιβών και άλλων όρων εργασίας ,διαμορφώθηκαν τρεις αντιλήψεις:

- η φιλελεύθερη αντίληψη ,που εκφραζόταν κυρίως από τη βρετανική εργοδοσία ,απέριπτε κάθε κρατική ή συνδικαλιστική παρέμβαση στις εργασιακές σχέσεις της επιχείρησης ,
- η χριστιανο-κοινωνική αντίληψη ,που επικράτησε στη Γερμανία ,θεωρούσε ευθύνη των συνδικάτων και των εργοδοτικών οργανώσεων τη διαμόρφωση των όρων εργασίας (αυτονομία κοινωνικών εταίρων) και αποδεχόταν μόνο κατ' εξαίρεση την παρέμβαση της δημόσιας εξουσίας ,βάσει της αρχής της επικουρικότητας στην οριζόντια εφαρμογή της (βλ.σελ.14) .
- η Τρίτη αντίληψη ,που επικράτησε στα κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού Νότου (περιλαμβανομένης εν προκειμένω και της Γαλλίας) ,θεωρούσε πως ,όταν δεν συμφωνούν οι κοινωνικοί εταίροι ,η δημόσια εξουσία μπορούσε να παρεμβαίνει στις εργασιακές σχέσεις προκειμένου να διασφαλιστεί το δημόσιο συμφέρον .

Στην κατεύθυνση της διασφάλισης του «ευρωπαϊκού κοινωνικού προτύπου» καταβάλλονται την τελευταία δεκαετία προσπάθειες κατοχύρωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων του πολίτη σε κοινοτικό επίπεδο .Οι προσπάθειες αυτές άρχισαν ουσιαστικά με την υιοθέτηση ,το 1989 ,του Κοινοτικού Χάρτη θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων .Είναι όμως γεγονός ότι με τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση ,ενώ κατοχυρώθηκαν ορισμένα αστικά και πολιτικά δικαιώματα ,παραλείφθηκαν τα κοινωνικά δικαιώματα(1998) .Επειδή τα δικαιώματα αυτά δεν μπορούσαν παρά να συμπεριληφθούν σε έναν γενικό κατάλογο δικαιωμάτων του Ευρωπαίου πολίτη ,αυτό έγινε το 2001 στο πλαίσιο της κοινής διακήρυξης από το Συμβούλιο ,το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και την Επιτροπή ,ενός Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων ,που συγκέντρωσε στο ίδιο κείμενο ,τα ατομικά ,πολιτικά ,οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα ,καθώς και τα δικαιώματα της κοινωνίας των πολιτών .

Ο Χάρτης αποτελεί ένα σημαντικό από απόψεως περιεχομένου κείμενο αλλά δεν έχει προς το παρόν δεσμευτική ισχύ .Σημειωτέον πάντως ότι εφόσον αποκτήσει δεσμευτική ισχύ ,η ισχύς αυτή ή ακριβέστερα το πεδίο εφαρμογής του

Χάρτη θα είναι περιορισμένο ,δεδομένου ότι οι διατάξεις του Χάρτη απευθύνονται στα όργανα και τους οργανισμούς της Ένωσης ,τηρούμενης της αρχής της επικουρικότητας ,καθώς και στα κράτη μέλη ,μόνο όταν αυτά εφαρμόζουν το δίκαιο της Ένωσης .Συνεπώς ,όταν τα κράτη μέλη θα νομοθετούν για κοινωνικά δικαιώματα που δεν ρυθμίζονται από το δίκαιο της Ένωσης όπως το δικαίωμα του συνεταιρισμού , της διαπραγμάτευσης και της συλλογικής δράσης ,τα κράτη αυτά δεν θα δεσμεύονται από το Χάρτη ,ενώ θα δεσμεύονται να επιβεβαιώσει το κοινωνικό έλλειμμα της Ένωσης .

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:2

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** γίνεται μια αναφορά ως προς τον τρόπο άσκησης της κοινοτικής αρμοδιότητας ,καθώς και των προβλημάτων που προκύπτουν από τη σύγκρουση μεταξύ της αρχής της επικουρικότητας με το εργατικό θεσμικό πλαίσιο .Τέλος ,αναφέρεται στον τρόπο δράσης για την καταπολέμηση του κοινωνικού ντάμπινγκ ,την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων και την υγεία στον τόπο εργασίας .

2.Άσκηση κοινοτικής αρμοδιότητας: αρχή επικουρικότητας

2.1.Οριζόντια εφαρμογή επικουρικότητας

Οι γερμανικές θέσεις για την αυτονομία των κοινωνικών εταίρων και την επικουρικότητα του κράτους τείνουν σήμερα να επικρατήσουν στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα .Στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής ορθά παρατηρήθηκε ότι από το ερώτημα ποιος πρέπει να νομοθετεί- η Ευρωπαϊκή Κοινότητα ή τα κράτη μέλη – πρέπει να προτάσσεται το ερώτημα αν το αντικείμενο πρέπει να διαρρυθμίζεται νομοθετικά ή συμβατικά .Είναι χαρακτηριστικό ότι ,στα περισσότερα κράτη μέλη ,οι κατώτερες αμοιβές και άλλοι όροι εργασίας διαμορφώνονται στα πλαίσια συλλογικών συμβάσεων εργασίας ,με αποτέλεσμα να είναι συνήθως απρόσφορη η κρατική ή κοινοτική παρέμβαση για τη διαρρύθμισή τους.

2.2.Κάθετη εφαρμογή επικουρικότητας

Η οριζόντια εφαρμογή της αρχής της επικουρικότητας δεν απορρίπτει εντελώς την παρέμβαση της δημόσιας εξουσίας για τη διασφάλιση των συμφερόντων των εργαζομένων .Η αποδοχή της παρέμβασης της δημόσιας εξουσίας για τη διασφάλιση των συμφερόντων των εργαζομένων δεν λύνει το ζήτημα σε ποιο επίπεδο πρέπει να ασκείται αυτή η εξουσία –εθνικό ή κοινοτικό .Η αναγνώριση κοινοτικής αρμοδιότητας στα πεδία των εργασιακών σχέσεων και της κοινωνικής προστασίας δεν σημαίνει αυτόματα ότι η Κοινότητα μπορεί να νομοθετεί κατά βούληση στους αντίστοιχους τομείς ,διότι η κοινοτική αρμοδιότητα είναι συντρέχουσα με εκείνη των κρατών-μελών .Η άσκηση της κοινοτικής αρμοδιότητας διέπεται από την αρχή της κάθετης εφαρμογής της επικουρικότητας.

Στους τομείς που δεν υπάγονται στην αποκλειστική της αρμοδιότητα ,η Κοινότητα δρα σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας ,μόνον εάν και στο βαθμό που οι στόχοι της προβλεπόμενης δράσης είναι αδύνατον να επιτευχθούν επαρκώς από τα κράτη μέλη και δύνανται συνεπώς ,λόγω των διαστάσεων ή των αποτελεσμάτων της προβλεπόμενης δράσης είναι αδύνατον να επιτευχθούν καλύτερα σε κοινοτικό επίπεδο (ρύθμιση ΣΕΚ). Με την παραπάνω ρύθμιση ουσιαστικά επιχειρείται η εξισορρόπηση της δημοκρατικής αρχής βάσει της οποίας η εξουσία πρέπει να βρίσκεται όσο το δυνατό πλησιέστερα στους πολίτες, με την ανάγκη αποτελεσματικής προάσπισης των συμφερόντων τους ,δηλαδή του δημόσιου συμφέροντος.⁴

Η κοινωνική πολιτική θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει ένα από τα βασικά πεδία εφαρμογής της αρχής της επικουρικότητας .Λόγω της σχετικότητάς της ,η αρχή της επικουρικότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα για να δικαιολογήσει την άσκηση αρμοδιοτήτων από την Κοινότητα αλλά και για να διασφαλίσει την εθνική αρμοδιότητα .

2.3.Προβλήματα εφαρμογής της αρχής της επικουρικότητας

2.3.1.Εργατικό Δίκαιο

Στις χώρες με χαμηλά επίπεδα προδιαγραφών και όρων εργασίας οι μεν εργοδότες επικαλούνται ήδη την αρχή της επικουρικότητας ως πρόσχημα για τη διατήρηση της εθνικής νομοθεσίας στα ίδια επίπεδα ,ενώ οι εργαζόμενοι την επικαλούνται για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής από την Κοινότητα .

Στις χώρες με υψηλά επίπεδα προδιαγραφών και όρων εργασίας οι εργοδότες και εργαζόμενοι τείνουν να συμφωνούν για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής της Κοινότητας και επικαλούνται την αρχή της επικουρικότητας προκειμένου να βελτιωθούν τα επίπεδα των προδιαγραφών και όρων εργασίας στις χώρες με χαμηλές προδιαγραφές και να περιοριστεί η ψαλίδα του εργατικού κόστους ,αν και όπως τονίστηκε δεν είναι μεγάλες οι διαφορές αυτού του κόστους ανάμεσα στα κράτη μέλη.⁵

⁴ Θ.Σακελλαρόπουλος , Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την εποχή της Παγκοσμιοποίησης , Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,2001,σελ.35

⁵ Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ.93

Αξίζει να σημειωθεί ότι η διάκριση μεταξύ χωρών με υψηλά και χωρών με χαμηλά επίπεδα προδιαγραφών και όρων εργασίας δεν συμπίπτει κατ' ανάγκη με την παραδοσιακή διάκριση μεταξύ Ευρωπαϊκού Βορρά και Νότου .

2.3.2.Κοινωνική Ασφάλεια-Προστασία

Στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας η άσκηση της κοινοτικής αρμοδιότητας προσκρούει κατ' αρχήν στο γεγονός ότι η κοινωνική προστασία εμφανίζεται στενά δεμένη με το κράτος έθνος ,σε σημείο μάλιστα που το κράτος πρόνοιας να αποτελεί βασικό νομιμοποιητικό παράγοντα του κράτους έθνους .

Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κρατική παρέμβαση ,η διαρρύθμιση της κοινωνικής προστασίας και ιδιαίτερα των θεσμοθετημένων από το κράτος ασφαλιστικών καθεστώτων ,δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από το κράτος .⁵

Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ ,στα κράτη μέλη της Κοινότητας υπάρχει ένα σημαντικό κεκτημένο στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας και η κοινοτική παρέμβαση δικαιολογείται μόνο για την κάλυψη τυχόν κενών που υπάρχουν σε ορισμένες χώρες .

Έχει επικρατήσει η άποψη ότι η Κοινότητα πρέπει να εξασφαλίσει μια ισοδύναμη ασφαλιστική προστασία σε όλα τα κράτη μέλη ,δηλαδή να θεσπίσει κάποια ελάχιστα όρια κοινωνικής προστασίας .Τα κοινοτικά ελάχιστα όρια θα ήταν Κοινωνικής Ασφαλείας (Ε.Κ.Κ.Α.) ,αλλά με τις σημερινές οικονομικές συνθήκες η υιοθέτηση τους θα μπορούσε να δημιουργήσει έμμεσες πιέσεις στις χώρες με υψηλότερα όρια για υποβάθμιση αυτών των ορίων .⁶

Η κοινοτική παρέμβαση θεωρήθηκε σε μεγάλο βαθμό περιττή με το σκεπτικό ότι τα συστήματα θα συγκλίνουν μόνα τους ,κάτω από την πίεση των μηχανισμών της αγοράς (1992) .Υποστηρίχτηκε εξάλλου ότι υπάρχει σημαντική αλληλεξάρτηση μεταξύ μισθών και ασφαλιστικών εισφορών : σε χώρες με το ίδιο περίπου εργατικό κόστος οι υψηλότερες εισφορές αντισταθμίζονται από χαμηλότερες αποδοχές (π.χ. Γαλλία ,Ελλάδα) και αντίστροφα (π.χ. Δανία) .Η εναρμόνιση επομένως των ασφαλιστικών εισφορών θα μπορούσε να προκαλέσει στρεβλώσεις του ανταγωνισμού αντί να τις καταπολεμήσει .

⁶ Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005, σελ.107

Τέλος , η Επιτροπή αναγκάστηκε να περιοριστεί στην υποβολή των σχεδίων συστάσεων «σχετικά με τα κοινά κριτήρια που αφορούν την επάρκεια πόρων και παροχών στα συστήματα κοινωνικής προστασίας » και «για τη σύγκλιση των στόχων και πολιτικών κοινωνικής προστασίας » που υιοθετήθηκε το 1992 από το Συμβούλιο .

2.4.Δράση για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού

Η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μια από τις κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Η πρόκληση αυτή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την παροχή καλύτερης βοήθειας στα άτομα που αποκλείονται ή κινδυνεύουν να αποκλειστούν από την εργασία, αλλά απαιτεί δραστικά μέτρα για την άρση των εμποδίων στην κοινωνική ένταξη. Το άρθρο 137 (ΣΕΚ) παρέχει στην Κοινότητα έναν συγκεκριμένο ρόλο όσον αφορά την υποστήριξη και τη συμπλήρωση των ενεργειών των κρατών μελών σχετικά με την ένταξη των αποκλεισμένων από την αγορά εργασίας ατόμων. Πάντως, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, η καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού εξαρτάται κατά πρώτο λόγο από τις εθνικές, περιφερειακές και τοπικές αρχές κάθε κράτους. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν μπορεί παρά να συμπληρώνει και να ενθαρρύνει τις ενέργειες των κρατών μελών σε αυτά τα πεδία ενισχύοντας την ανταλλαγή πληροφοριών, την αντιπαράθεση των εμπειριών, τη μεταβίβαση των γνώσεων και την επίδειξη της ορθότητας των σχεδίων πιλότων. Γι' αυτό η κοινοτική δράση εναντίον του κοινωνικού αποκλεισμού εστιάζεται κυρίως στην επαγγελματική κατάρτιση .

Ένα κοινοτικό πρόγραμμα δράσης, που καλύπτει την περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 2002 έως 31 Δεκεμβρίου 2006, ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι στόχοι του προγράμματος δράσης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι ειδικότερα η βελτίωση της κατανόησης του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας, η διοργάνωση ανταλλαγών στον τομέα των ακολουθούμενων πολιτικών και των αμοιβαίων διδαγμάτων, καθώς και η ανάπτυξη της ικανότητας των φορέων να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τον

κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια, ιδίως με την ενθάρρυνση καινοτόμων προσεγγίσεων και τη δημιουργία δικτύων των ενδιαφερομένων φορέων σε κοινοτικό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. Η κοινοτική πρωτοβουλία «URBAN» μπορεί να βοηθήσει την ανακαίνιση των φτωχών συνοικιών, στις οποίες κατοικούν οι περισσότεροι κοινωνικά αποκλεισμένοι.

Διάφορες πρωτοβουλίες της Κοινότητας συμβάλλουν στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Πλεονάσματα τροφίμων διανέμονται στα πλαίσια χειμερινών εκστρατειών αρωγής των πιο απόρων, τις οποίες αναλαμβάνουν μη κυβερνητικές οργανώσεις. Η Επιτροπή ενθαρρύνει το Ευρωπαϊκό δίκτυο των μη κυβερνητικών οργανώσεων κατά της φτώχειας και έχει εγκαθιδρύσει ένα μόνιμο διάλογο μαζί τους.

Το ευρωπαϊκό έτος των ατόμων με ειδικές ανάγκες 2003 επιδίωξε να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη ως προς τα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες και τη θετική συμβολή τους στην κοινωνία, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της αναπηρίας τους και τις πολλαπλές μορφές διακρίσεων που υφίστανται. Πράγματι, το Συμβούλιο εξέδωσε ψηφίσματα που καλούν τα κράτη μέλη να προωθήσουν την απασχόληση και την ενσωμάτωση, την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στην πολιτιστική υποδομή και δραστηριότητες καθώς και την ενσωμάτωση τους στην κοινωνία μέσω συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Ενθάρρυνε επίσης τα κράτη μέλη και την Επιτροπή να προωθήσουν την ενίσχυση της συνεργασίας και την ανταλλαγή εμπειριών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, ιδίως δε με τους αρμόδιους φορείς ατόμων με ειδικές ανάγκες να προβλέψουν νέα μέτρα για την προώθηση της απασχόλησης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρίες κατά τρόπο συνεκτικό προς τους στόχους της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την απασχόληση και να ενσωματώσουν τη διάσταση του "ατόμου με αναπηρίες" σε όλες τις κατάλληλες πολιτικές.

Σχετικά με την πρόσβαση στην αγορά εργασίας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επίτευξη συνέργιας μεταξύ των συναφών θεμάτων που εμπίπτουν στους τομείς της απασχόλησης, της εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, των μεταφορών, της εσωτερικής αγοράς, της κοινωνίας των πληροφοριών, των νέων τεχνολογιών και της πολιτικής για τους καταναλωτές. Η έλλειψη κινητικότητας δυσχεραίνει τη συμμετοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες, γεγονός που είναι επιζήμιο για όλους. Πρόοδοι πρέπει να γίνουν

σε όλα τα συναφή πεδία για να εξασφαλιστούν τα καλύτερα αποτελέσματα πρόσβασης για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Με ψήφισμα ως προς την κοινωνία των πληροφοριών για όλους, το Συμβούλιο δηλώνει ότι η κοινωνία των πληροφοριών και οι δυνατότητες που προσφέρει πρέπει να είναι ανοιχτές σε όλους και να μην αποτελούν μια νέα αιτία κοινωνικού αποκλεισμού. Καλεί τα κράτη μέλη να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες που προσφέρει η κοινωνία της πληροφορίας για τα μειονεκτούντα άτομα (ανέργους, μη εργαζόμενους, άτομα που αντιμετωπίζουν κίνδυνο αποκλεισμού, όπως οι πιο ηλικιωμένοι εργαζόμενοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες), να άρουν τους φραγμούς που υπάρχουν στην κοινωνία των πληροφοριών και να ενθαρρύνουν τις εταιρικές σχέσεις όλων των ενεχομένων με έμφαση στην περιφερειακή και την τοπική διάσταση.

2.5 Ασφάλεια και υγεία στον τόπο εργασίας

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία με έδρα το Bilbao έχει σαν βασικές αρμοδιότητες τη συλλογή και τη διάδοση πληροφοριών τεχνικού, οικονομικού και επιστημονικού χαρακτήρα ως προς την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, την προώθηση ανταλλαγών πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των κρατών μελών, την παροχή στην Επιτροπή των απαραίτητων πληροφοριών για την προετοιμασία και την αξιολόγηση νομοθετικών κειμένων και, τέλος, τη δημιουργία ενός δικτύου συνδέοντος σε ποικίλους τομείς υγείας, και ιδίως στην ανάπτυξη νέων διαγνωστικών εργαλείων και νέων μεθόδων θεραπείας ικανών να συμβάλουν στην καταπολέμηση ασθενειών που δεν έχουν ακόμη τεθεί υπό έλεγχο.⁷

⁷Flynn ,Πράσινο Βιβλίο, «για την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική» , 1993 ,σελ.58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:3

Στο **τρίτο κεφάλαιο** αναφέρεται ο κοινοτικός χάρτης θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων .Με τις συμφωνίες της συνθήκης του Maastricht ,αναφέρεται το πρωτόκολλο για την κοινωνική πολιτική ,η φύση του κοινοτικού κοινωνικού χάρτη ,το περιεχόμενο του ,καθώς και ο τρόπος υλοποίησης του .

3.Κοινοτικός Χάρτης Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των εργαζομένων

3.1.Η συνθήκη του Maastricht

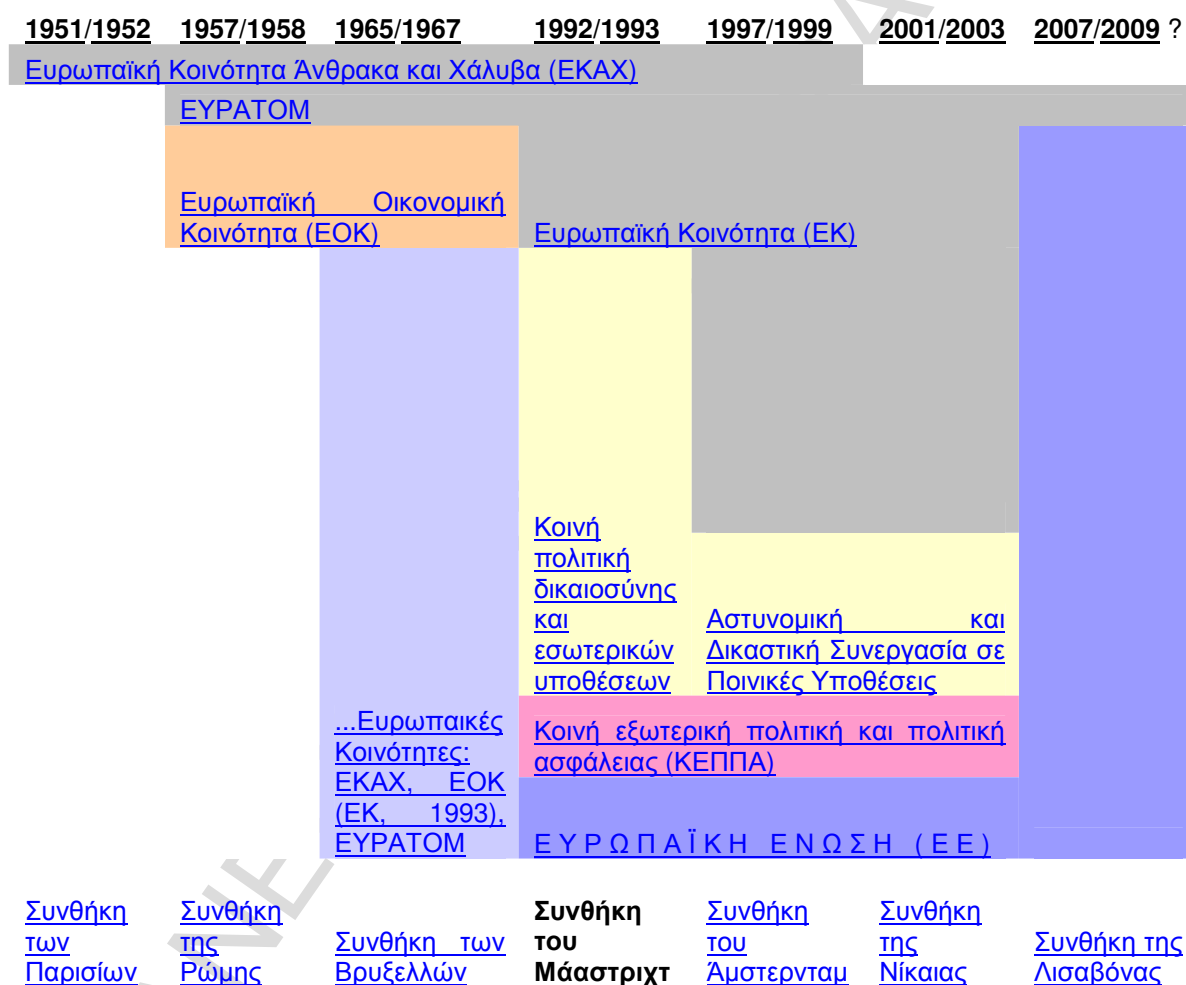
Στη Διακυβερνητική Διάσκεψη ,που πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια του 1991 ,το Ηνωμένο Βασίλειο αντιτάχθηκε επίμονα στην τροποποίηση των διατάξεων της συνθΕΟΚ για την κοινωνική πολιτική .Η σύνοδος της διασκέψεως υποχρεώθηκε να δεχτεί έναν συμβιβασμό που οδηγεί στη διαμόρφωση της Κοινότητας των δύο ταχυτήτων στα θέματα της κοινωνικής πολιτικής .Στην προκειμένη περίπτωση υιοθετήθηκε ένα «παραοικονομικό σύστημα λήψης αποφάσεων» ,που συνεπάγεται την αυτοεξαίρεση του Ηνωμένου Βασιλείου .¹⁷

Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση που υπογράφηκε στο Maastricht στις 7/2/1992 αλλάζει τη δομή της συνθήκης της ΕΟΚ .Ειδικότερα ο τίτλος της συνθήκης της ΕΟΚ που αναφέρεται στην κοινωνική πολιτική αντικαταστάθηκε από το ακόλουθο κείμενο ⁸: «Κοινωνική πολιτική ,Παιδεία, Επαγγελματική Εκπαίδευση και Νεολαία» .Τα νέα άρθρα αφορούν τις κοινωνικές διατάξεις ,το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και αναφέρονται στην παιδεία , την επαγγελματική εκπαίδευση και τη νεολαία .

Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση θεσμοθετεί έναν νέο τίτλο για τη Δημόσια Υγεία, που περιλαμβάνει ένα μόνο άρθρο και ορίζει ότι η Κοινότητα «συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και ,αν αυτό απαιτείται, υποστηρίζοντας τη δράση τους» ,προωθώντας την πρόληψη των ασθενειών ,την έρευνα ,την ενημέρωση και τη διαπραγμάτευση στον τομέα της υγείας .⁸

⁸Η.Νικολακοπούλου-Στεφάνου ,«Η Συνθήκη του Maastricht» , Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 1993,σελ.47

Το Συμβούλιο για την επίτευξη των στόχων αυτών εγκρίνει ,με τη διαδικασία της συναπόφασης , «δράσεις ενθάρρυνσης» και διατυπώνει συστάσεις ,με ειδική πλειοψηφία .Πέρα ,όμως ,από τις συγκεκριμένες κοινοτικές πράξεις ,επιδιώκεται ο συντονισμός μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας .Δεν αναπτύσσεται επομένως μια ολοκληρωμένη κοινοτική πολιτική στον τομέα αυτόν ,όπως επιθυμούσε η Επιτροπή .



⁹ ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συνθήκες της Ε.Ε.

⁹ Ίδια επεξεργασία

3.2.Το Πρωτόκολλο για την κοινωνική πολιτική

Με το Πρωτόκολλο σχετικά με την κοινωνική πολιτική τα δώδεκα κράτη μέλη συμφώνησαν για την προώθηση της κοινωνικής πολιτικής με βάση χωριστή συμφωνία, στην οποία δεν συμμετέχει η Βρετανία. Με τη ρύθμιση αυτή διευκολύνονται τα έντεκα κράτη μέλη, πλην της Βρετανίας, να χρησιμοποιήσουν το κοινοτικό πλαίσιο, προκειμένου να εγκρίνουν σειρά μέτρων για να εφαρμόσουν τον Κοινοτικό Χάρτη. Το Ηνωμένο Βασίλειο δεν συμμετέχει στις διαβουλεύσεις και τις ψηφοφορίες για την έγκριση από το Συμβούλιο των προτάσεων της Επιτροπής. Τα μέτρα εξάλλου που θα εγκρίνονται από το Συμβούλιο, δεν θα έχουν εφαρμογή στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο όμως θα μπορεί, όποτε εκείνο το επιθυμεί, να εφαρμόζει τις κοινοτικές οδηγίες που θα έχουν εγκριθεί από τους λοιπούς έντεκα χωρίς τη συμμετοχή του. Οι πράξεις του Συμβουλίου, που θεσπίζονται δυνάμει του Πρωτοκόλλου και οι οποίες πρέπει να εγκρίνονται εφόσον θα έχουν συγκεντρώσει τουλάχιστον 44 ψήφους επί συνόλου 66, αντί 54 επί συνόλου 76. Για τις πράξεις του Συμβουλίου που πρέπει να εγκρίνονται με ομοφωνία, καθώς και για εκείνες που συνιστούν τροποποίηση της πρότασης της Επιτροπής, απαιτείται ομοφωνία των ένδεκα μελών του Συμβουλίου, πλην του Ηνωμένου Βασιλείου.¹⁰

¹⁰ Η.Νικολακοπούλου-Στεφάνου, «Η Συνθήκη του Maastricht», Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 1993, σελ.63

3.3.Φύση Κοινοτικού Κοινωνικού Χάρτη

Ο κοινοτικός Χάρτης των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων αντικατοπτρίζει τις ανησυχίες των χωρών του ευρωπαϊκού βορρά για την πιθανότητα διεξαγωγής κοινωνικού ντάμπινγκ σε βάρος τους από τις χώρες του ευρωπαϊκού νότου ,στο αρχικό στάδιο της ολοκλήρωσης της εσωτερικής αγοράς.¹³Σημειώνεται πάντως ότι αρκετά δικαιώματα που καθιερώνονται με τον Χάρτη δεν επιδρούν στο εργατικό κόστος και δεν συνδέονται με την αποτροπή του κοινωνικού ντάμπινγκ .Συνδέονται με την καταπολέμηση της ανεργίας ,της φτώχειας ,με την προστασία των μειονεκτούντων ατόμων και με την εγκαθίδρυση του «ευρωπαϊκού κοινωνικού χώρου» .

Όταν η Επιτροπή έφερε τον Χάρτη για συζήτηση στο Συμβούλιο ,η Μεγάλη Βρετανία ,επικαλούμενη μεταξύ άλλων και την αρχή της επικουρικότητας ,αμφισβήτησε τη βασιμότητα και τη χρησιμότητα δεσμευτικών κοινοτικών κανόνων για την κοινωνική πολιτική .Ο Χάρτης υιοθετήθηκε τελικά από ένδεκα κράτη μέλη ,παρά την αντίθεση του Ηνωμένου Βασιλείου ,στη σύνοδο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου τον Δεκέμβριο του 1989 .Ο Χάρτης ,παρά τις προσπάθειες που κατέβαλε η Επιτροπή ,στερείται υποχρεωτικής ισχύος.¹¹

3.4.Περιεχόμενο Κοινοτικού Κοινωνικού Χάρτη

A. Κοινωνικά δικαιώματα (2) που αποτελούν εκφάνσεις ατομικών ελευθεριών :

- 1) Το δικαίωμα των εργαζομένων στην ελεύθερη κυκλοφορία και άσκηση οποιουδήποτε επαγγέλματος ή επιτηδεύματος στην Κοινότητα .
- 2) Το δικαίωμα κάθε ατόμου στην ελεύθερη επιλογή και άσκηση επαγγέλματος .Διασφαλίζεται από τα εθνικά συντάγματα .

¹¹ «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.79

Β. Κοινωνικά δικαιώματα (4) που αποτελούν εκφάνσεις πολιτικών δικαιωμάτων:

- 1) Το δικαίωμα ελεύθερης ίδρυσης συνδικαλιστικών οργανώσεων .
- 2) Το δικαίωμα ελεύθερης ένταξης ή μη σε συνδικαλιστικές οργανώσεις .
- 3) Το δικαίωμα ελεύθερων συλλογικών διαπραγματεύσεων και σύναψης συλλογικών συμβάσεων εργασίας .
- 4) Το δικαίωμα συλλογικής δράσης ,συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος της απεργίας .

Διασφαλίζονται από τα εθνικά συντάγματα και νομοθεσίες .

Γ. Κοινωνικά δικαιώματα (7) που αφορούν τους όρους εργασίας :

- 1) Το δικαίωμα εβδομαδιαίας αναπαύσεως .
- 2) Το δικαίωμα ετήσιας άδειας με αποδοχές .
- 3) Το δικαίωμα ακριβούς καθορισμού των όρων εργασίας .
- 4) Το δικαίωμα στην ισότητα μεταχείρισης ανδρών και γυναικών .
- 5) Το δικαίωμα στην πληροφόρηση ,διαβούλευση και συμμετοχή των εργαζομένων .
- 6) Το δικαίωμα προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας .
- 7) Το δικαίωμα μειωμένου ωραρίου απασχόλησης των νέων εργαζομένων.

Διασφαλίζονται ως ένα βαθμό από τις εθνικές εργατικές νομοθεσίες ,αλλά επιδιώκεται η εναρμόνισή τους «προς τα πάνω» σε κοινοτικό επίπεδο .

Δ . Κοινωνικά δικαιώματα (8) που αποτελούν αξιώσεις για θετικές ενέργειες / παροχές από την Κοινότητα και τα κράτη μέλη ¹² :

- 1) Το δικαίωμα στη δωρεάν εξυπηρέτηση για εύρεση εργασίας .
- 2) Το δικαίωμα κοινωνικής προστασίας ,συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση .
- 3) Το δικαίωμα επαρκούς κοινωνικής επιδότησης λόγω ανεργίας .
- 4) Το δικαίωμα στην επαγγελματική κατάρτιση .
- 5) Το δικαίωμα επαγγελματικής κατάρτισης των νέων .
- 6) Το δικαίωμα στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των εργαζομένων σε ηλικία συνταξιοδότησης .
- 7) Το δικαίωμα για απόλαυση κοινωνικής προστασίας των απόρων χωρίς σύνταξη ηλικιωμένων ατόμων .
- 8) Το δικαίωμα των μειονεκτούντων ατόμων για επαγγελματική και κοινωνική ενσωμάτωση .

Ε. Κοινωνικά δικαιώματα (2) που εξασφαλίζονται μέσω συλλογικών διαπραγματεύσεων (η Ευρωπαϊκή Κοινότητα μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία / λειτουργία κατάλληλων πλαισίων) :

- 1) Το δικαίωμα για δίκαιη αμοιβή .
- 2) Το δικαίωμα δίκαιης αμοιβής των νέων εργαζομένων .

¹² «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.82

3.5.Υλοποίηση Κοινοτικού Κοινωνικού Χάρτη: Η περίπτωση της ρύθμισης των άτυπων εργασιακών σχέσεων .

Η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαπενταετίας οδήγησε στη μετατροπή πολλών θέσεων πλήρους απασχόλησης σε θέσεις μερικής απασχόλησης και σε μία γενικότερη ευκαμψία της αγοράς εργασίας ,ιδιαίτερα στον τριτογενή τομέα της οικονομίας .Πολλές επιχειρήσεις προτιμούν τις «ειδικές μορφές» απασχόλησης ,προκειμένου να προσαρμοστούν στις διακυμάνσεις της αγοράς και στην ποικιλία της ζήτησης και να προωθήσουν νέους τρόπους παραγωγής, συνδεδεμένους με τις νέες τεχνολογίες .Οι νέες αυτές μορφές εργασίας είναι συχνά ανεξέλεγκτες και δεν ικανοποιούν τις δικαιολογημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των εργαζομένων .

Οι άτυπες εργασιακές σχέσεις ενέχουν ένα ή περισσότερα στοιχεία αβεβαιότητας , λόγω:¹³

- της περιορισμένης διάρκειας της εργασίας
- του μικρού αριθμού των προτεινόμενων ωρών εργασίας
- της εναλλαγής περιόδων εργασίας και ανεργίας
- της πολυδιάστασης των εργασιακών σχέσεων λόγω διαφορετικών εργοδοτών
- της ύπαρξης παρεκβατικού νομικού καθεστώτος που μειώνει τα επίπεδα προστασίας

Με τα δεδομένα αυτά ,και προκειμένου οι εργαζόμενοι με άτυπες μορφές εργασίας να απολαύουν ένα ελάχιστο όριο εγγυήσεων ,στο πλαίσιο του προγράμματος δράσης που συνοδεύει τον Κοινοτικό Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων των εργαζομένων ,η Επιτροπή υπέβαλε στο Συμβούλιο το 1990 τρεις προτάσεις οδηγίων σχετικά με τις άτυπες εργασιακές σχέσεις (εκτός ,δηλαδή ,από την πλήρη απασχόληση αορίστου χρόνου) ,όσον αφορά :

¹³ «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.85

- τις συνθήκες εργασίας
- τις στρεβλώσεις του ανταγωνισμού που ενδέχεται να δημιουργηθούν από τις διαφορές του κοινωνικού κόστους που ίσως προέλθει από τις διάφορες εθνικές ρυθμίσεις σε θέματα κοινωνικής προστασίας ή κόστους σχετικά με την αρχαιότητα ,τις άδειες και την απόλυση
- τη συμπλήρωση των μέτρων που αποσκοπούν στο να προαγάγουν τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των έκτακτων εργαζομένων

Το υλικό πεδίο εφαρμογής των προτάσεων οδηγιών περιορίζεται στις παρακάτω σχέσεις εργασίας:¹⁴

- στην εργασία μερικής απασχόλησης
- στην έκτακτη εργασία ,δηλαδή την εργασία ορισμένου χρόνου (περιλαμβάνεται και η εποχιακή εργασία και η σύμβαση έργου)
- στην προσωρινή εργασία με διαμεσολάβηση τρίτου (πρέπει να σημειωθεί ότι τη δραστηριότητα των διαμεσολαβουσών επιχειρήσεων προσωρινής εργασίας δεν την επιτρέπει ο νόμος στην Ελλάδα ,την Ισπανία και την Ιταλία)

Επειδή ,εξάλλου ,οι άτυπες μορφές εργασίας οδηγούν και στην εξασθένηση των κριτηρίων που προσδιορίζουν την κανονική θέση «του μισθωτού» εργαζομένου ,για την προστασία του υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο μία οδηγία σχετικά με την υποχρέωση του εργοδότη να ενημερώνει τον εργαζόμενο για τους όρους που διέπουν τη σύμβαση ή τη σχέση εργασίας .

¹⁴ «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995 ,σελ.90

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

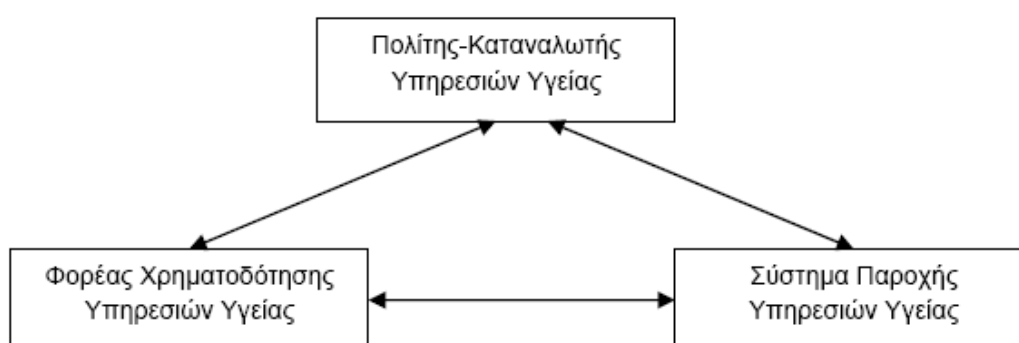
Στο **δεύτερο μέρος** ,αρχικά ,δίνεται η έννοια του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση μελετάται η πολιτική των συστημάτων υγείας στην ΕΕ .Ακόμη αναφέρεται στην προσπάθεια μείωσης της οικονομικής εξασθένησης των πολιτών-ασθενών και των καταστροφικών εξόδων για φροντίδα υγείας .Αναφέρεται επίσης στις μεταρρυθμίσεις που θεσμοθετούνται για τον περιορισμό του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας με όρους ποιότητας και τεκμηριωμένης διάθεσης των πόρων του συστήματος .Τέλος ,παρουσιάζεται ο συσχετισμός του βιοτικού επιπέδου μιας χώρας με το ποσοστό κρατικής συνεισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:4

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** δίνεται ο ορισμός του συστήματος υγείας ,περιγράφονται τα τέσσερα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας και αναφέρεται η σύγχρονη άποψη για το τι θεωρείται υγεία .

4.Τα Συστήματα υγείας στην Ε.Ε.

Η έννοια του συστήματος στην Υγεία δεν διαφέρει από την κλασική θεώρηση των επιστημών διοίκησης. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με ένα καθαρά μηχανιστικό μοντέλο, λέμε ότι ένα σύστημα υγείας ορίζεται σαν το σύνολο των διαθέσιμων πόρων και των διοικητικών προτύπων (στόχοι του συστήματος και μηχανισμοί διαχείρισης των πόρων) που απαιτούνται έτσι ώστε, εφαρμόζοντας τα συγκεκριμένα διοικητικά πρότυπα για τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, να παρέχονται υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη βελτίωση ή την διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Πόροι ενός Συστήματος Υγείας είναι α) οι ανθρώπινοι πόροι δηλαδή το στελεχικό δυναμικό όλων των μονάδων υγείας που περιλαμβάνει το σύστημα υγείας, β) οι κτηριακές και πάσης φύσεως υποδομές εξοπλισμού γ) το κεφάλαιο δηλαδή η χρηματοδότηση του συστήματος, δ) η τεχνολογία και οι ευκαιρίες χρησιμοποίησης μεθόδων και προϊόντων τεχνολογικών καινοτομιών κάθε είδους, και ε) η διοίκηση του συστήματος δηλαδή ο άριστος συνδιασμός των α,β,γ,δ. Οι πόροι ενός συστήματος είναι παράλληλα και συντελεστές του συστήματος.



¹⁵ΣΧΗΜΑ 1:Οι συντελεστές ενός συστήματος υγείας

¹⁵ Ίδια επεξεργασία

Σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη για την υγεία, δηλαδή την κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Περαιτέρω σκοπός είναι η συμβολή του συστήματος υγείας, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Για την επίτευξη αυτών των σκοπών προσδιορίζονται στόχοι που αφορούν στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι, πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρησή τους. Για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας, ενώ για την εκτίμηση της παραγωγής και διανομής των αγαθών υγείας, οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης.

Τα ανεπτυγμένα κράτη δημιούργησαν ολοκληρωμένα συστήματα υγείας από την άποψη των στόχων υγείας, των πόρων και των διοικητικών μηχανισμών για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πολιτών τους για κοινωνικές υπηρεσίες και αγαθά (οι ανάγκες αυτές περιελάμβαναν εκτός της υγείας, την εκπαίδευση, την πρόνοια τη συνταξιοδότηση κλπ). Το γεγονός της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού οδήγησε στη λογική της παρέμβασης του κρατικού μηχανισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Έτσι, δημιουργήθηκε σε κάθε χώρα ένα κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα. Ο βαθμός παρέμβασης και ελέγχου από το κράτος διαφοροποιήθηκε αναλόγως των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών σε κάθε χώρα. Πρακτικό αποτέλεσμα αυτής της διαφοροποίησης ήταν η διαφοροποίηση και στον τρόπο διοίκησης και χρηματοδότησης του κάθε υγειονομικού συστήματος.¹⁶

Η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των κρατών-μελών της ΕΕ μπορεί να αναλυθεί σε τέσσερις συντελεστές :σε έναν δημογραφικό συντελεστή ,που καταγράφει την επίπτωση από την γήρανση του πληθυσμού ,σε έναν συντελεστή της αγοράς εργασίας ,που καταγράφει την επίπτωση από τις μεταβολές στο ποσοστό ανεργίας και στο ποσοστό συμμετοχής του πληθυσμού

¹⁶ Ιωάννης Ν. Βλάσσης, σημειώσεις από το μάθημα «Συστήματα Υγείας», κεφάλαιο 1: Σύστημα Υγείας, Γενικός Ορισμός, Βασικά Χαρακτηριστικά, Αθήνα-Ιανουάριος 2006

στο εργατικό δυναμικό ,σε έναν συντελεστή καταναλωτικών προτύπων ,που είναι ο όγκος της κατανάλωσης προϊόντων υγείας ανά άτομο παραγωγικής ηλικίας (ηλικίες κάτω των 65 ετών) ως ποσοστό της παραγωγικότητας της εργασίας ,και σε έναν συντελεστή τιμών ,που είναι η επίδραση των σχετικών τιμών κατανάλωσης /παραγωγής/ΑΕΠ στις δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ των κρατών-μελών .

Η μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποδείχτηκε διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία. Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των στόχων, που παρουσιάστηκαν στα πολιτικά προγράμματα των διαφόρων πολιτικών παρατάξεων. Επίσης, υπήρξαν πολλές καθυστερήσεις στην εφαρμογή των νόμων και των θεσμικών κειμένων.

Η οικονομική δυσπραγία, οι χαμηλοί ή ακόμη και φθίνοντες ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού, συνέβαλαν στην ανασταλτικότητα των μεταρρυθμίσεων .Η υλοποίηση των στόχων μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης, σε μια χώρα, καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων παραγόντων. Στη βιβλιογραφία για τα Οικονομικά και την Πολιτική Υγείας έχουν καταγραφεί διάφοροι ιστορικοί, οικονομικοί, πολιτικοί και οργανωτικοί παράγοντες.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismarck το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismarck ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό.

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες αποτελούν το σύνολο των βορειοευρωπαϊκών χωρών που έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας - μικτό. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του, τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge, όσο και του Bismarck. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν τη μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μεταβάσεις σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:5

Στο **πέμπτο κεφάλαιο** αναφέρεται η προσπάθεια μείωσης της οικονομικής εξασθένησης των ασθενών και των καταστροφικών εξόδων για φροντίδα υγείας .Επίσης περιγράφεται η εξάρτηση του πόσο ανεπτυγμένου είναι ένα κράτος ,με τη διόγκωση του παραπάνω φαινομένου .Τέλος ,πώς οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές είναι οι κύριες αιτίες για την οικονομική καταστροφή μιας οικογένειας .

5.Υγειονομικά συστήματα και οικονομική εξασθένηση

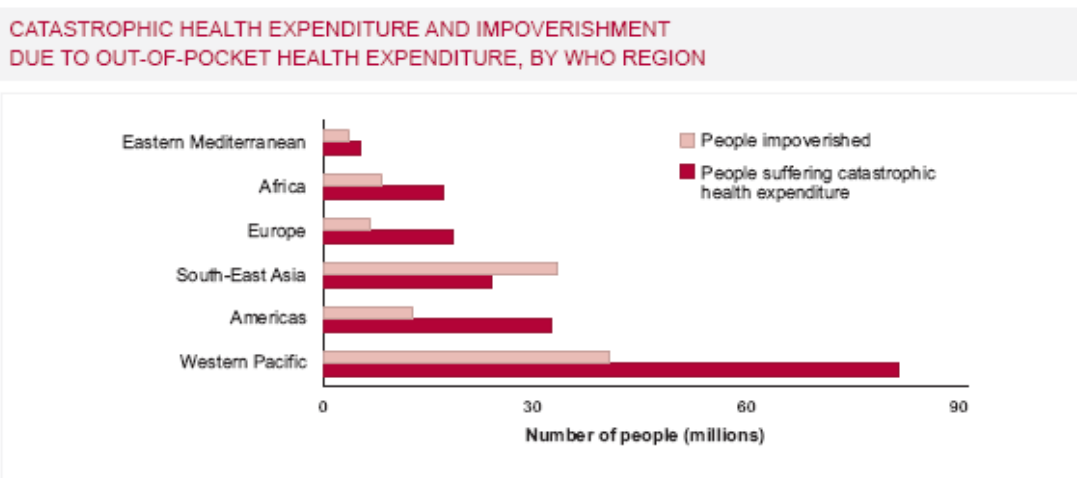
- **Μείωση της οικονομικής εξασθένησης και των καταστροφικών εξόδων για φροντίδα υγείας**

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, στηρίζονται σε μεγάλο ποσοστό στις ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments – OOPs) από τους ασθενείς για να χρηματοδοτήσουν τα υγειονομικά συστήματά τους. Οι OOPs περιλαμβάνουν τις αμοιβές για τις υπηρεσίες που επιβάλλονται από τους δημόσιους ή/και ιδιωτικούς προμηθευτές (επίσημα ή ανεπίσημα) και τις συν-πληρωμές όπου η ασφάλεια δεν καλύπτει το πλήρες κόστος της περίθαλψης. Αυτή η ρύθμιση αποτρέπει μερικούς ανθρώπους, ειδικά τις φτωχότερες οικογένειες, από τη λήψη της περίθαλψης που χρειάζονται. Σε μερικές περιπτώσεις, η δαπάνη μπορεί να είναι αρκετά υψηλή ώστε να προκαλέσει την οικονομική καταστροφή και την εξασθένηση, ειδικά όταν υπάρχει σοβαρή ασθένεια ή σημαντικό τραύμα. Το 2005, τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου επικύρωσαν ένα ψήφισμα σχετικά με τη «βιώσιμη χρηματοδότηση υγείας, την καθολική κάλυψη και την κοινωνική ασφάλεια υγείας», καλώντας τις χώρες να αναπτύξουν χρηματοδοτικά συστήματα υγείας που θα εξασφαλίζουν την πρόσβαση των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς διακινδύνευση για οικονομική καταστροφή ή εξασθένηση. Μια νέα μελέτη, βασισμένη στις έρευνες που πραγματοποιούνται σε 89 χώρες, που καλύπτουν σχεδόν το 90% του παγκόσμιου πληθυσμού, παρέχει για πρώτη φορά μια σφαιρική εκτίμηση της κλίμακας και της διανομής των καταστροφικών εξόδων υγειονομικής περίθαλψης και δείχνει πώς το πρόβλημα μπορεί να περιοριστεί.

- **150 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν κάθε χρόνο από το καταστροφικό κόστος για περίθαλψη υγείας**

Από τις 89 χώρες που περιλαμβάνονται σε αυτήν την μελέτη, κάθε έτος ένας μέσος όρος 2,3% των οικογενειών βιώνει την οικονομική καταστροφή λόγω των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, που αντιστοιχούν σε πάνω από 150 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Περισσότερα από 100 εκατομμύρια άνθρωποι εξασθενούν επειδή πρέπει να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη.

Τα καταστροφικά έξοδα για υγειονομική περίθαλψη εμφανίζονται στα επίπεδα των χωρών με καθόλου ανάπτυξη. Εντούτοις, το πρόβλημα είναι συχνότερο και σοβαρότερο στις μεσαίου εισοδήματος χώρες, και συχνότερο και σοβαρότερο στις χαμηλού εισοδήματος χώρες.



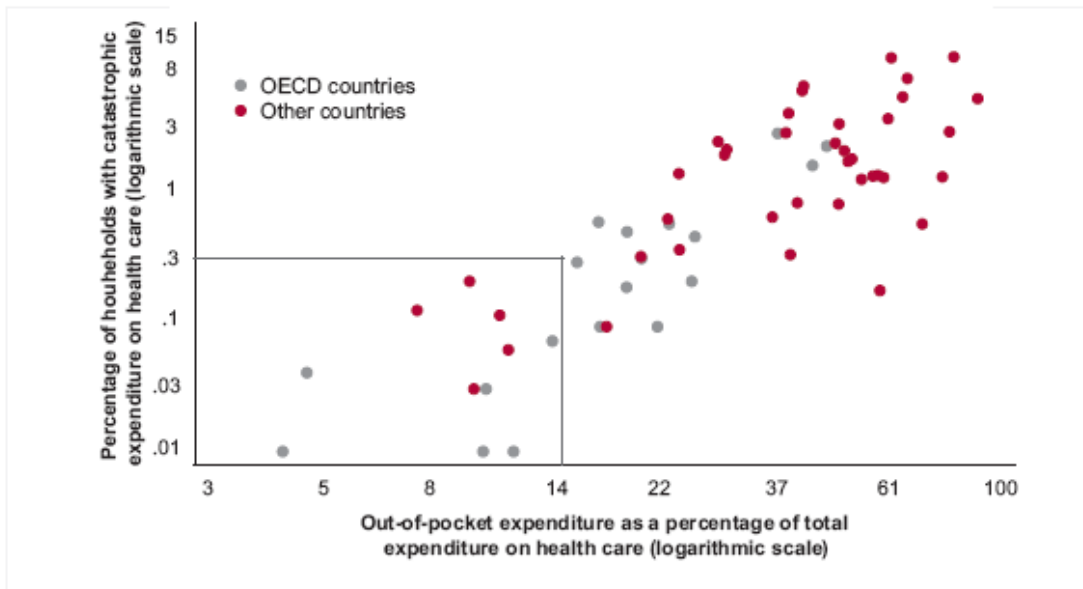
¹⁷ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Οικονομική καταστροφή από τις ιδιωτικές πληρωμές

➤ **Οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές είναι οι κύριες αιτίες για την οικονομική καταστροφή**

Τα καταστροφικά έξοδα και η εξασθένηση είναι έντονα συνδεδεμένα με τη χρήση των OOPs για να χρηματοδοτήσει την υγειονομική περίθαλψη. Λιγότερες οικογένειες επηρεάζονται από την οικονομική καταστροφή όπου υπάρχει λιγότερη εμπιστοσύνη στις OOPs. Στα συστήματα όπου οι OOPs αποτελούν λιγότερο από 15% των συνολικών εξόδων στην υγειονομική περίθαλψη, λιγότερες οικογένειες τείνουν να αντιμετωπίσουν την οικονομική καταστροφή λόγω του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Άλλοι παράγοντες, όπως η διαθεσιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και της εισοδηματικής ανισότητας διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο, αλλά οι OOPs για την υγειονομική περίθαλψη είναι ο κύριος παράγοντας.

¹⁷ World Health Statistics

THE RELATIONSHIP BETWEEN CATASTROPHIC EXPENDITURE AND OUT-OF-POCKET PAYMENTS FOR HEALTH CARE



¹⁸ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Η σχέση της οικονομικής καταστροφής και των ιδιωτικών πληρωμών

Η απομάκρυνση από τις OOPs σε κάποια σχέδια προπληρωμών είναι το κλειδί στη μείωση της οικονομικής καταστροφής από τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Η προπληρωμή μπορεί να λάβει τη μορφή φορολογίας, με τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης να πληρώνονται από την κυβέρνηση ή μέσω των δημοσίων ή ιδιωτικών διοικούμενων ασφαλιστών. Το καθένα μπορεί να είναι αποτελεσματικό, και οι χώρες μπορούν να επιλέξουν την προσέγγισή τους, υπολογίζοντας τις τρέχουσες θεσμικές δομές τους, τον πολιτισμό και τις παραδόσεις, και το στάδιο οικονομικής ανάπτυξης.

¹⁸ World Health Statistics

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:6

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται οι γενικές τάσεις για το μέλλον ,δηλαδή οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρώπης με κύρια κατεύθυνση τον περιορισμό του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας με όρους ποιότητας και τεκμηριωμένης διάθεσης των πόρων του συστήματος .Στο πλαίσιο αυτής της κατεύθυνσης καθιερώθηκε: ο λεγόμενος διευθυνόμενος ανταγωνισμός με κύρια χαρακτηριστικά τη διάκριση και τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών ,θεσπίστηκαν μέτρα συγκράτησης του κόστους τόσο των υπηρεσιών υγείας ,όσο και των συνολικών δαπανών υγείας .Τέλος ,μέσω των μεταρρυθμίσεων δίνεται έμφαση στην εκλογίκευση του συστήματος υγείας ,δυνατότητα διαχείρισης υγειονομικών πόρων βάσει των πραγματικών στοιχείων και έμφαση στην ευθύνη της κάθε κοινότητας των εργοδοτών και των ασθενών για υγιεινό τρόπο ζωής .

6.Γενικές τάσεις για το μέλλον

Στις μέχρι σήμερα μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρώπης έγινε προσπάθεια περιορισμού του κόστους και αύξησης της αποδοτικότητας με όρους ποιότητας και της τεκμηριωμένης διάθεσης των πόρων του συστήματος. ¹⁹Στο πλαίσιο αυτό για τη συγκράτηση του κόστους και την καλύτερη χρησιμοποίηση των πόρων έγιναν τα εξής:

➤ Καθιερώθηκε ο λεγόμενος διευθυνόμενος ανταγωνισμός (Managed Health Care) που είχε ως κύρια χαρακτηριστικά **(α)** τη διάκριση μεταξύ των «προμηθευτών» ή «παραγωγών», δηλαδή των μονάδων παροχής υπηρεσιών και των «αγοραστών» ή «καταναλωτών», των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών εταιριών καθώς και **(β)** τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών για την προσέλκυση συμβάσεων παροχής υπηρεσιών από τους αγοραστές. Επιπλέον βάσει αυτού επιχειρήθηκε η διοικητική και διαχειριστική αποκέντρωση, ο καλύτερος προγραμματισμός της υγειονομικής περίθαλψης και της περιφερειακής κατανομής των πόρων.

¹⁹ World Health Statistics

➤ Θεσπίσθηκαν μέτρα συγκράτησης του κόστους τόσο αναφορικά με την προσφορά υπηρεσιών όσο και αναφορικά με τη ζήτηση ώστε να ελεγχθούν οι δαπάνες υγείας συνολικά. Τα μέτρα στη πλευρά της ζήτησης αποσκοπούσαν στο να μετατοπίσουν την επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία στους ασθενείς ώστε να μειωθεί η ζήτηση. Τα μέτρα περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των πολιτών που απολαμβάνουν υπηρεσίες στο κόστος των υπηρεσιών με τη μορφή εκπιπτουσών δαπανών, από κοινού πληρωμών, συνασφάλισης, παροχής κινήτρων για περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών, σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και μέτρων περιορισμού και ενεργοποίησης προτεραιοτήτων στην πρόσβαση συγκεκριμένων θεραπειών και υπηρεσιών.

Οι συγκεκριμένες μέθοδοι περιορισμού του κόστους δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και είχαν δύο βασικά αρνητικά σημεία. Αφ' ενός δεν βελτίωσαν την παραγωγικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος, αφ' ετέρου επέφεραν μία σημαντική γραφειοκρατία λόγω της ανάγκης συνεχούς ελέγχου όλων των διαδικασιών που περιγράφηκαν παραπάνω.

Στο νέο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η διάκριση αγοραστών και προμηθευτών παύει να αποτελεί συστατικό στοιχείο για την εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο δημόσιο τομέα της υγείας και αποτελεί μέτρο ενίσχυσης της υπευθυνότητας των προμηθευτών προς τους αγοραστές σε σχέση με τη χρήση πόρων. Έτσι καθιερώθηκαν οι μέθοδοι της τεκμηριωμένης ιατρικής και της κλινικής διακυβέρνησης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και ταυτόχρονα την καλύτερη απόδοση των πόρων υγείας σε επίπεδο μονάδος παροχής υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτών δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σύνδεση κλινικού έργου και διοικητικής υποστήριξης με την καθιέρωση ορθολογικής διοίκησης από εξειδικευμένα στελέχη, στην εντατική χρήση των πληροφοριακών συστημάτων και των λεγόμενων δεικτών απόδοσης. Μία εξίσου σημαντική επιδίωξη των μεταρρυθμίσεων αυτών είναι η ενίσχυση του ρόλου των ασθενών και του προσανατολισμού των υγειονομικών υπηρεσιών προς τον πολίτη-καταναλωτή. Δίνεται επίσης έμφαση στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, και γίνεται προσπάθεια οι πολίτες-ασθενείς να συμμετέχουν στην επιλογή και στον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων υγειονομικής πολιτικής. Τέλος γίνεται προσπάθεια να συμμετέχουν στην αξιολόγηση του συστήματος γενικά.

Συνοπτικά τρεις βασικές αρχές αποτελούν τα κεντρικά σημεία μεταρρύθμισης των συστημάτων σήμερα:

(1) Η εκλογίκευση του συστήματος υγείας με έναν κοινωνικά υπεύθυνο και ευαίσθητο τρόπο. Σε πολλά συστήματα υγείας κεντρική πολιτική αποτελεί το ενδιαφέρον τους στην δυνατότητα πρόσβασης στην προληπτική και πρωτοβάθμια φροντίδα για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της δυνατότητας τους να πληρώνουν τις υπηρεσίες αυτές.

(2) Η δυνατότητα διαχείρισης υγειονομικών πόρων βάσει των πραγματικών στοιχείων κόστους λειτουργίας των μονάδων και οργανισμών υγείας που παράγουν και παρέχουν τις υπηρεσίες. Το σημείο αυτό αναφέρεται αρχικά στην εξακρίβωση του πραγματικού κόστους των μονάδων και των οργανισμών υγείας και κατά δεύτερον στην όσο το δυνατό αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων. Σε πολλά συστήματα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη δυνατότητα συμμετοχής ιατρών σε διαχειριστικά θέματα λειτουργίας. Ιδιαίτερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο δίνεται έμφαση στη διαχείριση της ποιότητας της υγείας στα πλαίσια της συνέχειας της φροντίδας δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην απαίτηση από τους επαγγελματίες υγείας (όλο το προσωπικό που συμμετέχει στην παροχή των υπηρεσιών υγείας εκτός των ιατρών) να χρησιμοποιούν συνετά τους υγειονομικούς πόρους. Γενικώς δηλαδή ενισχύεται η φιλοσοφία ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι οι καλοί διαχειριστές των περιορισμένων πόρων για την υγεία.

(3) Η έμφαση στην ευθύνη της κάθε κοινότητας, των εργοδοτών και των ασθενών για υγιεινό τρόπο ζωής. Η έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν σημαίνει εξάλειψη προβλημάτων που σχετίζονται με τις σύγχρονες συνθήκες εργασίας, τις κοινωνικές δραστηριότητες και τον προσωπικό τρόπο ζωής. Η επιτυχία της προληπτικής ιατρικής συνίσταται στην επιδίωξη των συστημάτων υγείας να εστιάσουν στην συνεχή αντιμετώπιση χρόνιων και επίμονων προβλημάτων υγείας, των συνεπειών της σύγχρονης ζωής όπως η καθιστική ζωή, η κατάχρηση οινοπνευματωδών και άλλων ουσιών καθώς και η ευρεία χρήση προϊόντων καπνού. Η προληπτική ιατρική εστιάζεται επίσης στην επίδραση του άγχους στην υγεία καθώς και στους κοινωνικούς, οργανωτικούς και προσωπικούς μηχανισμούς προκειμένου ο σύγχρονος άνθρωπος να ανακουφιστεί από αυτό και να το αντιμετωπίσει.

Έχει αποδειχθεί ότι τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας που εστιάζουν στην υγεία μίας κοινότητας, έχουν την δυνατότητα να απευθύνονται στους φορείς της κοινότητας ώστε να αποφεύγονται μοντέλα κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης που οδηγούν τους πολίτες σε τρόπους διαβίωσης που αυξάνουν την κατάθλιψη και οδηγούν σε σαθρή υγεία .²⁰

²⁰ Ιωάννης Ν. Βλάχσης, σημειώσεις από το μάθημα «Συστήματα Υγείας», κεφάλαιο 1: Σύστημα Υγείας, Γενικός Ορισμός, Βασικά Χαρακτηριστικά, Αθήνα-Ιανουάριος 2006

ΤΡΙΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

Στο **τρίτο μέρος** ,αναφέρονται οι μεταβολές του πληθυσμού στην δημογραφική πυραμίδα της ΕΕ .Στο μέρος αυτό εξετάζονται οι μεταβολές ως προς την γονιμότητα ,την θνησιμότητα ,τον ενεργό πληθυσμό ,την γήρανση ,την υπογεννητικότητα (γαμηλιότητα- διαζύγια) και την ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:7

Στο **έβδομο κεφάλαιο** αναφέρονται θεωρητικά κάποια πρότυπα πληθυσμών ,τί είναι σταθερός και τι στάσιμος πληθυσμός .Επιπρόσθετα ,περιγράφονται οι παράμετροι που αλλάζουν και καθορίζουν το είδος ενός πληθυσμού .

7.Πληθυσμός

7.1.Πρότυπα πληθυσμών – Σταθερός και στάσιμος πληθυσμός

Εύλογα τίθεται το παρακάτω ερώτημα: Γνωρίζοντας το κατά ηλικία πρότυπο γονιμότητας και θνησιμότητας που διέπει έναν πληθυσμό σε ένα συγκεκριμένο έτος, καθώς και την κατά ηλικία κατανομή του, τι θα μπορούσαμε να πούμε για τη δυναμική που «υποκρύπτει» ο συγκεκριμένος πληθυσμός; Με ποιο τρόπο θα μπορούσαμε να «απαλείψουμε» την επίπτωση της κατά ηλικίας διάρθρωσης του πληθυσμού στις μεταβολές του πληθυσμού ; ²⁹

Εάν η γονιμότητα και η θνησιμότητα παραμείνουν σταθερές για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε η κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού κάποια στιγμή θα σταθεροποιηθεί. Δηλαδή, σε κάθε ηλικία το ποσοστό των ατόμων στον συνολικό πληθυσμό θα παραμένει αμετάβλητο. Ένας κλειστός πληθυσμός ο οποίος εξελίσσεται κάτω από συνθήκες σταθερής γονιμότητας και σταθερής θνησιμότητας τείνει μακροχρόνια προς μια σταθερή κατά ηλικία δομή. Πρόκειται για έναν σταθερό πληθυσμό. Κατά τον ίδιο τρόπο, εάν σε δύο πληθυσμούς με διαφορετική κατά ηλικία σύνθεση εφαρμόσουμε για μεγάλο χρονικό διάστημα τους ίδιους νόμους γονιμότητας και θνησιμότητας, οι πληθυσμοί αυτοί θα τείνουν προς την ίδια σταθερή κατά ηλικία δομή. Τη στιγμή αυτή, αφού οι δύο πληθυσμοί θα έχουν την ίδια σταθερή κατά ηλικία σύνθεση και τους ίδιους νόμους γονιμότητας και θνησιμότητας, οι αδρόι δείκτες γεννητικότητας, θνησιμότητας και φυσικής αύξησης θα είναι ίσοι και θα παραμένουν σταθεροί στη διάρκεια του χρόνου. Ουσιαστικά, στην περίπτωση αυτή, όλοι οι δημογραφικοί δείκτες θα είναι σταθεροί, εκτός από το μέγεθος του πληθυσμού, το οποίο θα μεταβάλλεται αν ο ρυθμός αύξησης δεν είναι μηδενικός, δηλαδή εάν ο αδρός δείκτης γεννητικότητας διαφέρει από τον αδρό δείκτη θνησιμότητας . ²¹

²¹ Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003,σελ.77

Στην κατάσταση σταθερότητας ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι περίπου ίσος με: $r = \ln R_0$, όπου R_0 είναι ο καθαρός δείκτης αναπαραγωγής και a η μέση ηλικία τεκνοποίησης.²²

Επομένως, σε κάθε συνδυασμό επιπέδων γονιμότητας και θνησιμότητας αντιστοιχεί ένας σταθερός πληθυσμός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μια σταθερή κατά ηλικία διάρθρωση και από έναν σταθερό ρυθμό αύξησης. Αυτός ο ρυθμός αύξησης ονομάζεται δείκτης εγγενούς φυσικής αύξησης ή δείκτης του Lotka. Η εγγενής φυσική αύξηση ενός πληθυσμού αποτελεί έναν δείκτη ο οποίος παρέχει μια συμπληρωματική πληροφορία σχετικά με την πραγματική αύξηση του πληθυσμού. Η αντιστοιχία μεταξύ ενός πραγματικού πληθυσμού και του στάσιμου πληθυσμού ο οποίος προκύπτει από τις συνθήκες γονιμότητας και θνησιμότητας που διέπουν τον πραγματικό πληθυσμό στη διάρκεια ενός έτους επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ της πραγματικής και της εγγενούς φυσικής αύξησης. Η εγγενής φυσική αύξηση εκφράζει το ποιος θα ήταν ο ρυθμός φυσικής αύξησης το συγκεκριμένο έτος εάν η γονιμότητα και η θνησιμότητα παρέμεναν σταθερές και όχι το ποιος είναι ο πραγματικός ρυθμός φυσικής αύξησης. Με άλλα λόγια, ο δείκτης εγγενούς φυσικής αύξησης εκφράζει τις ενυπάρχουσες μεταβολές της φυσικής αύξησης ενός πληθυσμού οι οποίες προκύπτουν από τα υπάρχοντα επίπεδα γονιμότητας και θνησιμότητας.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι, στην κατάσταση σταθερότητας δεν υπάρχει καμία διαφορά μεταξύ των συγκυριακών και των διαχρονικών δεικτών γονιμότητας και θνησιμότητας αλλά και μεταξύ των δεικτών αναπαραγωγής στις διάφορες ηλικίες και της αναπαραγωγής σε ανθρωπο-έτη ζωής. Η διαπίστωση αυτή φανερώνει ότι, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η αναγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη δυναμική του πληθυσμού όταν λαμβάνονται υπόψη μόνο οι συγκυριακοί δημογραφικοί δείκτες.

Η χρήση μιας πλασματικής γενιάς η οποία ακολουθεί τα πρότυπα θνησιμότητας και γονιμότητας τα οποία έχουν παρατηρηθεί σε ένα έτος «υποκρύπτει» την υπόθεση της σταθερότητας των επιπέδων αυτών στη διάρκεια του χρόνου, ενώ ταυτόχρονα δεν λαμβάνεται υπόψη η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Δηλαδή έμμεσα υποθέτουμε ότι επικρατούν οι συνθήκες σταθεροποίησης του πληθυσμού.

²²Μπαγκαβός Χρήστος, Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις, Αθήνα 2003,σελ.78

Η υπόθεση αυτή είναι ιδιαίτερος ισχυρή διότι η περίοδος μετάβασης προς μια σταθερή κατά ηλικία σύνθεση, δηλαδή η «απαλοιφή» της επίδρασης που ασκεί η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού, μπορεί να διαρκέσει 100 με 150 χρόνια, αλλά και επιπλέον είναι δύσκολο να αποδεχθούμε ότι τα επίπεδα γονιμότητας και θνησιμότητας μπορούν να παραμείνουν σταθερά για ένα τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ένας σταθερός πληθυσμός του οποίου ο ρυθμός αύξησης είναι μηδενικός είναι ένας στάσιμος πληθυσμός. Επομένως, ο στάσιμος πληθυσμός αποτελεί μια ειδική περίπτωση του σταθερού πληθυσμού. Σε έναν στάσιμο πληθυσμό ο καθαρός δείκτης αναπαραγωγής είναι ίσος με τη μονάδα, ο δείκτης εγγενούς φυσικής αύξησης είναι μηδενικός και ο αριθμός των γεννήσεων είναι ίσος με τον αριθμό των θανάτων. Το συνολικό μέγεθος του πληθυσμού αλλά και ο αριθμός των ατόμων σε κάθε ηλικία είναι σταθερός, ενώ στην περίπτωση των σταθερών πληθυσμών μόνο η κατά ηλικία δομή είναι σταθερή.

Σε έναν στάσιμο πληθυσμό προκύπτει ότι οι αδροί δείκτες θνησιμότητας και γονιμότητας είναι ίσοι με το αντίστροφο του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση.

Η θεωρία των σταθερών πληθυσμών επιτρέπει τον καθορισμό της διακριτής επίπτωσης της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της αρχικής κατά ηλικία δομής ενός πληθυσμού στις προοπτικές αύξησης αλλά και στη μελλοντική κατά ηλικία δομή του.

Σε ό,τι αφορά τις προοπτικές αύξησης του πληθυσμού, οι οποίες προκύπτουν από την αρχική κατά ηλικία δομή του πληθυσμού, οι προοπτικές αυτές μπορούν να οριοθετηθούν εάν προβάσουμε τον πληθυσμό στο μέλλον, διατηρώντας σταθερά τα επίπεδα γονιμότητας και θνησιμότητας. Για παράδειγμα, ας θεωρήσουμε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς με την ίδια γονιμότητα και θνησιμότητα αλλά με διαφορετική κατά ηλικία διάρθρωση, π.χ. ο ένας νεανικός και ο άλλος γεροντικός. Οι πληθυσμοί αυτοί παρουσιάζουν βραχυπρόθεσμα διαφορετικούς δείκτες γεννητικότητας, θνησιμότητας και φυσικής αύξησης. Ο νεανικός πληθυσμός θα έχει υψηλότερους ρυθμούς φυσικής αύξησης από ό,τι ο γεροντικός σε όλο το διάστημα της περιόδου «μετάβασης» προς μια σταθερή δομή κατά ηλικίες, η οποία, όπως ήδη αναφέραμε, θα είναι ίδια για τους δύο πληθυσμούς. Επιπλέον, ο πληθυσμός-όριο στο τέλος της μεταβατικής περιόδου

θα είναι διαφορετικός για τους δύο πληθυσμούς, άσχετα εάν η κατά ηλικία διάρθρωση θα είναι η ίδια.

Γενικά, η επίπτωση της αρχικής κατά ηλικία διάρθρωσης του πληθυσμού είναι σημαντική βραχυπρόθεσμα, ενώ μακροπρόθεσμα η σημασία της μειώνεται στο βαθμό που οι σταθερές συνθήκες γονιμότητας και θνησιμότητας οδηγούν σε έναν σταθερό πληθυσμό .

Σε ό,τι αφορά την επίδραση της θνησιμότητας και της γονιμότητας στην αύξηση του πληθυσμού, η εφαρμογή της θεωρίας των σταθερών πληθυσμών δείχνει ότι μακροπρόθεσμα, στο βαθμό που η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού θα έχει σταθεροποιηθεί ως αποτέλεσμα των σταθερών επιπέδων θνησιμότητας και γονιμότητας, κάτι το οποίο μπορεί να απαιτήσει 100 ή και 150 χρόνια, η αύξηση του πληθυσμού θα προέρχεται αποκλειστικά από τις συνθήκες (ή αλλιώς το νόμο) θνησιμότητας και γονιμότητας.

Γενικά, «όσο το προσδόκιμο επιβίωσης είναι αισθητά χαμηλότερο από την ηλικία-όριο της αναπαραγωγής, οι πρόοδοι της θνησιμότητας έχουν σημαντική επίδραση στο ρυθμό αύξησης. Αυτό συνέβη, για να απλοποιήσουμε, κατά τη δημογραφική μετάβαση. Αντίθετα, όταν το προσδόκιμο επιβίωσης πλησιάζει μια προχωρημένη ηλικία, η επιμήκυνση του επ' άπειρον δεν έχει σημαντική επίπτωση παρά μόνο στην περίπτωση όπου η γονιμότητα είναι πολύ χαμηλή». Με άλλα λόγια, η αύξηση ενός πληθυσμού που χαρακτηρίζεται από χαμηλή θνησιμότητα εξαρτάται πολύ περισσότερο από τα επίπεδα γονιμότητας παρά από μια περαιτέρω μείωση της θνησιμότητας.

Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση της επίδρασης της γονιμότητας και της θνησιμότητας στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Εάν η γονιμότητα είναι αισθητά υψηλότερη από το επίπεδο των 2,1 παιδιών ανά γυναίκα (ή αλλιώς ο αδρός δείκτης αναπαραγωγής είναι αισθητά υψηλότερος από τη μονάδα), τότε ο πληθυσμός αυξάνει και δεν γηράσκει ή γηράσκει οριακά όταν ταυτόχρονα μειώνεται η θνησιμότητα στις υψηλές ηλικίες. Ο A. Coale (1959) και ο N. Keyfitz (1968), υιοθετώντας την υπόθεση για πλήρη απουσία της θνησιμότητας, έδειξαν ότι όσο ο αδρός δείκτης αναπαραγωγής είναι αισθητά υψηλότερος από τη μονάδα τόσο η απουσία θνησιμότητας έχει οριακή επίδραση στη γήρανση του πληθυσμού. Εάν η γονιμότητα είναι χαμηλή (δηλαδή ο αδρός δείκτης αναπαραγωγής είναι περίπου ίσος ή και μικρότερος από τη μονάδα), τότε η ασθενής και μειούμενη θνησιμότητα βοηθά μεν στην αποφυγή της μείωσης του

πληθυσμού αλλά ο πληθυσμός μας γηράσκει, αφού η επιμήκυνση της μέσης διάρκειας ζωής δεν αντισταθμίζεται από τον χαμηλό αριθμό των γεννήσεων. Προκύπτει επομένως ότι, μακροχρόνια, τα επίπεδα γονιμότητας αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της κατά ηλικίας διάρθρωσης ενός κλειστού πληθυσμού, στο βαθμό που η επίπτωση τους στην αύξηση του πληθυσμού είναι πιο σημαντική από αυτή της θνησιμότητας.

Για να το πούμε διαφορετικά, όταν τα επίπεδα θνησιμότητας είναι τέτοια ώστε η μείωση της θνησιμότητας να προκαλεί γήρανση του πληθυσμού, η οποιαδήποτε αύξηση της γονιμότητας η οποία δύναται να αντισταθμίσει τη δημογραφική γήρανση προκαλεί αναπόφευκτα αύξηση του πληθυσμού. Οι G. Calot και J.-P. Sardon (1999), εξετάζοντας τους παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού της Γαλλίας, έδειξαν ότι εάν η αύξηση της γονιμότητας ήταν τέτοια ώστε, παρά τη μείωση της θνησιμότητας, το επίπεδο γήρανσης του πληθυσμού το 1995 να ήταν ίσο με αυτό του 1945, ο πληθυσμός της Γαλλίας θα είχε αυξηθεί την περίοδο 1945-1995 κατά 47% αντί 29% που ήταν η πραγματική αύξηση.

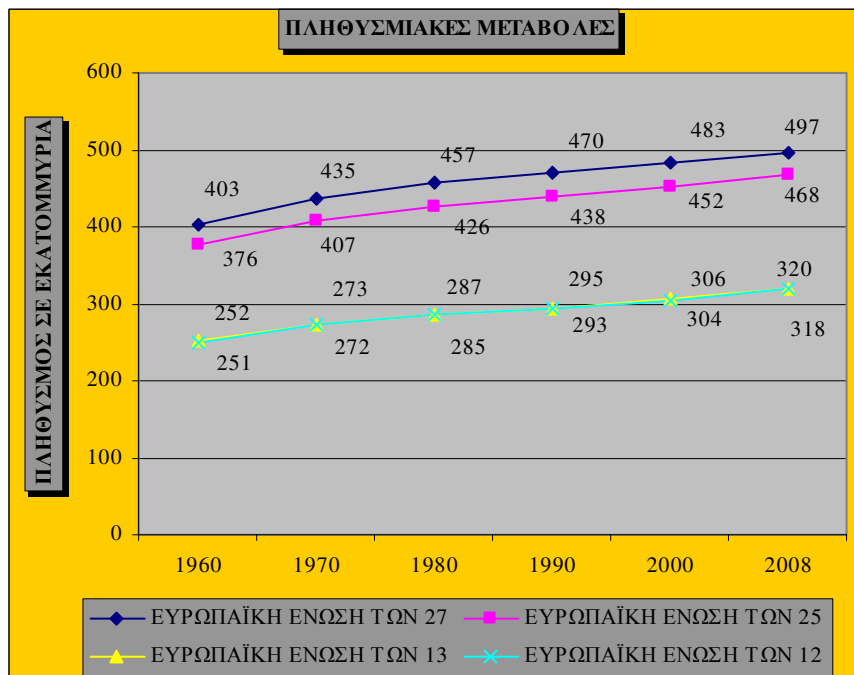
ΚΕΦΑΛΑΙΟ: 8

Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρονται οι πληθυσμιακές μεταβολές των ευρωπαϊκών χωρών όπως παρουσιάζονται μέσω των δημογραφικών μεταβολών της κάθε χώρας διαχρονικά .Οι μεταβολές που εξετάζονται είναι η θνησιμότητα ,η γονιμότητα ,η γήρανση του πληθυσμού ,ο ενεργός πληθυσμός και η εξέλιξη του αριθμού των νέων στην ΕΕ .

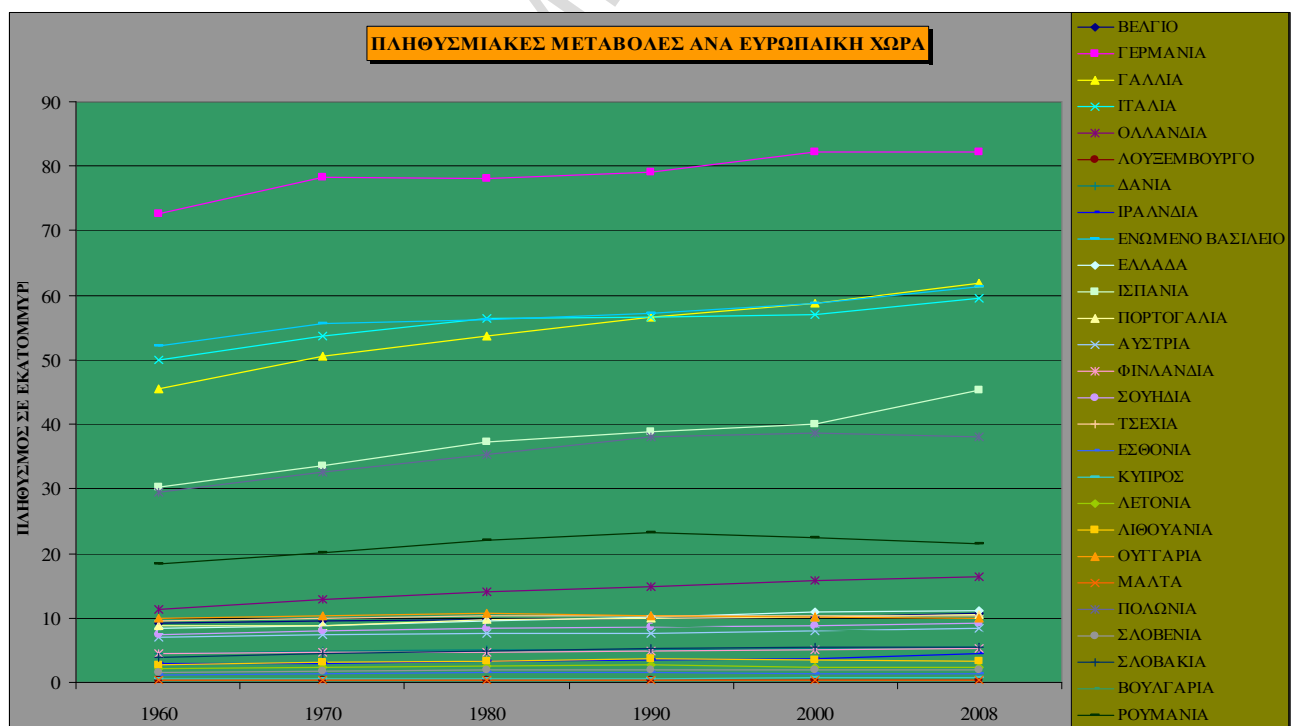
8. Πληθυσμιακές Μεταβολές

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ							
A/A	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2008
1	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27	402.607.070	435.474.042	457.052.803	470.388.225	482.760.665	497.198.740
2	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25	376.458.614	406.870.175	426.073.716	438.409.522	452.114.304	468.170.310
3	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13	252.205.320	273.235.337	286.751.420	294.669.579	306.249.096	320.271.482
4	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12	250.624.785	271.517.342	284.858.356	292.673.202	304.261.341	318.248.846
5	ΒΕΛΓΙΟ	9.128.824	9.660.154	9.855.110	9.947.782	10.239.085	10.660.770
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	72.542.990	78.269.095	78.179.662	79.112.831	82.163.475	82.200.162
7	ΓΑΛΛΙΑ	45.464.797	50.528.219	53.731.387	56.577.000	58.849.545	61.909.220
8	ΙΤΑΛΙΑ	50.025.500	53.685.300	56.388.480	56.694.360	56.923.524	59.578.359
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	11.417.254	12.957.621	14.091.014	14.892.574	15.863.950	16.402.047
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	313.050	338.500	363.450	379.300	433.600	482.186
11	ΔΑΝΙΑ	4.565.455	4.906.916	5.122.065	5.135.409	5.330.020	5.479.712
12	ΙΡΑΝΔΙΑ	2.835.500	2.943.300	3.392.800	3.506.970	3.777.763	4.414.797
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	52.200.000	55.546.400	56.284.863	57.156.972	58.785.246	61.270.283
14	ΕΛΛΑΔΑ	8.300.399	8.780.514	9.584.184	10.120.892	10.903.757	11.216.708
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	30.327.000	33.587.610	37.241.868	38.826.297	40.049.708	45.257.696
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8.826.040	8.697.610	9.713.570	9.995.995	10.195.014	10.633.006
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	7.030.385	7.455.142	7.545.539	7.644.818	8.002.186	8.327.230
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	4.413.046	4.614.277	4.771.292	4.974.383	5.171.302	5.296.826
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	7.471.345	8.004.371	8.303.094	8.527.039	8.861.426	9.181.706
20	ΤΣΕΧΙΑ	9.637.840	9.906.474	10.315.669	10.362.102	10.278.098	10.345.924
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	1.209.100	1.356.079	1.472.190	1.570.599	1.372.071	1.338.617
22	ΚΥΠΡΟΣ	572.000	612.000	510.000	572.655	690.497	796.350
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	2.104.128	2.351.903	2.508.761	2.668.140	2.381.715	2.269.101
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	2.755.600	3.118.941	3.404.194	3.693.708	3.512.074	3.365.442
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	9.961.044	10.322.099	10.709.463	10.374.823	10.221.644	10.046.273
26	ΜΑΛΤΑ	327.200	302.500	315.262	352.430	380.201	410.494
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	29.479.900	32.670.600	35.413.434	38.038.403	38.653.559	37.996.168
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	1.580.535	1.717.995	1.893.064	1.996.377	1.987.755	2.022.636
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	3.969.682	4.536.555	4.963.301	5.287.663	5.398.657	5.398.759
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	7.829.246	8.464.264	8.846.417	8.767.308	8.190.876	7.605.064
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	18.319.210	20.139.603	22.132.670	23.211.395	22.455.485	21.423.366

²³ ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Πληθυσμιακές Μεταβολές



²⁴ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Πληθυσμιακές Μεταβολές



²⁵ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Πληθυσμιακές Μεταβολές ανά Ευρωπαϊκή Χώρα

²⁴ www.eurostat.com

²⁵ www.eurostat.com

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 0-14 ΧΡΟΝΩΝ							
A/A	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	19,5	17,3	15,8
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	22,1	19,2	17,2	15,9
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	18,2	16,4	15,5
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	24,7	24,9	22	18,2	16,4	15,5
5	<i>ΒΕΛΓΙΟ</i>	23,4	23,6	20,3	18,1	17,6	17
6	<i>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</i>	21	23,3	18,8	16	15,7	13,9
7	<i>ΓΑΛΛΙΑ</i>	26,2	24,9	22,5	20,1	18,9	18,4
8	<i>ΙΤΑΛΙΑ</i>	24,7	24,6	22,6	16,8	14,3	14,1
9	<i>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</i>	30	27,4	22,6	18,2	18,6	18,1
10	<i>ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ</i>	21,4	22,1	19	17,2	18,9	18,3
11	<i>ΔΑΝΙΑ</i>	25,5	23,4	21,1	17,1	18,4	18,6
12	<i>ΙΡΛΑΝΔΙΑ</i>	30,9	31,2	30,5	27,4	21,9	20,3
13	<i>ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ</i>	23,2	24,1	21,2	19	19,1	17,6
14	<i>ΕΛΛΑΔΑ</i>	24,8	24,2	23,1	19,5	15,5	14,3
15	<i>ΙΣΠΑΝΙΑ</i>	27,4	27,7	26	20,2	14,9	14,5
16	<i>ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ</i>	29,4	29	26,1	20,8	16,2	15,5
17	<i>ΑΥΣΤΡΙΑ</i>	21,8	24,4	20,7	17,5	17,1	15,6
18	<i>ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ</i>	30,7	24,9	20,5	19,3	18,2	17,1
19	<i>ΣΟΥΗΔΙΑ</i>	22,7	20,9	19,8	17,8	18,5	17
20	<i>ΤΣΕΧΙΑ</i>	25,6	21,4	23,3	21,7	16,6	14,4
21	<i>ΕΣΘΟΝΙΑ</i>	-	22	21,6	22,3	18,3	14,9
22	<i>ΚΥΠΡΟΣ</i>	-	-	-	26	22,8	17,9
23	<i>ΛΕΤΟΝΙΑ</i>	-	21,7	20,4	21,4	18	14
24	<i>ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ</i>	-	27,2	23,6	22,6	20,2	15,9
25	<i>ΟΥΓΓΑΡΙΑ</i>	25,4	21,1	21,9	20,5	16,9	15,2
26	<i>ΜΑΛΤΑ</i>	-	-	24,3	23,6	20,4	16,7
27	<i>ΠΟΛΩΝΙΑ</i>	33,2	27,2	24,1	25,3	19,6	15,8
28	<i>ΣΛΟΒΕΝΙΑ</i>	-	24,7	22,9	20,9	16,1	14
29	<i>ΣΛΟΒΑΚΙΑ</i>	31,5	27,5	26,1	25,5	19,8	16,1
30	<i>ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ</i>	26,2	22,9	22,2	20,5	15,9	13,4
31	<i>ΡΟΥΜΑΝΙΑ</i>	-	26	26,6	23,7	18,8	15,4

²⁶ ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 0-14 χρονών

8.1. Η εξέλιξη του αριθμού των νέων: Μεταξύ μιας περαιτέρω μείωσης και μιας σχετικής στασιμότητας

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η απότομη μείωση της γονιμότητας και η διατήρηση της σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα οδήγησε σε σημαντική συρρίκνωση του αριθμού των νέων στην Ε.Ε. (περίπου 24%). Οι ασθενείς προοπτικές για σημαντική ανάκαμψη της γονιμότητας τα επόμενα χρόνια δημιουργούν αναμφίβολα τις συνθήκες για περαιτέρω συρρίκνωση του αριθμού των ατόμων ηλικίας 0-14. Τα αποτελέσματα των προβολών δείχνουν ότι από σήμερα έως το 2050 ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 0-14 θα παρουσιάσει σημαντική μείωση η οποία κυμαίνεται μεταξύ -40% (χαμηλό σενάριο) και -20% (βασικό σενάριο). Μια σταδιακή αύξηση της γονιμότητας σε συνδυασμό με μια συνεχή μεταναστευτική εισροή μπορεί ως έναν βαθμό να αποτρέψει την εξέλιξη αυτή, οδηγώντας σε μια σχετική σταθερότητα με κάποιες περιόδους ασθενούς αύξησης για τον αριθμό των νέων (υψηλό σενάριο). Στην περίπτωση αυτή, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών μπορεί να αυξηθεί κατά 15% από σήμερα έως το 2050. Είναι χαρακτηριστικό όμως ότι ακόμη και στην περίπτωση όπου επιβεβαιωθούν οι υποθέσεις του υψηλού σεναρίου, το μέγεθος του πληθυσμού των νέων δεν θα ξεπερνά το αντίστοιχο μέγεθος που υπήρχε στις χώρες της Ε.Ε. την περίοδο πριν από το 1985. Με άλλα λόγια, η επιστροφή σε μεγέθη που είχαν παρατηρηθεί κατά το παρελθόν σχετικά με τον πληθυσμό ηλικίας 0-14 ετών δεν θεωρείται ως πιθανή εξέλιξη. Γενικά, οι τάσεις κυμαίνονται μεταξύ μιας περαιτέρω μείωσης ή μιας σχετικής σταθερότητας για τις πρώτες δεκαετίες του 21ου αιώνα. Η εξέλιξη αυτή οδηγεί το 2050 σ' ένα ποσοστό νέων στον συνολικό πληθυσμό το οποίο θα κυμαίνεται μεταξύ 12% και 17%. Το ποσοστό αυτό ήταν 17% το 2000 και 24,5% το 1960.

Οι εξελίξεις βέβαια θα είναι σε κάποιο βαθμό διαφορετικές στα κράτη-μέλη. Ουσιαστικά, οι διαφορές αφορούν κυρίως στην ένταση της περαιτέρω συρρίκνωσης του αριθμού των νέων, αφού οι προοπτικές για σημαντική και συνεχή αύξηση δεν συναντώνται παρά σε έναν πολύ μικρό αριθμό χωρών. Τις επόμενες δύο δεκαετίες η σημαντικότερη μείωση παρουσιάζεται στην Ιρλανδία, η οποία σήμερα παρουσιάζει μεν το υψηλότερο ποσοστό νέων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό (22%), αλλά η γονιμότητα μειώνεται με ταχείς ρυθμούς. Από εκεί και πέρα πολλά θα εξαρτηθούν από την εξέλιξη της γονιμότητας στο μέλλον,

χωρίς όμως και πάλι να αναμένεται σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων στις νεαρές ηλικίες σχεδόν στο σύνολο των κρατών-μελών. Το 2050, οι χώρες με το υψηλότερο ποσοστό νέων στον συνολικό πληθυσμό θα είναι η Ιρλανδία και η Σουηδία (14%-19%), ενώ η Ιταλία, η Ισπανία και η Αυστρία θα είναι οι χώρες με το χαμηλότερο (10%-15%).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 15-24 ΧΡΟΝΩΝ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	15	13,2	12,6
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	15,9	15	13,1	12,5
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	15,3	12,6	11,7
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	15	14,8	15,9	15,3	12,6	11,7
5	ΒΕΛΓΙΟ	12,2	14,9	16,1	14,2	12,1	12,1
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	16,1	12,8	15,9	14,1	11,1	11,7
7	ΓΑΛΛΙΑ	12,4	16,3	15,9	15,2	13	12,7
8	ΙΤΑΛΙΑ	15,7	14,7	15,1	15,9	11,9	10,2
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	14,9	17,6	17,3	15,9	11,9	12
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	13,2	13,9	15,5	13,4	11,3	11,8
11	ΔΑΝΙΑ	14,7	16,1	14,9	15	11,7	11,4
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	14	16	17,4	17	17	14,8
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	13,1	14,6	15,6	14,9	12,1	13,4
14	ΕΛΛΑΔΑ	15,7	14,6	14,8	15,1	14,5	11,6
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	15,3	15,4	16,5	16,9	14,8	11,5
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	16,3	15,7	16,5	16,2	14,7	11,9
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	14,7	13,3	16,4	15,3	11,9	12,3
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	14,9	19,1	16,1	13,2	12,8	12,5
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	13,5	15,2	13,5	13,8	11,6	12,7
20	ΤΣΕΧΙΑ	13,2	17,4	13,7	14,6	15,5	13,1
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	14,8	14,9	13,7	14,4	15,4
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	-	-	15,4	15,5	15,5
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	-	14	15,4	13,9	14,3	15,7
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	-	14,5	16,8	15,1	14,2	15,7
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	14,4	16,4	13,7	13,9	14,9	12,8
26	ΜΑΛΤΑ	-	-	19,1	14	15,2	14,2
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	14,6	18,9	17,5	13,8	16,9	15,9
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	-	16,7	15,5	14,8	14,7	12,7
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	14,9	18	17,2	15,1	17,1	15,6
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	14,9	16,1	14,2	13,8	14,6	13,3
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	16	14,7	16,4	15,7	14,9

²⁷ ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 15-24 χρονών

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 25-49 ΧΡΟΝΩΝ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	35	36,7	36,3
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	33,1	35,2	36,8	36,3
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	35,2	37,2	36,7
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	32,9	33,1	33,1	35,2	37,2	36,7
5	ΒΕΛΓΙΟ	33,4	32,4	33,1	35,7	36,7	35,4
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	31,3	34,2	34,4	36,4	38	36,3
7	ΓΑΛΛΙΑ	32	31,7	32,9	35,1	36,1	34,1
8	ΙΤΑΛΙΑ	34,9	34,5	33,1	34,5	37,1	37,3
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	31,7	30,8	34,2	38,4	38,8	36,1
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	35	34,3	35,8	38,5	39,2	38,8
11	ΔΑΝΙΑ	32,5	31,2	33,6	37	36,4	34,7
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	29,2	26,6	28,4	32	35,4	38,3
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	33,5	30,8	31,6	34,7	35,8	35,1
14	ΕΛΛΑΔΑ	35	33,9	33	32,8	36,1	37,6
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	34,7	32,9	31,3	33,1	37,6	40,5
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	33,1	31,5	30,9	33	36	37,4
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	31,2	32,1	32	36,4	38,2	37,6
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	32,3	31,5	35,9	38,4	35,5	32,9
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	34	31,8	33,2	35,2	34,1	33,2
20	ΤΣΕΧΙΑ	33	32,9	34	35,9	36	36,9
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	36,5	35,6	34,7	34,7	34,7
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	-	-	34,9	35,5	37,3
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	-	37,1	35,6	34,7	34,9	35,6
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	-	35,4	34,2	34,7	35,8	36,2
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	34,1	34,8	34,6	35	35,4	35,7
26	ΜΑΛΤΑ	-	-	34,8	37,6	34,8	34,6
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	32,6	32,7	34,3	35,7	36,6	36
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	-	35,2	35,9	37	38,5	37,8
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	32,1	32	32,4	35,3	37,1	38
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	36,6	36,4	34,7	34	35	35,6
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	35,7	33,9	32,3	35,9	37

²⁸ ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 25-49 χρονών

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 50-64 ΧΡΟΝΩΝ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	16,7	17,2	18,3
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	15,4	16,7	17,2	18,3
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	17,2	17,5	18,1
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	17,2	15,3	15,3	17,2	17,5	18,1
5	ΒΕΛΓΙΟ	19	15,8	16,2	17,2	16,7	18,5
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	20,1	16,3	15,2	18,6	19	18,4
7	ΓΑΛΛΙΑ	17,6	14,3	14,6	15,7	16	18,4
8	ΙΤΑΛΙΑ	15,4	15,4	16,1	18,1	18,5	18,4
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	14,4	14,1	14,4	14,6	17,2	19,4
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	19,7	17,2	16,1	17,5	16,3	17,1
11	ΔΑΝΙΑ	16,8	17	16	15,3	18,7	20
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	14,9	15,1	13	12,3	14,4	15,5
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	18,4	17,6	16,8	15,7	17,2	17,9
14	ΕΛΛΑΔΑ	15,1	16,2	16	18,9	17,4	18
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	14,4	14,4	15,4	16,4	16	16,8
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	13,4	14,7	15,4	16,7	17	18
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	20,1	16,2	15,5	15,9	17,3	17,6
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	14,9	15,5	15,6	15,8	18,7	21,1
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	18,2	18,6	17,4	15,3	18,5	19,7
20	ΤΣΕΧΙΑ	18,8	16,5	15,3	15,3	18,1	21,2
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	14,8	15,3	17,8	17,7	17,9
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	-	-	12,8	15	16,9
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	-	15,2	15,5	18,2	18	17,6
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	-	12,9	14,1	16,8	16,1	16,6
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	17,2	16,2	16,3	17,3	17,7	20,4
26	ΜΑΛΤΑ	-	-	13,5	14,4	17,5	20,6
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	13,8	13	13,8	15,2	14,9	18,9
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	-	13,7	14,8	16,7	16,8	19,6
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	14,6	13,4	13,7	13,9	14,5	18,4
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	14,9	15,1	17,2	18,7	18,4	20,4
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	13,7	14,5	17,3	16,3	17,8

²⁹ ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 50-64 χρονών

8.2. Ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας :Συρρίκνωση του μεγέθους και γήρανση της κατά ηλικίας δομή

Στις επόμενες δεκαετίες ,οι χώρες της Ε.Ε. θα γνωρίσουν σημαντικές αλλαγές του δημογραφικού πλαισίου που συνδέεται με τη λειτουργία της αγοράς εργασίας .Ήδη σε πολλές από τις χώρες αυτές από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 ,ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας αυξάνεται με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με το παρελθόν .Η επιβράδυνση αυτή θα συνεχιστεί και στο μέλλον ,με αποτέλεσμα το εν δυνάμει εργατικό δυναμικό να παύσει να αυξάνει και σταδιακά να μειώνεται .Στο σύνολο της Ε.Ε. ο πληθυσμός ηλικίας 15-65 ετών αργά ή γρήγορα θα παρουσιάσει κάμψη ,η οποία μάλιστα στην περίπτωση του χαμηλού και του βασικού σεναρίου θα είναι ιδιαίτερα σημαντική (-16% και -27% αντίστοιχα) από σήμερα έως το 2050 .Το συνολικό μέγεθος του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας μπορεί να σταθεροποιηθεί γύρω στο 2040 μόνον εάν στις επόμενες δεκαετίες σημειωθεί ανάκαμψη της γονιμότητας σε συνδυασμό με σταθερά υψηλή μεταναστευτική εισροή .Είναι χαρακτηριστικό ότι ,σύμφωνα με το βασικό σενάριο ,για το σύνολο σχεδόν των χωρών της Ε.Ε. η πρώτη μείωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας αναμένεται ήδη στο διάστημα της επόμενης δεκαπενταετίας .Γενικά ,ανεξαρτήτως σεναρίου ,σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. ,με εξαίρεση πιθανόν το Λουξεμβούργο ,θα παρουσιαστεί μια μείωση του μεγέθους του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας ,μείωση η οποία αναμένεται ότι θα είναι ιδιαίτερα έντονη στην Ιταλία .³⁰

Ανεξάρτητα βέβαια από το χρονοδιάγραμμα μιας πιθανής μείωσης ,χρονοδιάγραμμα το οποίο μεσοπρόθεσμα εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος της καθαρής μετανάστευσης ,το σημαντικό στοιχείο που διαφοροποιεί τις μελλοντικές δημογραφικές μεταβολές που αφορούν στην αγορά εργασίας σε σχέση με αυτές του παρελθόντος ,έγκειται στο γεγονός ότι το εν δυνάμει εργατικό δυναμικό έπειτα από μια μακρά περίοδο συνεχούς αύξησης θα περιέλθει σε μια κατάσταση στασιμότητας .Με άλλα λόγια ,ο ρόλος του δημογραφικού παράγοντα στην εξέλιξη του εργατικού δυναμικού θα παραμείνει αλλά θα έχει διαφορετική μορφή.

³⁰ Γλύτσος Ν., Επιπτώσεις της δημογραφικής επιδείνωσης στην αγορά εργασίας, Αθήνα 1998,σελ.51

Ενώ κατά το παρελθόν οι μεταβολές του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας συνέβαλαν αναμφίβολα στην αύξηση του εργατικού δυναμικού ,η μελλοντική στασιμότητα του δύναται να συνδυαστεί μεσοπρόθεσμα αλλά κυρίως μακροπρόθεσμα με στασιμότητα και πιθανή μείωση του μεγέθους του εργατικού δυναμικού .

Η σημαντική αυτή μεταβολή του δημογραφικού πλαισίου είναι αποτέλεσμα της συρρίκνωσης του βαθμού ηλικιακής ανανέωσης του πληθυσμού .Το γεγονός ότι οι νέες γενιές οι οποίες θα εισέρχονται στον πληθυσμό ηλικίας εργασίας θα είναι μικρότερες αριθμητικά από γενιές των ατόμων υψηλής ηλικίας τα οποία θα αποχωρούν από την αγορά εργασίας οδηγεί σταδιακά σε στασιμότητα και συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας .Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα κυρίως των μεταβολών της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων τα τελευταία 50 χρόνια .Αντίθετα ,η συρρίκνωση της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων κατά την τελευταία τριακονταετία οδήγησε σε επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού στη δεκαετία του 1990 .Την πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα ,η αποχώρηση των πολυπληθών γενεών της εικοσαετίας 1945-1965 από την αγορά εργασίας και η μη αντικατάστασή τους από τις νεότερες γενιές θα εμπεδώσει μια κατάσταση στασιμότητας ή και μείωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας .Συγκρίνοντας την περίοδο από το 1975 έως σήμερα με τις αναμενόμενες αλλαγές από σήμερα έως το 2015 ,παρατηρούμε ότι η διαφορά μεταξύ των εισροών και εκροών από τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας μειώνεται συνεχώς από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 .Η σύγκριση των παλαιότερων και των μελλοντικών δημογραφικών τάσεων για το σύνολο των χωρών της Ε.Ε. φανερώνει ότι ενώ κατά την περίοδο 1975-1990 το μέγεθος των εισροών ήταν υψηλότερο από αυτό των εκροών περίπου κατά 1,5 με 2 εκατομμύρια άτομα ,από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 η διαφορά αυτή μειώνεται σημαντικά και μάλιστα αναμένεται να γίνει αρνητική μετά το 2010 .Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι ,ενώ το 1975 σε κάθε 100 άτομα που αποχωρούσαν από τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας εισέρχονταν περίπου 150 ,το 1995 εισέρχονταν 140 και το 2015 θα εισέρχονται 90 .

Είναι προφανές ότι οι αλλαγές αυτές δεν αφορούν μόνο στο συνολικό μέγεθος του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας αλλά και την κατά ηλικία δομή του .Στο άμεσο μέλλον ,οι τρεις βασικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας θα ακολουθήσουν αποκλίνουσες πορείες τόσο συγκρινόμενες μεταξύ

τους όσο και σε σχέση με τις μεταβολές που παρατηρήθηκαν κατά το παρελθόν .Έτσι ,έως το 2015 ,ο αριθμός των ατόμων 20-29 ετών αναμένεται να μειωθεί κατά 11 εκατομμύρια άτομα ,ενώ την τελευταία εικοσαετία αυξήθηκε περίπου κατά 6 .Το μέγεθος της ηλικιακής ομάδας 30-49 ετών έπειτα από μια περίοδο σημαντικής αύξησης (18 περίπου εκατομμύρια) θα παραμείνει σχεδόν στάσιμο ,ενώ ο αριθμός των ατόμων υψηλότερης ηλικίας (50-64 ετών)θα συνεχίσει να αυξάνει .Μάλιστα ,η αύξηση αυτή θα είναι περίπου κατά 2,5 φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη αύξηση της τελευταίας εικοσαετίας .Επομένως ,ανεξάρτητα από την εξέλιξη του μεγέθους του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας ,η γήρανση της κατά ηλικία διάρθρωσής του φαντάζει αναπόφευκτη .

Με άλλα λόγια ,σε αντίθεση με ό,τι συνέβη κατά τα τελευταία 20 χρόνια ,η μέση ηλικία του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού παρέμενε σταθερή στο επίπεδο των 40 ετών για περίπου μια εικοσαετία ,τα επόμενα χρόνια θα αυξάνει συνεχώς ,φθάνοντας το 2015 το επίπεδο των 43 ετών .Από εκεί και πέρα η γήρανση του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού πιθανότατα θα σταθεροποιηθεί και ίσως θα ανατραπεί ,αφού τα άτομα που ανήκουν πολυπληθείς γενιές της περιόδου 1945-1965 θα εισέρχονται στην ηλικία συνταξιοδότησης ,και τα σχετικά ολιγάριθμα άτομα που προήλθαν από τις γεννήσεις της περιόδου 1975-2000 θα είναι ηλικίας 20 ετών και άνω .

Βέβαια ,το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών τόσο σε ό,τι αφορά την ένταση όσο και το χρονοδιάγραμμα εκδήλωσής του .Ουσιαστικά ,όσο πιο ταχείς και απότομες ήταν οι αλλαγές στην εξέλιξη της γονιμότητας κατά το παρελθόν τόσο πιο έντονη και απότομη θα είναι η γήρανση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας .Επιπλέον ,δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε το γεγονός ότι η μετανάστευση έπαιξε κατά το παρελθόν σημαντικό ρόλο στις μεταβολές του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας ,άσχετα εάν η επίδρασή της ήταν πιο ασθενής από αυτή της γονιμότητας .Ιδιαίτερα μάλιστα οι μεσογειακές χώρες της Ε.Ε. ,οι οποίες με την πάροδο του χρόνου μετατράπηκαν από χώρες εκροής σε χώρες εισροής μεταναστών ,υπέστησαν αναμφίβολα αλλαγές σε ό,τι αφορά τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας προς την κατεύθυνση μιας ηλικιακής ανανέωσής του .

Σε ό,τι αφορά το μέλλον ,η σημαντική συρρίκνωση της γονιμότητας κατά τα τελευταία 20 χρόνια στην Ιταλία ,την Ισπανία ,την Ελλάδα αλλά και την Ιρλανδία θα οδηγήσουν σε σημαντικότερη συρρίκνωση του αριθμού των ατόμων που θα εισέρχονται στον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες ,επιτείνοντας τη γήρανση του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού .Παρ'όλα αυτά ,η γήρανση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας δεν θα είναι απαραίτητα υψηλότερη ,αφού το φαινόμενο του baby-boom εκδηλώθηκε με λιγότερη ένταση στις χώρες αυτές .Τις επόμενες δύο δεκαετίες ,το φαινόμενο της γήρανσης του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού θα είναι ιδιαίτερα έντονο στις Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία ,Δανία ,Φιλανδία) ,αλλά η διάρκεια του φαινομένου θα είναι μεγαλύτερη στις μεσογειακές χώρες .

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 65-79 ΧΡΟΝΩΝ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	10,6	12,3	12,6
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	11,2	10,7	12,3	12,6
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	10,9	12,7	13,3
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	8,8	10	11,3	10,9	12,8	13,3
5	ΒΕΛΓΙΟ	10,1	11,2	11,7	11,3	13,3	12,5
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,9	11,6	13,1	11,2	12,7	15,2
7	ΓΑΛΛΙΑ	9,6	10,5	11,3	10,2	12,4	11,6
8	ΙΤΑΛΙΑ	7,9	9	11	11,6	14,2	14,6
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7,6	8,4	9,3	9,9	10,4	10,8
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	9,3	10,7	11,5	10,3	11,2	10,7
11	ΔΑΝΙΑ	8,9	10,2	11,6	11,9	10,9	11,2
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	9,2	9,2	8,9	9,3	8,7	8,4
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	9,8	10,7	12,2	12,1	11,9	11,5
14	ΕΛΛΑΔΑ	7,9	9,1	10,9	10,7	13,4	14,7
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	7	8	9,1	10,6	13	12,1
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	6,7	7,9	9,6	10,8	12,8	13,2
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	10,4	11,9	12,9	11,4	12	12,4
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	6,3	7,9	10,2	10,5	11,5	12,3
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	9,8	11,3	13,1	13,6	12,4	12
20	ΤΣΕΧΙΑ	8,2	10,4	11,7	10	11,5	11,1
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	9,8	10,4	9	12,3	13,6
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	-	-	8,6	8,6	9,5
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	-	9,9	10,8	9,1	12,3	13,7
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	-	8,4	9,3	8,1	11,4	12,5
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	7,8	10	11,6	10,7	12,4	12,3
26	ΜΑΛΤΑ	-	-	7,5	8,5	9,8	10,8
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	5,1	7,1	8,8	8	10,1	10,6
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	-	8,6	9	8,4	11,6	12,5
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	5,8	7,9	9,1	8,3	9,5	9,3
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	6,5	8,1	10,3	10,8	14	13,8
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	7,5	9,1	8,5	11,6	12,2

³¹ ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 65-79 χρονών

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΠΟ 80 ΧΡΟΝΩΝ & ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ							
A/A	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2007
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	-	-	3,1	3,3	4,3
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	-	2,3	3,2	3,4	4,4
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	-	-	-	3,3	3,6	4,6
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	1,5	1,9	2,3	3,3	3,6	4,6
5	ΒΕΛΓΙΟ	1,8	2,1	2,6	3,5	3,5	4,6
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,6	1,9	2,6	3,7	3,6	4,6
7	ΓΑΛΛΙΑ	2	2,3	2,8	3,7	3,6	4,9
8	ΙΤΑΛΙΑ	1,3	1,8	2,1	3,1	3,9	5,3
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,4	1,7	2,2	2,9	3,2	3,7
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	1,5	1,7	2,2	3,1	3,1	3,3
11	ΔΑΝΙΑ	1,6	2	2,8	3,7	3,9	4,1
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1,9	1,9	1,8	2,1	2,5	2,7
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	1,9	2,2	2,7	3,6	3,9	4,5
14	ΕΛΛΑΔΑ	1,5	2	2,3	3	3,1	3,9
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	1,2	1,5	1,7	2,8	3,8	4,5
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1,1	1,3	1,6	2,5	3,2	4,1
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	1,7	2,1	2,6	3,5	3,4	4,5
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	0,9	1,1	1,7	2,8	3,3	4,2
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	1,8	2,3	3,1	4,2	4,9	5,4
20	ΤΣΕΧΙΑ	1,3	1,5	1,9	2,4	2,3	3,3
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	1,9	2,1	2,5	2,6	3,5
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	-	-	2,3	2,6	2,8
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	-	2,1	2,3	2,8	2,5	3,4
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	-	1,6	2	2,7	2,3	3,1
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1,1	1,5	2	2,5	2,5	3,6
26	ΜΑΛΤΑ	-	-	0,9	1,9	2,3	3
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	0,7	1,1	1,4	2	1,9	2,9
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	-	1,1	1,8	2,2	2,3	3,4
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	1	1,2	1,5	2	1,8	2,5
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1	1,4	1,5	2,1	2,1	3,5
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	1,1	1,2	1,7	1,8	2,7

³² ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Πληθυσμιακές Μεταβολές από 80 χρονών και περισσότερο

8.3. Αυξήση των ηλικιωμένων ατόμων και γήρανση του συνολικού πληθυσμού

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και η γήρανση του συνολικού πληθυσμού δεν αποτελούν μια πρόσφατη εξέλιξη για τις χώρες της Ε.Ε. Η μακροχρόνια πορεία συρρίκνωσης της θνησιμότητας και μείωσης της γονιμότητας που έχει μια ιστορία τουλάχιστον 200 ετών στην Ευρώπη, οδήγησε αναπόφευκτα σε γήρανση της πυραμίδας του πληθυσμού των κρατών-μελών. Ειδικότερα κατά τη μεταπολεμική περίοδο, η σημαντική μείωση επιπέδων θνησιμότητας συνέβαλε αποφασιστικά στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και στη διεύρυνση της γήρανσης του συνολικού πληθυσμού. Επιπλέον, κατά την περίοδο αυτή δημιουργήθηκαν συνθήκες που αναπόφευκτα οδηγούν σε περαιτέρω διεύρυνση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και της δημογραφικής γήρανσης. Ουσιαστικά, η ανισορροπία που παρατηρήθηκε μεταπολεμικά στην εξέλιξη των ετήσιων δεικτών γονιμότητας και κατ'επέκταση στον αριθμό των γεννήσεων, με κύρια χαρακτηριστικά την ανάκαμψη της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων κατά την περίοδο 1945-1965 και τη μείωση η οποία ακολούθησε στη συνέχεια, θα μεταβάλουν ακόμη περισσότερο την κατά ηλικία διάρθρωση του πληθυσμού των χωρών της Ε.Ε.³³

Από τη στιγμή που ο υψηλός αριθμός ατόμων που γεννήθηκαν την εικοσαετία 1945-1965 θα εισέρχεται στον πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω, ο απόλυτος αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων θα αυξάνει. Επιπλέον, η αύξηση αυτή θα ενταθεί, επειδή ο αριθμός των ατόμων που προήλθαν από το baby-boom όχι μόνο ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των ατόμων που ακολούθησαν (γενιές του baby-bust) αλλά ταυτόχρονα έζησαν περισσότερα χρόνια από τους προκατόχους τους.⁴⁰ Επομένως, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί μια αναπόφευκτη εξέλιξη για το μέλλον και μάλιστα η ταχύτητα των εξελίξεων θα είναι τόσο πιο γρήγορη όσο οι μεταβολές της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων κατά το παρελθόν ήταν απότομες και έντονες.

³³ Χ. Μπαγκαβός – Α. Μουσιδής, «Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21^{ου} αιώνα», (Εξελίξεις, επιπτώσεις, πολιτικές), Αθήνα 2004, σελ.90

Πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα σημειώσει αύξηση τουλάχιστον έως το 2040 ,περίοδο κατά την οποία η εισροή των ολιγομελών γενεών του baby-bust (γεννήθηκαν περίπου από το 1965 και μετά) στον πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω θα αρχίζει να επηρεάζει την εξέλιξη του μεγέθους του .Η αύξηση μεταξύ 2000 και 2040 θα κυμαίνεται μεταξύ 52% και 88% (χαμηλό και υψηλό σενάριο αντίστοιχα) ,διαφορά η οποία συνδέεται με τις διαφορετικές υποθέσεις για την μελλοντική εξέλιξη της θνησιμότητας και ως ένα βαθμό της μετανάστευσης .Δηλαδή η σχετική μεταβολή μπορεί να είναι και ασθενέστερη από την αντίστοιχη της περιόδου 1969-2000(83%) .Παρ'όλα αυτά ,η συνεχής αυτή αύξηση σε συνδυασμό με τις εξελίξεις σχετικά με το μέγεθος του συνολικού πληθυσμού θα οδηγήσουν σε ένταση της δημογραφικής γήρανσης .Είναι χαρακτηριστικό ότι ,ενώ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό ήταν περίπου 10,5% το 1960 και 16% το 2000 ,το 2040 θα κυμαίνεται μεταξύ 26 και 28%.Με άλλα λόγια ,ενώ το 1960 σε 10 άτομα του συνολικού πληθυσμού αντιστοιχούσε 1 άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω ,το 2040 θα αντιστοιχούν 3 .

Όσον αφορά την εξέλιξη στις διάφορες χώρες ,οι όποιες διαφοροποιήσεις δεν αφορούν στην περαιτέρω γήρανση του πληθυσμού ,εξέλιξη η οποία είναι αναπόφευκτη ,αλλά στο εύρος των μεταβολών καθώς και στο χρονοδιάγραμμα εμφάνισης μιας επιβράδυνσης στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων .Γενικά η αύξηση των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα είναι ιδιαίτερα υψηλή στις χώρες που σήμερα έχουν τον λιγότερο γερασμένο πληθυσμό ,Φιλανδία ,Ιρλανδία ,Λουξεμβούργο και Ολλανδία .Παρ'όλα αυτά ,το 2050 η Ιταλία και η Ισπανία αναμένεται ότι θα έχουν το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό (31%-34%) .

8.4. Γονιμότητα ,θνησιμότητα και κατά ηλικία δομή του πληθυσμού

Το ενδιαφέρον του υπολογισμού ενός καθαρού δείκτη αναπαραγωγής δεν περιορίζεται στον καθορισμό του βαθμού αναπλήρωσης των γενεών μέσα σε έναν πληθυσμό. Το κύριο ενδιαφέρον συνίσταται στο γεγονός ότι η καθαρή αναπαραγωγή συνδέεται τόσο με την ετήσια αύξηση του πληθυσμού όσο και με τη δυναμική του πληθυσμού, δηλαδή τη μελλοντική του εξέλιξη σε ό,τι αφορά το μέγεθος και την κατά ηλικία δομή του.³⁴

Ο καθαρός δείκτης αναπαραγωγής αποτελεί μία από τις συνιστώσες της φυσικής αύξησης του πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά, οι ίδιες συνθήκες θνησιμότητας και γονιμότητας, δηλαδή οι ίδιες συνθήκες καθαρής αναπαραγωγής, δεν οδηγούν στην ίδια φυσική αύξηση δύο διαφορετικών πληθυσμών ή του ίδιου πληθυσμού σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Και αυτό διότι η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού τη στιγμή της παρατήρησης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για το εύρος της φυσικής αύξησης του. Ουσιαστικά, εάν οι ίδιες συνθήκες γονιμότητας και θνησιμότητας εφαρμοστούν σε δύο πληθυσμούς με διαφορετική κατά ηλικία δομή, τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τη φυσική αύξηση θα είναι εντελώς διαφορετικά, αφού οι αδροί δείκτες θνησιμότητας και γεννητικότητας θα είναι διαφορετικοί. Εάν, για παράδειγμα, εφαρμόσουμε το κατά ηλικία πρότυπο θνησιμότητας και γονιμότητας μιας ανεπτυγμένης χώρας στον πληθυσμό μιας χώρας της τροπικής Αφρικής όπου η κατά ηλικία δομή είναι πολύ πιο νεανική, η φυσική αύξηση που θα προκύψει θα είναι υψηλότερη από την πραγματική φυσική αύξηση που παρατηρήθηκε στην ανεπτυγμένη χώρα. Δηλαδή, κάτω από τις ίδιες συνθήκες γονιμότητας και θνησιμότητας ένας νεανικός πληθυσμός οδηγεί σε υψηλότερη φυσική αύξηση από ότι ένας γεροντικός πληθυσμός.³⁴

Είναι φανερό ότι ο καθαρός δείκτης αναπαραγωγής ενός έτους εκφράζει την εν δυνάμει φυσική αύξηση ενός πληθυσμού χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η κατά ηλικία διάρθρωση του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, η γνώση της κατά ηλικία κατανομής της γονιμότητας και θνησιμότητας δεν αρκεί προκειμένου να οριοθετήσουμε το μέγεθος της φυσικής αύξησης ενός πληθυσμού. Θα πρέπει να γνωρίζουμε και την κατά ηλικία κατανομή του.

³⁴ Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεςμοί , 1999, σελ.31

Επομένως, σε κάθε χρονική στιγμή ο ρυθμός φυσικής αύξησης μεταβάλλεται κάτω από την επίδραση τριών παραγόντων: της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της κατά ηλικία δομής του πληθυσμού.

Όμως, η κατά ηλικία δομή ενός πληθυσμού σε ένα συγκεκριμένο έτος είναι αποτέλεσμα των μεταβολών της γονιμότητας και της θνησιμότητας κατά το παρελθόν. Η δυναμική ενός κλειστού πληθυσμού συνίσταται στο γεγονός ότι η γονιμότητα και η θνησιμότητα ενός έτους «μετατρέπονται» μέσω της κατά ηλικία δομής του πληθυσμού σε γεννήσεις και θανάτους, τα οποία με τη σειρά τους μεταβάλλουν τη μελλοντική κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Για παράδειγμα, η ανάκαμψη του δείκτη ολικής γονιμότητας κατά τη μεταπολεμική περίοδο στο σύνολο σχεδόν των ανεπτυγμένων χωρών, γνωστή και ως *baby-boom*, οδήγησε σε μια διεύρυνση της βάσης της ηλικιακής πυραμίδας των χωρών αυτών ως αποτέλεσμα της αύξησης του αριθμού των γεννήσεων. Κατά τον ίδιο τρόπο, η σημαντική θνησιμότητα και ο υψηλός αριθμός θανάτων στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου μετέβαλε σημαντικά την ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού πολλών ευρωπαϊκών χωρών.

Με άλλα λόγια, οποιαδήποτε μεταβολή στη γονιμότητα και τη θνησιμότητα οδηγεί σε αλλαγές στην κατά ηλικία διάρθρωση του πληθυσμού, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου γίνονται όλο και πιο εμφανείς. Πιο συγκεκριμένα, μια μείωση της γονιμότητας σημαίνει ότι κάθε χρόνο η ομάδα των γυναικών που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία θα φέρνει στον κόσμο λιγότερα παιδιά από ότι τον προηγούμενο χρόνο. Παρ' όλα αυτά, ο ετήσιος αριθμός των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία μπορεί να αυξάνει στην περίπτωση όπου η αρχική κατά ηλικία κατανομή του πληθυσμού είναι νεανική (ή ακόμη η ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού είναι πλατιά στη βάση και στενεύει όσο αυξάνει η ηλικία, με άλλα λόγια μια κανονική πυραμίδα). Επιπλέον, εάν η μείωση της γονιμότητας είναι αρκετά ομαλή, ο αριθμός των γεννήσεων θα αυξάνει. Το βέβαιο είναι ότι η σχέση μεταξύ του μεγέθους της νέας γενιάς και αυτού της προηγούμενης θα μειώνεται. Εάν η θνησιμότητα παραμένει σταθερή, τότε ο λόγος του αριθμού των ατόμων κάθε ηλικίας προς αυτόν της προηγούμενης θα μειώνεται επίσης. Εάν η πτώση της γονιμότητας είναι έντονη, ο απόλυτος αριθμός των ατόμων σε κάθε ηλικία θα μειώνεται σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται στην προηγούμενη ηλικία. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου η πυραμίδα θα στενεύει στη βάση της, η

αναλογία των νέων μέσα στον συνολικό πληθυσμό θα μειώνεται, η αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων θα αυξάνει, δηλαδή ο πληθυσμός γερνάει.

Εάν η γονιμότητα παραμένει σταθερή και η θνησιμότητα μειώνεται, τότε ο πληθυσμός δεν γερνάει υποχρεωτικά. Η συμβολή της θνησιμότητας στη γήρανση του πληθυσμού εξαρτάται από τα ήδη υπάρχοντα επίπεδα θνησιμότητας. Η ιστορία μας διδάσκει ότι όταν μειώνεται η θνησιμότητα, η πιο σημαντική πρόοδος σημειώνεται στη βρεφική και στη νεανική θνησιμότητα. Επομένως, σε συνθήκες υψηλής βρεφικής και νεανικής θνησιμότητας και άρα χαμηλής μέσης διάρκειας ζωής, η πτώση της θνησιμότητας οδηγεί σε ανανέωση και όχι σε γήρανση του πληθυσμού. Και αυτό διότι, σε μια κανονική πυραμίδα, τόσο ο αριθμός των βρεφών όσο και των νεαρών ατόμων που επιβιώνουν αυξάνει και επομένως το ποσοστό των νέων μέσα στον συνολικό πληθυσμό αυξάνει. Αντίθετα, εάν η θνησιμότητα βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, οπότε η βρεφική και η νεανική θνησιμότητα έχουν ασθενή επίπτωση στην αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, τότε η μείωση της θνησιμότητας συμβάλλει στη γήρανση του πληθυσμού, στο βαθμό που η μείωση αυτή αφορά κυρίως τις μεγάλες ηλικίες.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2006
1	ΒΕΛΓΙΟ	2.380	1.616	990	682	\-	\-
2	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	19.814	10.852	4.954	3.202	3.084	2.420
3	ΓΑΛΛΙΑ	14.155	11.469	6.942	4.488	3.741	7.531
4	ΙΤΑΛΙΑ	22.844	14.109	5.453	3.103	1.818	\-
5	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3.618	2.588	1.205	1.139	\-	642
6	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	82	43	23	21	27	14
7	ΔΑΝΙΑ	958	604	253	298	248	\-
8	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1.361	904	681	327	325	\-
9	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	18.800	12.044	5.502	3.721	3.594	3.987
10	ΕΛΛΑΔΑ	2.274	1.922	1.368	735	452	316
11	ΙΣΠΑΝΙΑ	18.548	11.847	4.460	1.617	1.439	1.612
12	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	5.822	3.826	1.886	1.008	444	323
13	ΑΥΣΤΡΙΑ	1.916	1.141	602	325	331	313
14	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	1.259	519	267	270	231	139
15	ΣΟΥΗΔΙΑ	1.418	926	436	443	355	319
16	ΤΣΕΧΙΑ	1.282	1.028	864	530	259	299
17	ΕΣΘΟΝΙΑ	266	204	198	173	64	56
18	ΚΥΠΡΟΣ	\-	\-	\-	\-	\-	\-
19	ΛΕΤΟΝΙΑ	383	233	201	226	158	154
20	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	558	368	337	305	221	137
21	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1.957	1.520	1.156	699	538	489
22	ΜΑΛΤΑ	\-	70	63	32	\-	10
23	ΠΟΛΩΝΙΑ	8.471	6.382	5.794	3.940	1.641	1.338
24	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	401	222	185	100	68	82
25	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	971	665	620	401	215	218
26	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1.737	1.382	986	641	555	517
27	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	5.690	5.728	3.518	2.231	1.393	1.143

³⁵ ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Θνησιμότητα

ΡΥΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ							
A/A	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2006
1	ΒΕΛΓΙΟ	23,9	21,1	12,1	6,5	4,8	-
2	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	35	22,5	12,4	7	4,4	3,8
3	ΓΑΛΛΙΑ	27,7	18,2	10	7,3	4,4	3,6
4	ΙΤΑΛΙΑ	3118,2	1662,4	14,6	8,2	4,5	-
5	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	16,5	12,7	8,6	7,1	5,1	4,4
6	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	31,5	24,9	11,5	7,3	5,1	2,5
7	ΔΑΝΙΑ	21,5	14,2	8,4	7,5	5,3	3,8
8	ΙΡΑΝΔΙΑ	29,3	19,5	11,1	8,2	6,2	3,7
9	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	22,5	18,5	13,9	7,9	5,6	-
10	ΕΛΛΑΔΑ	40,1	29,6	17,9	9,7	5,9	3,7
11	ΙΣΠΑΝΙΑ	35,4	20,7	12,3	7,6	4,4	3,8
12	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	77,5	55,5	24,2	11	5,5	3,3
13	ΑΥΣΤΡΙΑ	37,5	25,9	14,3	7,8	4,8	3,6
14	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	21	13,2	7,6	5,6	3,8	2,8
15	ΣΟΥΗΔΙΑ	16,6	11	6,9	6	3,4	2,8
16	ΤΣΕΧΙΑ	20	20,2	16,9	10,8	4,1	3,3
17	ΕΣΘΟΝΙΑ	31,1	17,7	17,1	12,3	8,4	4,4
18	ΚΥΠΡΟΣ	-	26	14,4	12,9	5,6	3,1
19	ΛΕΤΟΝΙΑ	27	17,7	15,3	13,7	10,4	7,6
20	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	38	19,3	14,5	10,2	8,6	6,8
21	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	47,6	35,9	23,2	14,8	9,2	5,7
22	ΜΑΛΤΑ	38,3	27,9	15,2	9,1	5,9	3,6
23	ΠΟΛΩΝΙΑ	56,1	36,4	25,4	19,4	8,1	6
24	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	35,1	24,5	15,3	8,4	4,9	3,4
25	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	28,6	25,7	20,9	12	8,6	6,6
26	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	45,1	27,3	20,2	14,8	13,3	9,7
27	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	75,7	49,4	29,3	26,9	18,6	13,9

³⁶ ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Ρυθμός Θανάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ:9

Στο **ένατο κεφάλαιο** γίνεται μια αναφορά στις μεταβολές της θνησιμότητας ,στην υπογεννητικότητα και τις νέες μορφές συμβίωσης ,καθώς και στις παραμέτρους που την διέπουν όπως είναι η γονιμότητα ,η γαμηλιότητα και τα διαζύγια .

9.Οι μεταβολές της θνησιμότητας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι μεταπολεμικές εξελίξεις σχετικά με τη θνησιμότητα στις χώρες της Ε.Ε. φανερώνουν ένα σχήμα εξέλιξης το οποίο συναντάται σε σημαντικό βαθμό και στα άλλα δύο βασικά δημογραφικά φαινόμενα (γονιμότητα και μετανάστευση) και το οποίο αντικατοπτρίζεται στις μεταβολές της κατά ηλικία θνησιμότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης. Με το τέλος του Πολέμου, η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε φθάνοντας περίπου στο 50%ο στα κράτη-μέλη της Βόρειας Ευρώπης. Είναι λίγο υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη και σαφώς υψηλότερη (γύρω στο 60%ο) στις χώρες του Νότου. Διαχρονικά, η πρόοδος είναι τόσο γοργή που το 1970, η Σκανδιναβία και οι Κάτω Χώρες έχουν ποσοστά γύρω στο 15% . Με εξαίρεση την Πορτογαλία, η ταχύτητα των αλλαγών είναι ακόμη σημαντικότερη στις χώρες του Νότου, αν και τα επίπεδα είναι σχετικά υψηλά (ελαφρώς υψηλότερα από το 25%ο). Η συρρίκνωση της βρεφικής θνησιμότητας συνεχίζεται και στις επόμενες 3 δεκαετίες, με αποτέλεσμα το 2000 τα αντίστοιχα επίπεδα να έχουν πέσει κάτω από το 6%ο. Μάλιστα, στις Σκανδιναβικές χώρες τα επίπεδα είναι πλέον οριακά (μεταξύ 3% και 4%).³⁷

Παρ' όλα αυτά ,η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής από το 1960 και μετά δεν συνδέεται τόσο στενά με τη συρρίκνωση της βρεφικής θνησιμότητας όσο με τη μείωση της θνησιμότητας στις υψηλότερες ηλικίες .Στη δεκαετία του 1960 στις περισσότερες χώρες παρουσιάστηκε μια επιβράδυνση στις προόδους του προσδόκιμου επιβίωσης, κυρίως για τους άνδρες. Η εξέλιξη αυτή ήταν το αποτέλεσμα της αύξησης της θνησιμότητας στις παραγωγικές ηλικίες και της στασιμότητας στις υψηλότερες ηλικίες, λόγω κυρίως των θανάτων που συνδέονται με τις εκφυλιστικές παθήσεις.

³⁷ Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεςμοί , 1999, σελ.72

Αντίθετα, από το 1970 και μετά, οι πρόοδοι στο προσδόκιμο επιβίωσης γίνονται και πάλι εμφανείς, αυτή τη φορά ως αποτέλεσμα της συρρίκνωσης της θνησιμότητας στις υψηλές ηλικίες. Η πρόοδος είναι λιγότερο αισθητή στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης από ό,τι στις χώρες της Δυτικής και της Νότιας Ευρώπης .

Γενικά τα τελευταία 40 χρόνια, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από την επιβράδυνση της δεκαετίας του 1960, κατέγραψαν υψηλούς ρυθμούς μείωσης της θνησιμότητας, ανακτώντας σε σημαντικό βαθμό την καθυστέρηση που παρουσίαζαν στο προσδόκιμο επιβίωσης το 1960. Στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, οι οποίες είχαν την υψηλότερη μέση διάρκεια ζωής στο τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, τα κέρδη στο προσδόκιμο επιβίωσης ήταν ασθενή, ενώ, αντίθετα, στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, παρά την κρίση της δεκαετίας του 1960, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε σημαντικά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Εάν οι διαφορές που υπήρχαν μεταξύ των χωρών σχετικά με τη μέση διάρκεια ζωής με το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου συνδέονται με το γεγονός ότι ορισμένες από αυτές εισήλθαν με κάποια καθυστέρηση στην πρώτη φάση της «υγειονομικής μετάβασης», από το 1970 και μετά οι διαφορές συνδέονται με τη δυσκολία καταπολέμησης των αγγειοκαρδιολογικών παθήσεων, οι οποίες συγκριτικά συναντώνται περισσότερο στη Βόρεια παρά στη Δυτική και Νότια Ευρώπη .

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ - ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2006
1	ΒΕΛΓΙΟ	2,06	2,77	4,12	11,61	-	-
2	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	7,56	7,23	11,89	15,32	23,41	29,96
3	ΓΑΛΛΙΑ	6,1	6,86	11,38	30,05	42,61	49,51
4	ΙΤΑΛΙΑ	2,39	2,14	4,29	6,47	9,66	-
5	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,35	2,08	4,11	11,38	24,94	37,06
6	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	3,17	4,01	5,97	12,78	21,89	28,82
7	ΔΑΝΙΑ	7,82	11,03	33,17	46,4	44,57	46,36
8	ΙΡΑΝΔΙΑ	1,59	2,65	5,9	14,64	31,51	33,15
9	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	5,22	8,04	11,52	27,91	39,48	43,66
10	ΕΛΛΑΔΑ	1,24	1,11	1,46	2,17	4,02	5,28
11	ΙΣΠΑΝΙΑ	2,31	1,36	3,93	9,61	17,74	28,38
12	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	9,45	7,33	9,2	14,7	22,2	31,61
13	ΑΥΣΤΡΙΑ	13,02	12,77	17,78	23,55	31,3	37,16
14	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	4,04	5,83	13,08	25,24	39,21	40,55
15	ΣΟΥΗΔΙΑ	11,28	18,56	39,72	47	55,33	55,47
16	ΤΣΕΧΙΑ	4,89	5,43	5,62	8,55	21,77	33,32
17	ΕΣΘΟΝΙΑ	-	-	-	27,22	54,45	58,24
18	ΚΥΠΡΟΣ	-	0,15	0,63	0,72	2,33	5,6
19	ΛΕΤΟΝΙΑ	11,94	11,42	12,48	16,88	40,34	43,36
20	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	:	3,7	6,27	6,99	22,59	29,64
21	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	5,47	5,43	7,13	13,14	29,04	35,59
22	ΜΑΛΤΑ	-	-	-	-	-	-
23	ΠΟΛΩΝΙΑ	-	-	-	-	12,13	18,89
24	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	9,12	8,53	13,11	24,54	37,11	47,24
25	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	4,67	6,2	5,73	7,61	18,26	27,49
26	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	7,99	8,45	10,94	12,41	38,36	50,79
27	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	-	-	-	25,5	28,97

³⁸ ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Δείκτες Γονιμότητας

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑΣ							
A/A		1960	1970	1980	1990	2000	2006
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	-	343.588.500	309.409.300	296.641.200	250.409.300	-
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	321.722.800	284.169.600	271.388.600	233.312.100	-
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	203.853.000	208.914.300	177.783.000	173.351.600	156.452.000	-
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	202.451.700	207.486.200	176.545.300	172.499.900	155.731.900	-
5	ΒΕΛΓΙΟ	6.522.000	7.326.100	6.636.900	6.455.400	4.512.300	-
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	68.902.800	57.523.300	49.660.300	51.638.800	41.855.000	37.368.100
7	ΓΑΛΛΙΑ	31.994.400	39.368.600	33.437.700	28.709.900	29.792.200	26.726.000
8	ΙΤΑΛΙΑ	38.768.300	39.550.900	32.296.800	31.971.100	28.441.000	24.351.100
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8.910.000	12.363.100	9.018.200	9.564.900	8.807.400	7.115.700
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	223.600	215.600	214.900	231.200	214.800	194.800
11	ΔΑΝΙΑ	3.589.700	3.637.600	2.644.800	3.151.300	3.838.800	3.645.200
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1.546.500	2.077.800	2.179.200	1.783.800	1.916.800	-
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	393.598	470.987	418.446	375.410	305.912	-
14	ΕΛΛΑΔΑ	5.816.500	6.743.900	6.235.200	5.905.200	4.888.000	5.780.200
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	23.687.700	24.820.500	22.067.400	22.053.300	21.645.100	21.181.800
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	6.945.700	8.146.100	7.216.400	7.165.400	6.375.200	4.785.700
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	5.850.800	5.277.300	4.643.500	4.521.200	3.922.800	3.692.300
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	3.283.400	4.073.000	2.938.800	2.499.700	2.615.000	2.823.600
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	5.014.900	4.327.800	3.756.900	4.047.700	3.989.500	4.555.100
20	ΤΣΕΧΙΑ	7.417.300	9.062.400	7.834.300	9.095.300	5.532.100	5.286.000
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	1.214.600	1.237.300	1.296.400	1.177.400	548.500	695.400
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	528.900	390.800	560.700	977.500	525.200
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	2.336.500	2.398.300	2.461.100	2.361.900	921.100	1.461.600
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	2.814.400	2.991.500	3.152.000	3.631.000	1.690.600	2.124.600
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8.856.600	9.661.200	8.033.100	6.640.500	4.811.000	4.452.800
26	ΜΑΛΤΑ	194.400	237.600	277.500	249.800	254.500	253.600
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	24.423.000	28.031.100	30.737.300	25.536.900	21.115.000	22.618.100
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	1.401.300	1.428.100	1.237.700	851.700	720.100	636.800
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	3.217.900	3.596.100	3.957.800	4.043.500	2.590.300	2.593.900
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	6.895.200	7.312.600	6.972.600	5.987.400	3.516.400	3.277.300
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	19.765.400	14.553.100	18.267.100	19.265.200	13.580.800	14.663.700

³⁹ ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Μεταβολές Γαμηλιότητας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ - ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑΣ

ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑΣ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2006
1	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27	-	7,87	6,76	6,3	5,19	-
2	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25	-	7,89	6,66	6,18	5,15	-
3	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13	8,05	7,63	6,18	5,87	5,1	-
4	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12	8,04	7,62	6,18	5,88	5,11	-
5	ΒΕΛΓΙΟ	7,13	7,59	6,73	6,48	4,4	-
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,46	7,36	6,34	6,5	5,09	4,54
7	ΓΑΛΛΙΑ	7	7,75	6,21	5,06	5,05	4,36
8	ΙΤΑΛΙΑ	7,72	7,35	5,72	5,64	4,99	4,13
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7,76	9,48	6,37	6,4	5,53	4,35
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	7,12	6,36	5,9	6,05	4,92	4,12
11	ΔΑΝΙΑ	7,84	7,38	5,16	6,13	7,19	6,7
12	ΙΡΛΑΝΔΙΑ	5,47	7,03	6,39	5,08	5,04	-
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	7,51	8,46	7,43	6,56	5,19	-
14	ΕΛΛΑΔΑ	6,98	7,67	6,47	5,81	4,48	5,18
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	7,75	7,32	5,89	5,68	5,38	4,8
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7,84	9,38	7,39	7,18	6,23	4,52
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	8,3	7,07	6,15	5,89	4,9	4,46
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	7,41	8,84	6,15	5,01	5,05	5,36
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	6,7	5,38	4,52	4,73	4,5	5,02
20	ΤΣΕΧΙΑ	7,72	9,19	7,6	8,8	5,39	5,15
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	9,99	9,08	8,78	7,5	4,01	5,18
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	8,61	9,47	10,86	13,37	6,8
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	11,02	10,17	9,8	8,87	3,88	6,39
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	10,13	9,53	9,23	9,82	4,83	6,26
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	8,87	9,35	7,5	6,4	4,71	4,42
26	ΜΑΛΤΑ	6	7,85	8,76	7,05	6,6	6,24
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	8,24	8,58	8,64	6,7	5,49	5,93
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	8,84	8,28	6,51	4,26	3,62	3,17
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	7,91	7,92	7,95	7,63	4,81	4,81
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	8,76	8,61	7,87	6,87	4,3	4,26
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	10,74	7,19	8,21	8,3	6,2	6,79

⁴⁰ ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Δείκτες Γαμηλιότητας

⁴⁰ www.eurostat.com

ΔΙΑΖΥΓΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΖΥΓΙΩΝ

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΔΙΑΖΥΓΙΩΝ							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	1960	1970	1980	1990	2000	2006
	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>						
1		-	386.302	6.729.170	7.762.910	8.775.380	-
2	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 25</i>	-	368.532	6.256.770	7.319.570	8.362.350	-
3	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 13</i>	1.304.330	1.831.810	3.124.240	4.075.740	5.175.620	-
4	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 12</i>	1.288.930	1.812.680	3.101.150	4.057.160	5.154.370	-
5	ΒΕΛΓΙΟ	45.890	64.030	144.570	203.300	270.020	-
6	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	734.190	1.039.270	1.410.180	1.547.860	1.944.080	1.909.280
7	ΓΑΛΛΙΑ	301.820	400.040	811.430	1.058.130	1.140.050	1.359.100
8	ΙΤΑΛΙΑ	0	0	118.620	277.280	375.730	-
9	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	56.720	103.170	257.350	284.190	346.500	317.340
10	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	1.530	2.170	5.820	7.590	10.300	11.820
11	ΔΑΝΙΑ	66.820	95.240	135.930	137.310	143.810	143.430
12	ΙΡΑΝΔΙΑ	0	0	0	0	26.230	-
13	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	-	582.390	1.483.010	1.533.860	1.546.280	-
14	ΕΛΛΑΔΑ	24.630	34.910	66.840	60.370	111.190	-
15	ΙΣΠΑΝΙΑ	0	0	0	231.910	377.400	-
16	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7.490	5.090	58.430	92.160	191.040	239.350
17	ΑΥΣΤΡΙΑ	80.110	103.560	133.270	162.820	195.520	203.360
18	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	36.550	60.440	94.640	131.550	139.130	132.550
19	ΣΟΥΗΔΙΑ	89.580	129.430	198.870	193.570	215.020	202.950
20	ΤΣΕΧΙΑ	129.700	215.160	272.180	320.550	297.040	314.150
21	ΕΣΘΟΝΙΑ	25.440	43.790	61.270	57.850	42.300	38.110
22	ΚΥΠΡΟΣ	-	1.300	1.640	3.480	11.820	17.530
23	ΛΕΤΟΝΙΑ	50.800	108.670	126.500	107.830	61.340	72.490
24	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	23.640	69.180	110.380	127.470	108.820	112.020
25	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	165.900	228.410	277.970	248.880	239.870	248.690
26	ΜΑΛΤΑ	0	0	0	0	0	-
27	ΠΟΛΩΝΙΑ	148.280	345.740	398.330	424.360	427.700	719.120
28	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	15.400	19.130	23.090	18.580	21.250	23.340
29	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	23.210	34.200	66.450	88.670	92.730	127.160
30	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	:	99.050	131.100	113.680	105.780	148.280
31	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	369.470	78.650	341.300	329.660	307.250	326.720

⁴¹ ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Μεταβολές Διαζυγίων

⁴¹ www.eurostat.com

9.1 Η υπογεννητικότητα και οι νέες μορφές συμβίωσης (Γονιμότητα-Γαμηλιότητα-Διαζύγια)

Μια άλλη διάσταση των δημογραφικών εξελίξεων αναφέρεται στις βαθιές μεταβολές των οικογενειακών θεσμών και συγκεκριμένα στην εξέλιξη των φαινομένων της γονιμότητας ,της γαμηλιότητας ,της ελεύθερης συμβίωσης και των διαζυγίων .Οι μεταβολές αυτές εξετάζονται σε σχέση με την κατάσταση που παρουσιάζει ο οικογενειακός και ο κοινωνικός δεσμός ευρύτερα .⁴²

- Το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης συνδέεται άμεσα ως προς τη βάση του με τον παράγοντα της γονιμότητας .Ο παράγοντας αυτός ,όπως ήδη έχουμε αναφέρει ,βρίσκεται σε συνεχή πτώση τα τελευταία 30 χρόνια και έχει δημιουργήσει ένα μόνιμο φαινόμενο χαμηλής γεννητικότητας σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες .
- Πτώση όμως δεν γνωρίζει μόνο η γονιμότητα ,αλλά και η γαμηλιότητα. Ο αριθμός των γάμων που τελούνται έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια τόσο στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Ελλάδα .
- Και ενώ οι γάμοι μειώνονται ,ο αριθμός των διαζυγίων αυξάνει .Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα ανά τις δεκαετίες στον παραπάνω πίνακα .

Οι διαστάσεις που αναφέρονται στους πίνακες συνδέονται άμεσα με την κατάσταση που παρουσιάζει ο κοινωνικός δεσμός σε μια κοινωνία και πιο συγκεκριμένα ο οικογενειακός δεσμός .Ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικής επιστήμης εξαντλεί το θέμα του αποκλεισμού στην αναπαραγωγή των ανισοτήτων και στην κατάσταση που παρουσιάζουν τα δικαιώματα .

⁴² Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεσμοί , 1999, σελ.78

Οι διαφορετικές μορφές του αποκλεισμού απειλούν κατά πρώτο λόγο την κοινωνική συνοχή και διασπούν τον κοινωνικό ιστό .Την ίδια στιγμή ,ένας σοβαρός προληπτικός και θεραπευτικός μοχλός ,που κινείται ενάντια στην εξάπλωση αυτού του φαινομένου ,είναι η σύσφιξη του κοινωνικού δεσμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης των σύγχρονων κοινωνιών .Το ένα κινείται ενάντια στο άλλο ,ο κοινωνικός δεσμός αποτελεί αντίδοτο στον αποκλεισμό και τα αποτελέσματα φαίνεται ότι είναι πολύ αρνητικά όταν δεν λειτουργεί αυτό το αντίδοτο: όσο αυξάνουν οι εύθραυστοι πληθυσμοί σε μια κοινωνία ,τόσο χαλαρώνει η κοινωνική συνοχή και ο δεσμός και αντίστροφα ένας δυνατός κοινωνικός δεσμός προστατεύει ή κάνει ελεγχόμενες τις διαδικασίες του αποκλεισμού .

Το θέμα χρήζει ιδιαίτερης προσοχής .Για παράδειγμα ,τι μπορεί να προσφέρει μια οικογένεια στον νέο ενήλικο άνεργο ,με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ,χωρίς στέγη ,όταν η ίδια η οικογένεια αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα τα οποία την καθιστούν ανίκανη να κρατήσει το μέλος αυτό μέσα στους κόλπους της; Η απάντηση δεν είναι δεδομένη και το κυριότερο διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία ,από εποχή σε εποχή και από οικογένεια σε οικογένεια .Άλλο παράδειγμα ,ακόμα πιο ενδεικτικό της σοβαρότητας του προβλήματος νεαρή άγαμη μητέρα ,χωρίς προσωπικά εισοδήματα ,αρνείται να προσφύγει σε κάθε μορφή οικογενειακής βοήθειας ,γνωρίζοντας εκ των προτέρων ότι δεν θα της προσφερθεί «λόγω των διαφορετικών αντιλήψεων» που επικρατούν στην οικογένειά της. Το αποτέλεσμα είναι να γλιστρήσει σε μια διαδικασία αποκλεισμού ,από την οποία πολύ δύσκολα θα μπορέσει να ξεφύγει στα επόμενα χρόνια της ζωής της .

Τα δύο αυτά παραδείγματα φέρνουν στην επιφάνεια τη σημασία που μπορεί να έχει η κατάσταση των κοινωνικών σχέσεων για ένα άτομο σε μια κρίσιμη στιγμή .Το φαινόμενο του αποκλεισμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την κρίση των κοινωνικών δεσμών και δη των οικογενειακών σχέσεων ,με την ανεύρεση των παραγόντων που διαμορφώνουν την κοινωνική συνοχή ,με τα ρήγματα στην κατασκευή των ατομικών και συλλογικών ταυτοτήτων ,με τις διαδικασίες που οδηγούν σε αποκοινωνικοποίησης των ατόμων και των ομάδων .Δεν είναι λίγες οι φορές που για να καταλάβει κανείς τη διαδικασία του αποκλεισμού ,δεν αρκεί η προσέγγιση της οποιαδήποτε μορφής

ανισότητας ,πολύ λιγότερο ακόμη για να εξηγήσει το φαινόμενο μέσα από τα βιώματα της μακροχρόνιας ανεργίας ,της φτώχειας ή της ανυπαρξίας οικονομικών πόρων .Οι έρευνες έδειξαν ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από ολοκληρωτική απουσία οικονομικών πόρων και έλλειψη επαγγελματικής ταυτότητας ,βρίσκονταν πολύ πιο κοντά στην κοινωνία της οποίας ήταν μέλη ,λόγω των ισχυρών κοινωνικών δεσμών που είχαν αναπτύξει ,από άλλα άτομα τα οποία αν είχαν επαφή με κάποιο επαγγελματικό περιβάλλον ,βρίσκονταν στην κυριολεξία στο περιθώριο και σε μια πορεία αποκλεισμού λόγω έλλειψης πλέγματος κοινωνικών σχέσεων να τους στηρίζουν .

Η χαλάρωση του κοινωνικού δεσμού εκφράζεται σε μια πληθώρα διαφορετικών σφαιρών της συλλογικής ζωής ,όπως είναι ο χώρος εργασίας με το τέλος της εργατικής τάξης ,ο χώρος της οικογένειας με τη βαθιά αμφισβήτηση του θεσμού ,ο χώρος της γειτονιάς με το τέλος των εργατικών συνοικιών ,ο χώρος του σχολείου με την αναδιαμόρφωση του παραδοσιακού εκπαιδευτικού συστήματος κ.λπ. Αυτό που κάποτε ονομάζαμε «κοινωνική αλληλεγγύη» και που αποτελούσε τον αόρατο ιστό ο οποίος συνέδεε τα μέλη των κοινωνιών μεταξύ τους ,φαίνεται τις τελευταίες δεκαετίες να έχει δεχτεί ανεπανόρθωτο χτύπημα :οι ατομοκεντρικές κοινωνίες στηρίζονται όλο και περισσότερο πάνω στην αξία και τη δόξα του ατόμου και μέσα από την κρίση που διανύουν οι βασικοί θεσμοί τους διασπάται η κοινωνική συνοχή ,διαρρηγνύεται ο κοινωνικός δεσμός και η διαδικασία της κοινωνικοποίησης υφίσταται διαβρώσεις .Αυτή τη νέα πραγματικότητα ,οι κοινωνίες την αντιμετώπισαν και προς στιγμή φάνηκαν να τη θεραπεύουν μέσα από την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας και της αρχής της αναδιανομής του πλούτου .Έτσι ,οδηγηθήκαμε στο φαινόμενο της ανάπτυξης των κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες στις χώρες όπου τα οικογενειακά και κοινωνικά δίκτυα δεν «προστατεύουν» ,έχουν αναλάβει αυτόν τον ρόλο .

Η διάρρηξη όμως του κοινωνικού δεσμού έχει μια βαθύτερη διάσταση .Το πρόβλημα δεν είναι αυτό του κοινωνικού στιγματισμού εξαιτίας μιας παρέμβασης του κοινωνικού κράτους ή της οικογένειας ως ρυθμιστές της κοινωνικής ζωής και συμπεριφοράς .Με άλλα λόγια ,δεν είναι η κρατική βοήθεια που φαίνεται να αποκλείει από τη συμμετοχή στη διαμόρφωση των κοινωνικών θεσμών και σε κάθε μορφή άσκησης εξουσίας ,αλλά τα ρήγματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του

ατόμου ,αλλιώς κατά την κατασκευή της κοινωνικής του ταυτότητας .Μήπως ο αποκλεισμός ως διαδικασία δεν αναφέρεται πριν από όλα στην ευθραυστοποίηση του ατόμου σαν μονάδα και σαν μέρος ενός συνόλου; Δεν είναι τα αρνητικά βιώματα του μακροχρόνια άνεργου ,της διαζευγμένης γυναίκας ,του εφήβου που απορρίπτεται από το σχολικό του περιβάλλον ,τα οποία υποχρεώνουν σε μια αναδίπλωση του ατόμου στον εαυτό του ,σε μια κοινωνική απομόνωση ή σε μια αποχή από κάθε μορφή συμμετοχής στη ζωή και ανάληψης ευθύνης;

Το πρόβλημα φαίνεται να εντοπίζεται επιφανειακά σε ένα φανταστικό επίπεδο ,αφού μοιάζει να βιώνεται από τα υποκείμενα ως μια «υπέρτατη απειλή»να μη χάσουν τη θέση που κατέχουν στην κοινωνία .Αυτό όμως το πρόβλημα αποκτά μία αντικειμενική και μία πραγματική διάσταση ,από τη στιγμή που «κάτι φαίνεται να μη πηγαίνει καλά»στη ζωή του ατόμου .Αν και επιφανειακά εμφανίζεται ως μια ατομική εμπειρία ,στο βάθος πρόκειται για ένα πρόβλημα συλλογικής τάξης ,αφού έχει άμεση σχέση με τη λειτουργία των θεσμών και του κοινωνικού συστήματος γενικότερα .

Το πρόβλημα της χαλάρωσης και διάρρηξης του κοινωνικού δεσμού εκφράζει άμεσα τη συνθετότητα των σύγχρονων κοινωνιών γιατί πρόκειται για τον κατ'εξοχήν χώρο έκφρασης της ατομικής ιδιαιτερότητας .Τα φαινόμενα πτώσης της γαμηλιότητας και της γονιμότητας και αύξησης των διαζυγίων αποδεικνύουν άμεσα ,κατά τη γνώμη μας ,τη χαλάρωση και εμπεριέχουν στοιχεία διάρρηξης του κοινωνικού δεσμού ,την οποία υφίσταται και η ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια.

ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ)							
Α/Α	ΧΩΡΕΣ	2008	2010	2020	2030	2040	2050
1	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27	5.228.530	5.207.738	5.009.394	4.726.053	4.747.438	4.665.420
2	ΒΕΛΓΙΟ	120.140	121.121	125.367	122.665	124.646	125.671
3	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	669.455	665.526	674.535	625.377	585.655	579.382
4	ΓΑΛΛΙΑ	795.552	790.316	777.189	777.490	800.228	790.199
5	ΙΤΑΛΙΑ	570.913	552.729	487.289	482.739	492.654	468.009
6	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	181.932	177.472	180.591	183.157	170.350	165.311
7	ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5.667	5.703	6.245	6.863	7.038	7.397
8	ΔΑΝΙΑ	64.398	62.427	63.750	66.761	63.424	62.681
9	ΙΡΑΝΔΙΑ	67.672	70.972	73.045	69.038	74.246	75.434
10	ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	756.987	764.255	821.712	800.395	814.470	844.110
11	ΕΛΛΑΔΑ	112.161	110.274	96.130	92.057	96.575	92.742
12	ΙΣΠΑΝΙΑ	500.776	505.255	448.539	421.518	451.865	432.406
13	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	105.587	104.641	94.762	93.533	94.903	91.954
14	ΑΥΣΤΡΙΑ	78.538	78.353	80.573	78.435	77.782	78.980
15	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	59.180	59.593	60.701	56.951	56.130	56.519
16	ΣΟΥΗΔΙΑ	106.994	107.566	117.715	109.336	112.256	117.227
17	ΤΣΕΧΙΑ	106.512	104.502	90.486	77.399	81.994	77.051
18	ΕΣΘΟΝΙΑ	14.956	15.105	13.356	10.898	11.490	10.753
19	ΚΥΠΡΟΣ	9.274	9.792	10.967	10.527	11.398	12.342
20	ΛΕΤΟΝΙΑ	22.425	22.692	19.616	15.248	15.407	14.120
21	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	32.094	32.579	31.312	23.988	22.661	21.845
22	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	99.952	98.575	86.932	76.764	75.827	72.273
23	ΜΑΛΤΑ	3.957	4.029	4.037	3.531	3.349	3.358
24	ΠΟΛΩΝΙΑ	378.805	384.416	340.883	266.924	256.924	241.504
25	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	19.030	19.002	16.850	14.566	15.277	14.650
26	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	54.387	54.493	47.742	38.380	36.717	34.247
27	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	73.602	72.086	58.313	50.243	49.519	44.096
28	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	217.584	214.264	180.757	151.270	144.653	131.159

⁴³ ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Προβλέψεις γονιμότητας(Γεννήσεις)

⁴³ www.eurostat.com

ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (ΘΑΝΑΤΟΙ)							
Α/Α		2008	2010	2020	2030	2040	2050
1	<i>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΤΩΝ 27</i>	4.862.681	4.944.601	5.296.142	5.575.196	6.002.058	6.361.005
2	<i>ΒΕΛΓΙΟ</i>	105.989	107.863	114.268	118.568	130.768	139.474
3	<i>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</i>	840.453	858.680	945.070	991.145	1.017.359	1.087.872
4	<i>ΓΑΛΛΙΑ</i>	536.129	550.300	609.924	646.445	729.802	774.774
5	<i>ΙΤΑΛΙΑ</i>	576.668	593.424	662.049	698.584	743.024	805.611
6	<i>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</i>	138.261	140.792	155.629	177.007	199.819	207.872
7	<i>ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ</i>	3.998	4.112	4.651	5.124	5.956	6.835
8	<i>ΔΑΝΙΑ</i>	55.377	55.051	57.114	63.022	67.237	67.196
9	<i>ΙΡΛΑΝΔΙΑ</i>	29.158	30.129	34.693	40.812	48.338	55.985
10	<i>ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ</i>	587.601	591.831	607.256	642.819	695.009	734.491
11	<i>ΕΛΛΑΔΑ</i>	105.396	109.191	126.499	129.450	137.347	148.323
12	<i>ΙΣΠΑΝΙΑ</i>	406.282	418.009	463.757	497.768	562.780	647.002
13	<i>ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ</i>	103.497	105.940	116.391	122.561	131.929	142.346
14	<i>ΑΥΣΤΡΙΑ</i>	75.900	76.849	81.786	89.451	98.282	109.585
15	<i>ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ</i>	49.536	50.916	56.684	62.719	69.021	67.074
16	<i>ΣΟΥΗΔΙΑ</i>	91.346	91.548	93.305	102.899	111.467	111.985
17	<i>ΤΣΕΧΙΑ</i>	106.365	107.915	113.998	124.409	133.072	130.302
18	<i>ΕΣΘΟΝΙΑ</i>	17.251	17.105	16.514	15.700	15.557	15.421
19	<i>ΚΥΠΡΟΣ</i>	5.573	5.653	6.613	8.073	9.714	11.169
20	<i>ΛΕΤΟΝΙΑ</i>	32.600	32.140	29.892	27.598	26.391	26.050
21	<i>ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ</i>	44.281	44.042	42.642	40.284	39.851	40.860
22	<i>ΟΥΓΓΑΡΙΑ</i>	130.942	129.904	125.694	124.287	125.029	121.376
23	<i>ΜΑΛΤΑ</i>	3.449	3.548	4.087	4.726	5.244	5.222
24	<i>ΠΟΛΩΝΙΑ</i>	375.326	380.962	401.629	420.213	463.199	467.209
25	<i>ΣΛΟΒΕΝΙΑ</i>	18.785	19.473	22.172	23.665	25.760	26.911
26	<i>ΣΛΟΒΑΚΙΑ</i>	53.501	53.698	55.494	60.266	66.622	68.530
27	<i>ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ</i>	111.544	109.545	99.593	94.301	91.993	87.813
28	<i>ΡΟΥΜΑΝΙΑ</i>	257.473	255.981	248.738	243.300	251.488	253.717

⁴⁴ ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Προβλέψεις θνησιμότητας (Θάνατοι)

⁴⁴ www.eurostat.com

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως αναφορά τις δημογραφικές μεταβολές της ΕΕ συμπεραίνουμε ότι :

Πρώτον ,τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, η απότομη μείωση της γονιμότητας και η διατήρηση της σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα οδήγησε σε σημαντική συρρίκνωση του αριθμού των νέων στην Ε.Ε. (περίπου 24%). Οι ασθενείς προοπτικές για σημαντική ανάκαμψη της γονιμότητας τα επόμενα χρόνια δημιουργούν αναμφίβολα τις συνθήκες για περαιτέρω συρρίκνωση του αριθμού των ατόμων ηλικίας 0-14 . (βλ. πίνακα 3 ,σελίδα 41)

Δεύτερον ,τις επόμενες δεκαετίες ,οι χώρες της Ε.Ε. θα γνωρίσουν σημαντικές αλλαγές του δημογραφικού πλαισίου που συνδέεται με τη λειτουργία της αγοράς εργασίας .Ήδη σε πολλές από τις χώρες αυτές από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 ,ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας αυξάνεται με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με το παρελθόν .Η επιβράδυνση αυτή θα συνεχιστεί και στο μέλλον ,με αποτέλεσμα το εν δυνάμει εργατικό δυναμικό να παύσει να αυξάνει και σταδιακά να μειώνεται .Στο σύνολο της Ε.Ε. ο πληθυσμός ηλικίας 15-65 ετών αργά ή γρήγορα θα παρουσιάσει κάμψη ,η οποία μάλιστα στην περίπτωση του χαμηλού και του βασικού σεναρίου θα είναι ιδιαίτερα σημαντική (-16% και -27% αντίστοιχα) από σήμερα έως το 2050 . (βλ. πίνακα 4,5,6 , σελίδα 44,45,46 αντίστοιχα)

Τρίτον ,το γεγονός ότι οι νέες γενιές οι οποίες θα εισέρχονται στον πληθυσμό ηλικίας εργασίας θα είναι μικρότερες αριθμητικά από γενιές των ατόμων υψηλής ηλικίας τα οποία θα αποχωρούν από την αγορά εργασίας οδηγεί σταδιακά σε στασιμότητα και συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας .Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα κυρίως των μεταβολών της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων τα τελευταία 50 χρόνια . (βλ. πίνακα 11,15 ,σελίδα 62,70 αντίστοιχα)

Τέταρτο ,η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και η γήρανση του συνολικού πληθυσμού μέσω μιας μακροχρόνιας πορείας συρρίκνωσης της θνησιμότητας και μείωσης της γονιμότητας , οδήγησε αναπόφευκτα σε γήρανση της πυραμίδας του πληθυσμού των κρατών-μελών της ΕΕ . (βλ. πίνακα 7 ,σελίδα 51)

Πέμπτο ,η υπογεννητικότητα και οι νέες μορφές συμβίωσης επηρεάζουν αρνητικά τη γονιμότητα .Το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης στην ΕΕ συνδέεται άμεσα με τη γονιμότητα και επιμέρους με τη γαμηλιότητα και τα διαζύγια .Συμπεραίνουμε ότι η αύξηση των διαζυγίων ,η μείωση των γάμων και κατ' επέκταση η μείωση της γονιμότητας ,αυξάνει τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στην ΕΕ . (βλ. πίνακα 12,14 ,σελίδα 63,65 αντίστοιχα)

Τα παραπάνω δημογραφικά συμπεράσματα οφείλονται της αλληλεπίδρασης της Ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής ,του Ευρωπαϊκού συστήματος υγείας και του πληθυσμού των κρατών-μελών της ΕΕ .

Αν και η δημιουργία πλούτου είναι απαραίτητη για την κοινωνική πρόοδο, αυτή δεν μπορεί να βασιστεί μόνον στην ανταγωνιστικότητα των οικονομιών. Πρέπει επίσης ,να βασίζεται στην αποτελεσματικότητα της ευρωπαϊκής κοινωνίας στο σύνολο της, η οποία, με τη σειρά της, πρέπει να στηρίζεται σε έναν ενεργό πληθυσμό μορφωμένο, ευπροσάρμοστο και έχοντα ενδιαφέροντα. Η οικονομική και κοινωνική πρόοδος πρέπει, επομένως, να συμβαδίζουν για να διατηρήσουν τις κοινές αξίες, οι οποίες αποτελούν τη βάση του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου. Αυτές περιλαμβάνουν την οικονομία της αγοράς, τη δημοκρατία, τον πλουραλισμό, τον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου, την ελευθερία του συνδικαλισμού, την ισότητα των ευκαιριών για όλους, την κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο πρέπει να προσαρμόζεται συνεχώς για να εξασφαλίζεται η μακροχρόνια βιωσιμότητα του παρά τη γήρανση του πληθυσμού, η οικονομική αποδοτικότητα της εργασίας, η προαγωγή της κοινωνικής ένταξης και η ισότητα των φύλων και η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.⁴⁵

⁴⁵ Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2005, σελ.207

Εμείς εξετάζουμε τις παραμέτρους της κοινωνικής ασφάλισης των εργαζομένων ,της απασχολισιμότητας ,της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας ως προπύργια για την κοινωνικοοικονομική ευημερία των κρατών-μελών της ΕΕ .Κατ 'επέκταση θεωρούμε ότι οι δημογραφικές μεταβολές προκύπτουν από την επίδραση της κοινωνικής πολιτικής που ασκείται στην ΕΕ μέσα από το σύστημα υγείας .Συνεπώς ,λαμβάνουμε σοβαρά υπόψη τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ συμπεριλαμβανομένου και της κοινωνικής ασφάλισης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη .

Από την ανάλυση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των κρατών-μελών της ΕΕ συμπεραίνουμε ότι :⁴⁶

Πρώτον ,η δημογραφική γήρανση συνδέεται με ζητήματα διάρθρωσης της αγοράς εργασίας και της απασχόλησης και προκαλεί ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες .Κατά την τελευταία δεκαετία ήταν εξαιρετικά περιορισμένη η επίπτωση του δημογραφικού συντελεστή (δηλαδή της αυξητικής τάσης του ποσοστού των ηλικιών άνω των 65 ετών στον πληθυσμό) στον όγκο της κατανάλωσης προϊόντων υγείας .⁴⁷

Δεύτερον ,η επίπτωση των εξελίξεων στην αγορά εργασίας ,δηλαδή η μείωση του ποσοστού ανεργίας και η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής (επομένως η αύξηση της απασχόλησης ως ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας) ,είχαν ευνοϊκή επίπτωση στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των κρατών-μελών της ΕΕ .⁴⁸

⁴⁶ (βλ. σελίδα 23-25, κεφάλαιο:4)

⁴⁷ HYDE M. ,JACUB H. ,MELCHIOR M. ,VAN OORT F. ,WEYERS S. (2006) , “ Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies “ ,Journal of epidemiology and community health ,σελ. 138

⁴⁸ BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)”Is health care really a luxury?“ , Journal of health economics ,σελ. 86

Τρίτον ,το σύνολο της αλματώδους αύξησης του όγκου της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας κατά την ίδια περίοδο μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του συντελεστή καταναλωτικών προτύπων .Για λόγους τεχνολογικούς ,πολιτισμικούς ,οικονομικούς ,κοινωνικούς ή άλλους ,ο όγκος των προϊόντων υγείας που καταναλώνεται από τις παραγωγικές ηλικίες ανά άτομο αυξάνεται ταχύτερα από την παραγωγικότητα της εργασίας .Η αύξηση του συντελεστή αυτού είναι εύλογο να θεωρηθεί ότι αποτελεί μέτρο των αλλαγών στις καταναλωτικές συνήθειες του πληθυσμού .Οι συνήθειες αυτές δεν καθορίζονται αυτόνομα αλλά ετεροκαθορίζονται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της ιδιόμορφης λειτουργίας των αγορών υγείας (ασύμμετρη πληροφόρηση ιατρών και ασθενών ,προκαλούμενη από τους ιατρούς ζήτηση ,μείωση της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών χάρη στα ασφαλιστικά ταμεία) .⁴⁹

Τέταρτο ,ο συντελεστής τιμών είχε πολύ μεγάλη σημασία για την αύξηση των δαπανών υγείας ,διότι επέτρεψε την αύξηση του όγκου της κατανάλωσης κυρίως μέσω της ανάληψης ενός μεγάλου μέρους του κόστους από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και δευτερευόντως διαμέσου της μείωσης των τιμών των εγχώριων ή των εισαγόμενων προϊόντων υγείας σε κάθε κράτος-μέλος της ΕΕ .⁵⁰

Καθώς αναπτύσσεται η διαδικασία της ιδιωτικοποίησης ,ο αρχικός πολιτικός στόχος της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους Ευρωπαίους πολίτες ,απαξιώνεται και αντικαθίσταται από τον στόχο της συγκρότησης ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας που λειτουργεί με τους «νόμους της αγοράς» ,δηλαδή της κεφαλαιοκρατικής οικονομίας .Με άλλα λόγια ,οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να μετατρέπουν ,στον βαθμό που συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημοσίων δαπανών ,από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα .⁵¹

⁴⁹ BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)“Is health care really a luxury?” , Journal of health economics ,σελ. 95

⁵⁰ BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)“Is health care really a luxury?” , Journal of health economics ,σελ. 112

⁵¹ Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003 ,σελ.139

Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα ,τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος θα αντιμετωπίσουν σοβαρές δυσκολίες που θα προστεθούν σε όσες ήδη αντιμετωπίζουν λόγω της μακροχρόνιας αναδιανομής του εισοδήματος που πραγματοποιείται σε βάρος των εισοδηματικά ασθενέστερων τάξεων .⁵²

Τα προβλήματα αυτά δεν επηρεάζουν άμεσα τις δημογραφικές εξελίξεις στην ΕΕ .Τόσο η γονιμότητα ,η θνησιμότητα ,η υπογεννητικότητα ,ο ενεργός πληθυσμός ,όσο και η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζονται αρνητικά από την ανεργία ,την ελλιπή κοινωνική ασφάλιση και το χαμηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας ,δημιουργώντας ταυτόχρονα κοινωνικές ανισότητες .Τέλος ,παρατηρούμε ότι αυτές οι κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στα κράτη-μέλη του Νότου και σε μικρότερο στον ευρωπαϊκό Βορρά .⁵³

Ο δημογραφικός παράγοντας απασχολεί τις πολιτικές των κυβερνήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο τα τελευταία χρόνια. Αποτελεί έναν πολυσυζητημένο παράγοντα που όσο και αν έχει ερευνηθεί ,αποτελεί ακόμη έναν απροσδόκητο χώρο ο οποίος παρεμβαίνει σε όλους τους κοινωνικούς τομείς και τους μεταλλάσσει .Ιδιαίτερα ,η διερεύνηση των επιδράσεων των δημογραφικών εξελίξεων μιας κοινωνίας στα φαινόμενα της κοινωνικής παθολογίας και της κοινωνικής συνοχής είναι ένας προσοδοφόρος και γόνιμος μελλοντικός ερευνητικός χώρος .

⁵² Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003 ,σελ.141

⁵³ Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003 ,σελ.142

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ «Π.Δ. Δάγτογλου ,Η νέα Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας , Εκδόσεις Σακκούλα ,1994
- ❖ Θ.Σακελλαρόπουλος ,Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,1993
- ❖ Θ.Σακελλαρόπουλος, Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την εποχή της Παγκοσμιοποίησης , Εκδόσεις Κριτική Επιστημονική Βιβλιογραφία ,2001
- ❖ Η.Νικολακοπούλου- Στεφάνου ,Η Κοινωνική Ευρώπη, Ελλείμματα και Προοπτικές , Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 2002
- ❖ Flynn ,Πράσινο Βιβλίο, για την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική» , 1993
- ❖ Ιωάννης Ν. Βλάσσης, σημειώσεις από το μάθημα «Συστήματα Υγείας», κεφάλαιο 1: Σύστημα Υγείας, Γενικός Ορισμός, Βασικά Χαρακτηριστικά, Αθήνα-Ιανουάριος 2006
- ❖ «Η κοινωνική προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Πολιτική ,1995
- ❖ Νίκος Σ. Μούσης ,Ευρωπαϊκή Ένωση (δίκαιο ,οικονομία, πολιτική) ,Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα 2005
- ❖ «Η Συνθήκη του Maastricht» , Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 1993
- ❖ Μπαγκαβός Χρήστος , Δημογραφικές Μεταβολές ,Αγορά Εργασίας και Συντάξεις ,Αθήνα 2003
- ❖ Χ. Μπαγκαβός – Α.Μουσιδής, Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21^{ου} αιώνα», (Εξελίξεις ,επιπτώσεις ,πολιτικές) ,Αθήνα 2004

- ❖ ΕΣΥΕ, Έκθεση Προόδου για τις Δημογραφικές Προβολές ,Ομάδα Εργασίας για τις Δημογραφικές Προβολές ,Αθήνα 2000
- ❖ ARTHUR W.B. ,ESPENSHADE T. and L.BOUVIER, Immigration and the stable population model Demography , 1982
- ❖ Γλύτσος Ν., Επιπτώσεις της δημογραφικής επιδείνωσης στην αγορά εργασίας , Αθήνα 1998
- ❖ Τεπερόγλου Α., Οικογένεια ,γάμος ,θεσμοί , 1999
- ❖ Τούντας Γιάννης ,Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000
- ❖ Παπαηλίας Θεόδωρος, Παραδόσεις Πολιτικής Οικονομίας Μέρος Α' , Αθήνα 2006
- ❖ Πολύζος Ν., «Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.G.S.), Τ.Υ.Π.Ε.Τ., ΑΘΗΝΑ 1999
- ❖ BRENDAN HENSEY, “The health services of Ireland”, Institute of public administration, Dublin 1979
- ❖ HYDE M. ,JACUB H. ,MELCHIOR M. ,VAN OORT F. ,WEYERS S. (2006) , “ Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies “ ,Journal of epidemiology and community health
- ❖ CASE A. ,FERTIG A. ,PAXSON C.(2005) ,”The lasting impact of childhood health and circumstance” ,Journal of health economics
- ❖ BLOMQVIST A.G. ,CARTER R.A.L. ,(1997)”Is health care really a luxury?” , Journal of health economics

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ EUROSTAT
- ❖ OSD
- ❖ AMF
- ❖ GOOGLE-WIKIPEDIA
- ❖ ΟΗΕ
- ❖ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΤΡΑΠΕΖΑ

ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE (ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ)

<http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf>

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΣΠΑΝΙΑΣ (*MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – MSC*)

<http://www.msc.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBRO-BAJA-INGLES.PDF>

BIBΛΙΟΘΗΚΗ ARCHIVES.GR

<http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95>

EUROPEAN OBSERVATORY

<http://www.euro.who.int/Document/E90059.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e67498.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e72454.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E89491.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e72787.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E88669.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E85255.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E86823.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E85516.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e72467.pdf>
<http://www.euro.who.int/Document/E69920.pdf>

OECD

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/48/29878719.pdf>

EURORA

http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/hungary/index_el.htm

http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/malta/index_el.htm

http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/slovenia/index_el.htm

WORLD HEALTH ORGANIZATION

<http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhire/system/20050131_1

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΡΙΣΜΟΙ

Baby-boom

Η ανάκαμψη της γονιμότητας την πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1945-1965), γνωστή και ως περίοδος του *baby-boom*, αποτέλεσε μια αναπάντεχη εξέλιξη για τις περισσότερες χώρες της Ε.Ε.

Baby-bust

Είναι η περίοδος μετά το 1965 ,όπου παρατηρείται απότομη μείωση της γονιμότητας και στη συνέχεια διατήρησης της σε χαμηλά επίπεδα .

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΩΝ