



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ & ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ & ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΡΩΝ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ

ΕΕ

ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ»

ΣΑΚΚΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΜΑΕ 17034

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2019

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίστηκε από τη ΓΣΕΣ του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμ. .... συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Αναλογιστική Επιστήμη & Διοικητική Κινδύνου».

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- ο Καθηγητής κος Κλ. Τσίμπος (Επιβλέπων)
- ο Καθηγητής κος Χ. Αγιάκογλου
- ο Αναπληρωτής Καθηγητής κος Β. Σεβρόγλου

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμών του συγγραφέα.



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**DEPARTMENT OF STATISTICS AND INSURANCE SCIENCE**

**POSTGRADUATE PROGRAM**

**«ACTUARIAL SCIENCE AND RISK MANAGEMENT»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ANALYSIS OF DEPRIVATION DATA AND MEASURES AND  
CONNECTION TO SOCIAL FACTORS AND HEALTH RELATED  
ISSUES IN EU»**

**SAKKAS STAVROS**

**MAE 17034**

**PIRAEUS,**

**AUGUST 2019**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αναλογιστικής Επιστήμης & Διοικητικής Κινδύνου», του Τμήματος Στατιστικής & Ασφαλιστικής Επιστήμης.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Κο Τσίμπο Κλέωνος, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε και την άψογη καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους του καθηγητές που μας δίδαξαν κατά τη διάρκεια της φοίτησης μου στο μεταπτυχιακό αυτό πρόγραμμα για την άρτια κατάρτιση που φρόντισαν να μας δώσουν.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που μου συμπαραστάθηκαν καθ' όλη την πορεία της φοίτησής μου και για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην καθημερινή ζωή η "φτώχεια" ορίζεται ως η αδυναμία απόκτησης ενός αξιοπρεπούς τρόπου ζωής. Έτσι, η έλλειψη ενός στοιχειώδους επιπέδου διατροφής, ένδυσης και στέγασης είναι ένα προφανές μέτρο.

Ωστόσο, το τι θεωρείται επαρκές και τι θεωρείται αναγκαίο είναι διαφορετικό ανάλογα με την εποχή και την κοινωνία και υπό αυτή την έννοια η φτώχεια είναι σχετική. Πιο συγκεκριμένα, η φτώχεια ορίζεται σε σχέση με το μέσο (median) εισόδημα της χώρας.

Έτσι, το όριο της φτώχειας ορίζεται στο 60% του μέσου εισοδήματος. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι που έχουν εισόδημα λιγότερο από το 60% του μέσου εισοδήματος της χώρας τους, κινδυνεύουν να ανήκουν στην κατηγορία των φτωχών.

Σύμφωνα με στοιχεία της ευρωπαϊκής ένωσης, σχεδόν 84 εκατομμύρια ευρωπαίοι ζουν στα όρια της φτώχειας, γεγονός που συνεπάγεται σωρεία προβλημάτων για τους ίδιους αλλά και για το κοινωνικό σύνολο.

Η φτώχεια δημιουργεί στους ανθρώπους συναισθήματα ανασφάλειας και επιβλαβών καταστάσεων όσον αφορά την υγεία, καθώς δυσκολεύονται να καλύψουν βασικές βιοτικές ανάγκες, ενώ παράλληλα είναι αναγκασμένοι να ακολουθούν συγκεκριμένο τρόπο ζωής, ο οποίος συνήθως οδηγεί σε αρνητικά φαινόμενα.

Σκοπός και στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει και να αναλύσει τις επιπτώσεις της φτώχειας σε συνάρτηση με τους δείκτες υγείας και τους κοινωνικούς παράγοντες.

Η φτώχεια είναι ένα παγκόσμιο κοινωνικό πρόβλημα που ζητά λύση.

Μέσω και της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων παρατηρήθηκε ότι τα σημαντικότερα ευρήματα έχουν να κάνουν με την ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο χαμηλότερο και τον υψηλότερο μέσο εισόδημα στην κάθε χώρα, και παρατηρείται ότι το 50% του πληθυσμού έχει αρνητική κατάσταση υγείας και ένα σημαντικό ποσοστό πάσχει και από κατάθλιψη.

Σκοπός είναι να παρουσιαστούν όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία και να δοθεί το έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση αυτού του φαινομένου.

## SUMMARY

In everyday life, "poverty" is defined as the inability to obtain a decent lifestyle. Therefore, the lack of basic levels of nutrition, clothing and housing is an obvious measure.

However, what is considered adequate, what is needed is different depending on the time and society, and in this sense, poverty is relative. More specifically, poverty is defined in relation to the country's median income.

Thus, the poverty line is set at 60% of the average income. In other words, people who earn less than 60% of their country's average income risk falling into the category of poor.

According to European Union data, nearly 84 million Europeans live on the edge of poverty, which raises a number of problems for themselves and for the community as a whole.

Poverty creates people with feelings of insecurity and harmful health conditions, as they find it difficult to meet basic living needs while having to live a specific lifestyle, which usually leads to negative phenomena.

The purpose and purpose of this work is to highlight and analyze the impact of poverty on health indicators and social factors.

Poverty is a global social problem that demands a solution.

Through statistical analysis of the data it was observed that the most important findings have to do with the very large difference between the lowest and highest average income in each country, and it is observed that 50% of the population is in poor health and a significant proportion is suffering and from depression.

The aim is to present as much evidence as possible and to initiate further investigation of this phenomenon.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη .....	5
Abstract.....	6
Περιεχόμενα .....	7
Κατάλογος Πινάκων .....	8
Κατάλογος Σχημάτων .....	9
Κεφάλαιο 1.	
Εισαγωγή .....	10
Κεφάλαιο 2.	
2.1 Φτώχεια: εννοιολογικό πλαίσιο .....	12
2.2 Μέτρηση φτώχειας .....	15
Κεφάλαιο 3. Εισοδηματικές ανισότητες .....	
3.1 Εισαγωγικές έννοιες .....	22
3.2 Μέτρα Ανισότητας .....	23
3.3 Αιτίες της Εισοδηματικής Ανισότητας .....	28
Κεφάλαιο 4. Υγεία: εννοιολογικό πλαίσιο και διαθεσιμότητα και αξιοπιστία δεδομένων .....	
4.1 Έννοιες και ορισμοί.....	37
4.2 Κατηγορίες Δεικτών Υγείας .....	37
4.3 Πηγές δεδομένων Υγείας.....	39
4.4 Προσδιοριστικοί Παράγοντες.....	40
4.5 Η έρευνα SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe).....	49
Κεφάλαιο 5.	
5.1 Οικονομική κατάσταση και Υγεία.....	59
5.2 Επαγγελματική κατάσταση και Υγεία .....	60
5.3 Ανεργία και Υγεία .....	60
5.4 Εργασιακά Χαρακτηριστικά και Υγεία .....	61
5.5 Εκπαίδευση και Υγεία .....	61
5.6 Σχέσεις μεταξύ Φτώχειας, Κοινωνικοοικονομικών Ανισοτήτων και Υγείας .....	62
Κεφάλαιο 6.	
Δεδομένα παρούσα εργασίας και μεθοδολογική προσέγγιση.....	64
Κεφάλαιο 7.	

Ανάλυση δεδομένων.....	69
Κεφάλαιο 8.	
Συμπεράσματα.....	80

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1.</b> Δείκτες GINI για όλες τις χώρες της ΕΕ-15 και ΕΕ-27 .....	22
<b>Πίνακας 2.</b> Παράθεση όλων των δειγμάτων του 1 <sup>ου</sup> κύματος κατά το 2004-05 (έκδοση 2.0.1) ανά χώρα, φύλο και ηλικία.....	39
<b>Πίνακας 3.</b> Παράθεση όλων των δειγμάτων του 2 <sup>ου</sup> κύματος κατά το 2006-07 (έκδοση 1.0.1) ανά χώρα, φύλο και ηλικία.....	41
<b>Πίνακας 4.</b> Παράθεση όλων των μακροσκοπικών (Longtu dinal) δειγμάτων (από τον Δεκέμβριο του 2008), ανά χώρα, φύλο και ηλικία.....	41
<b>Πίνακας 5.</b> Πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά τα κύματα 1,2 και 4 της έρευνας SHARE .....	43
<b>Πίνακας 6.</b> Φυσικές Μετρήσεις και Βιολογικοί Δείκτες κατά τα 4 κύματα της έρευνας SHARE.....	44
<b>Πίνακας 7.</b> Μέτρα Περιγραφικής Στατιστικής του εισοδήματος ανά χώρα .....	52
<b>Πίνακας 8.</b> Μέτρα Περιγραφικής Στατιστικής των περιουσιακών στοιχείων ανά χώρα...53	
<b>Πίνακας 9.</b> Κατανομή του δείγματος κατά φύλο ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα...54	
<b>Πίνακας 10.</b> Κατανομή του δείγματος κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα.....	55
<b>Πίνακας 11.</b> Κατανομή του δείγματος κατά περιπτώσεων κατάθλιψης .....	55
<b>Πίνακας 12.</b> Κατανομή του δείγματος με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις .....	55
<b>Πίνακας 13.</b> Κατανομή του δείγματος κατά κατηγορία του δείκτη GALI ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα.....	56



<b>Πίνακας 14.</b> Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την eurodcat (ψυχική υγεία).....	57
<b>Πίνακας 15.</b> Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την chronic2 (χρόνιες παθήσεις).....	59

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<b>Σχήμα 1.</b> Οι Μεγάλοι Πέντε Παράγοντες της Φτώχειας.....	13
<b>Σχήμα 2.</b> Gini Coefficient.....	26
<b>Σχήμα 3.</b> Δείκτης Gini για όλες τις χώρες της ΕΕ-15 και ΕΕ-27 .....	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη έμφαση στη μελέτη του φαινομένου της φτώχειας σε σχέση με την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση καθώς και στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών. Ολοένα και περισσότερες έρευνες, κυρίως Ευρωπαϊκού χαρακτήρα, πραγματοποιούνται και συλλέγουν δεδομένα για την ανάλυση της ποιότητας ζωής και των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού. Μια τέτοιου είδους έρευνα είναι το SHARE, η οποία είναι πανευρωπαϊκού επιπέδου και έχει ως στόχο τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων που σχετίζονται με την υγεία με σκοπό τη μελέτη οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων καθώς και της υγείας μεταξύ των ατόμων αυτών.

Το SHARE επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω της διεξαγωγής ερευνών αναφορικά με τις καταστάσεις, τις συμπεριφορές και τις προτιμήσεις που παρατηρούνται στο δεύτερο ήμισυ της ζωής καθώς και τις επιπτώσεις της πληθυσμιακής γήρανσης.

Στις σημερινές κοινωνίες, η φτώχεια του πληθυσμού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα λόγω της οικονομικής κρίσης που ταλανίζει τις χώρες της Ευρώπης (και όχι μόνο). Καθώς υπάρχει ποσοστό του πληθυσμού που όλο και δυσχεραίνει η οικονομική του κατάσταση, παρατηρείται φθορά του οργανισμού όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του και αύξηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα σε δραστηριότητες. Σε συνδυασμό με την κοινωνική και οικονομική κατάσταση του πληθυσμού αποτελούν πηγή έρευνας για τις συνθήκες διαβίωσης καθώς και για τα μέτρα που πρέπει να λάβει κάθε χώρα προς αποφυγήν υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού της.

Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου κρίνεται κυρίως από δύο διαστάσεις: την αντικειμενική, δηλαδή ο γιατρός κρίνει αν ένα άτομο είναι υγιές ή ασθενές μέσω κάποιων εξετάσεων και τη σοβαρότητα της νόσου που μπορεί να έχει, και την υποκειμενική, δηλαδή την προσωπική εκτίμηση της νοσηρότητας των ατόμων κυρίως μέσω κάποιων ψυχολογικών παραγόντων (κατάθλιψη, μοναξιά, κοινωνική απομάκρυνση κ.α.) καθώς και κινητικών και νοητικών ανικανοτήτων.

Από την άλλη μεριά, η φτώχεια παίζει σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό της κοινωνικής πολιτικής. Στις αναπτυγμένες χώρες, χαρακτηρίζεται συνήθως ως η κατάσταση

στην οποία ένα άτομο δεν είναι διαθέσιμο να συμμετέχει πλήρως σε κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες όπως η ζωή στο κοινωνικό σύνολο. Ορίζεται δηλαδή, ως η οικονομική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη επαρκών πόρων για την ικανοποίηση βασικών αναγκών. Οι βασικές ανάγκες κοινωνικής ευημερίας ενός ατόμου δεν είναι μόνο τα υλικά αγαθά της αγοράς αλλά και η καλή κατάσταση υγείας, η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες, στις υπηρεσίες φροντίδας, στις αστικές συγκοινωνίες, στα κοινωνικά δίκτυα καθώς και σε άλλες μη εμφανείς δραστηριότητες.

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα της παγκόσμιας πολιτικής είναι η μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η συνεχιζόμενη άνοδος του προσδόκιμου χρόνου ζωής σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα αυξάνει τον αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων εξαρτάται από τη νοσηρότητα (υποκειμενική και αντικειμενική) καθώς και από το εισόδημα (ατομικό εισόδημα και εισόδημα νοικοκυριού). Χρησιμοποιώντας κάποιους δείκτες, το πρόγραμμα SHARE μπορεί να ελέγξει και να συγκρίνει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την διασύνδεση των δεικτών φτώχειας με δείκτες της υγείας και τους κοινωνικούς παράγοντες. Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από το 6<sup>ο</sup> κύμα του ερευνητικού προγράμματος SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) και για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιούνται οικονομικές μεταβλητές, μεταβλητές υγείας καθώς και δημογραφικές μεταβλητές.

Η δομή της εργασίας είναι ως εξής:

Αρχικά γίνεται αναφορά στο φαινόμενο της φτώχειας και στο εννοιολογικό της πλαίσιο. Αναλύονται τα μέτρα φτώχειας και οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την ανάλυσή της. Καθορίζονται οι εισοδηματικές ανισότητες που προκύπτουν σε μία κοινωνία. Ακολουθεί η περιγραφή του όρου υγείας και η ανάλυση των δεδομένων που παράγονται μέσω αυτής. Εκτενή αναφορά γίνεται και στην έρευνα SHARE. Τα δύο τελευταία μεθοδολογικά πλαίσια αποτελούν τα κύρια ζητήματα της εργασίας. Εισάγονται οι μεταβλητές και γίνεται μια πρώτη περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Στη συνέχεια, εφαρμόζονται μοντέλα Λογιστικής Παλινδρόμησης δίνονται κάποια γενικά συμπεράσματα για τους δείκτες φτώχειας, τους κοινωνικούς παράγοντες και τις μεταβλητές υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΦΤΩΧΕΙΑ

### 2.1 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Χρησιμοποιώντας τον όρο φτώχεια αναφερόμαστε σε εκείνη την κατάσταση που οδηγεί σε στέρηση των βασικών αγαθών ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών διαβίωσης. Το όριο που τίθεται ώστε να θεωρείται ένα άτομο φτωχό δεν είναι κάτι σταθερό και διαφέρει από χώρα σε χώρα αλλά και από περίοδο σε περίοδο.

Το φαινόμενο αυτό έχει μία πολυδιάστατη οπτική, που αποτελείται από ποσοτική αλλά και ποιοτική διάσταση. Η ανάλυση του μπορεί να συμβεί τόσο σε αμιγώς χρηματοοικονομικά μεγέθη (π.χ. εισόδημα) όσο και σε σχέση με την πρόσβαση στα βασικά αγαθά.

Επικρατεί ένας προβληματισμός με τον ποσοτικό προσδιορισμό αυτής της έννοιας και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένων κοινωνικών ερευνών.

Συγκεκριμένα, η ποσοτική διάσταση της φτώχειας έχει να κάνει με την οικονομική κατάσταση που έχει ως χαρακτηριστικά την έλλειψη επαρκών πόρων για την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών επιβίωσης. Από την άλλη, η ποιοτική διάσταση έχει να κάνει με την έλλειψη ικανότητας πρόσβασης στα βασικά κοινωνικοπολιτικά και επαγγελματικά δρώμενα της κοινωνίας που ζει.

Έτσι παρατηρούμε ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι ορισμού της έννοιας της φτώχειας. Το όριο, που αναφέραμε και παραπάνω, καθορίζεται από τις ελάχιστες απαραίτητες ανάγκες της εκάστοτε κοινωνίας. Αυτό είχε επισημάνει και ο Adam Smith, στο Wealth of Nations το 1776 περί σχετικότητας της έννοιας της στέρησης.

Η εμπειρική και στατιστική διερεύνηση του φαινομένου αυτού και των λεπτομερειών της, έρχονται σε αντίθεση με προβλήματα μεθοδολογίας που εμφανίζονται κατά τον ορισμό της έννοιας της και το πως γίνεται η μέτρησή της.

Ιστορικά, παρατηρείται ένα συγκεκριμένο εύρος αιτιών, από τις οποίες οι κυριότερες είναι ο πόλεμος, η κατάκτηση και η αποικιοκρατία.

Επίσης, ο Μπάρτλ το 2007 κάνει αναφορά σε παράγοντες της φτώχειας ως ένα κοινωνικό πρόβλημα. Οι παράγοντες αυτοί, κατά την δικιά του άποψη, είναι η αμάθεια, η

αρρώστια, η απάθεια, η ανεντιμότητα και η εξάρτηση. Αυτοί οι παράγοντες, σαφώς και είναι σε θέση να δημιουργήσουν με τη σειρά τους σε κοινωνικά προβλήματα συναρτήσει της φτώχειας για τη διαίωσή της. Μπορούν να συμβάλλουν στην έλλειψη δεξιοτήτων, στη συστηματική αποχή, στην έλλειψη κεφαλαίου κ.α

Σχήμα 1: Οι Μεγάλοι Πέντε Παράγοντες της Φτώχειας



Πηγή: <http://cec.vcn.bc.ca/mpfc/modules/emp-povg.htm>

### Βασικές Μορφές Φτώχειας

Αρχικά, οφείλουμε να προβούμε στην επισήμανση ότι υπάρχουν κατηγορίες πληθυσμού που είναι πιο ευάλωτες στον κίνδυνο της φτώχειας από άλλες. Τέτοιες κατηγορίες αποτελούν, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, καθώς και τα άτομα με αναπηρία.

Η φτώχεια μπορεί να χωριστεί στις κάτωθι μορφές:

➤ **Ακραία ή Απόλυτη φτώχεια:** ορίζεται ως εκείνη η κατάσταση κατά την οποία το άτομο δε μπορεί να εξασφαλίσει τα βασικά προς επιβίωση (έλλειψη νερού – φαγητού – στέγης – ρουχισμού) και παλεύουν να μείνουν ζωντανοί. Η μορφή αυτή παρατηρείται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά μπορεί να συμβαίνει και σε ορισμένες μειονότητες ακόμα και σε ανεπτυγμένες χώρες (άστεγοι – Ρομά).

Τα Ηνωμένα Έθνη έχουν ως στόχο την εξάλειψη της ακραίας φτώχειας που τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό.

Ο προσδιορισμός αυτού του δείκτη παρουσιάζει ένα αρκετά σημαντικό πρόβλημα. Το πρόβλημα είναι ο προσδιορισμός των κριτηρίων που θα οριστούν για τη διερεύνηση της

ποιότητας και ποσότητας κάθε είδους. Τα όρια που χρησιμοποιούνται χαρακτηρίζονται από αυθαιρεσία.

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή καθορίζεται (Υφαντόπουλος 2001, σ. 318):

1. Το φάσμα των αγαθών και υπηρεσιών που κρίνεται απαραίτητο για τη στοιχειώδη διαβίωση του νοικοκυριού.
2. Εφόσον έχει καθοριστεί ο απαραίτητος όγκος αγαθών και υπηρεσιών, στη συνέχεια συλλέγονται οι απαραίτητες τιμές με την πλέον δυνατή και αντιπροσωπευτική διάρθρωση ανά αγαθό και υπηρεσία.
3. Το γινόμενο του όγκου και των τιμών αυτών καθορίζει το κόστος.
4. Το συνολικό άθροισμα των γινομένων αυτών καθορίζει το πλέον απαραίτητο συνολικό κόστος ή τον προϋπολογισμό που οφείλει να έχει στην κατοχή το νοικοκυριό για την αντιμετώπιση των βασικών αναγκών.

Ωστόσο, η πιο συνήθης μορφή που εμφανίζεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι αυτή της σχετικής φτώχειας.

➤ **Σχετική φτώχεια:** ορίζεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία είναι αρκετά χαμηλότερο από το βιοτικό επίπεδο που επικρατεί στη χώρα που ζει. Προσπαθούν να τα βγάλουν πέρα με τα προς το ζην και να κατορθώσουν να αποτελούν μέρος ως φυσιολογικό κομμάτι της κοινωνίας.

Αν και είναι συγκριτικά καλύτερη από την ακραία φτώχεια, δεν παύει να αποτελεί ένα σημαντικό επιβλαβές ποσοστό επί του συνόλου.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση και συγκεκριμένα με την Διαδικασία Κοινωνικής Ένταξης, ως επίσημος ορισμός που δίνεται είναι ο εξής:

«Οι άνθρωποι θεωρείται ότι ζουν σε συνθήκες φτώχειας αν το εισόδημα και οι πόροι τους είναι τόσο ανεπαρκής, ώστε δε τους επιτρέπεται να έχουν ένα επίπεδο διαβίωσης αποδεκτό από την κοινωνία στην οποία ζουν. Εξαιτίας της φτώχειας τους, μπορεί να υφίστανται πολλαπλά μειονεκτήματα μέσω της ανεργίας, του χαμηλού εισοδήματος, των κακών συνθηκών στέγασης, της έλλειψης υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και φραγμούς στη δια βίου μάθησης, του πολιτισμού, του αθλητισμού και της διασκέδασης. Συχνά αποκλείονται και περιθωριοποιούνται από τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες (οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές) που θεμελιώση δικαιώματα μπορεί να περιοριστούν»

(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κοινή Έκθεση για την Κοινωνική Ένταξη, 2004, σ.10)

Επιπλέον, λόγω της ανάπτυξης που επικρατεί σε σχετικά υψηλό επίπεδο, στόχος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η πλήρης πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες για ολόκληρο το εύρος του πληθυσμού της.

## 2.2 - ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έχει θεσπίσει τη μέτρηση του ποσοστού της φτώχειας τόσο με οικονομικούς όσο και με μη-οικονομικούς παράγοντες, σύμφωνα με τρεις δείκτες.

Αυτοί οι δείκτες περιγράφονται ως εξής:

### ▪ **Το πενιχρό εισόδημα:**

Έχει οριστεί ως το διαθέσιμο εισόδημα που δεν υπερβαίνει το 60% του εθνικού μέσου διαθέσιμου εισοδήματος (μετά τις μεταβιβάσεις των κοινωνικών επιδομάτων). Στις μεταβιβάσεις αυτές περιλαμβάνονται οι συντάξεις γήρατος, τα οιογενειακά επιδόματα ή βοηθήματα ανεργίας, αναπηρίας, ασθένειας, καθώς και οι ενισχύσεις κατοίκων ορεινών και μειονεκτουσών περιοχών.

Επίσης, μπορεί να αναφέρεται και στο άτομο που στερείται σημαντικά αγαθά ή ζει σε νοικοκυριά χαμηλής εντάσεως εργασίας.

### ▪ **Το δείκτη υψηλής στέρησης:**

Το άτομο και κατ' επέκταση το νοικοκυριό εμφανίζει σημαντική υλική στέρηση, εάν ανταποκρίνεται τουλάχιστον στις 4 από τις 9 προδιαγραφές. Τέτοιες προδιαγραφές είναι οι κάτωθι:

A) Δυσκολία πληρωμών παγίων λογαριασμών, όπως ενοίκιο, δάνειο, ηλεκτρικό ρεύμα, νερό, κ.α.

B) Δυσκολία αποπληρωμής αναγκών θέρμανσης.

Γ) Δυσκολία κάλυψης έκτακτων αναγκαίων δαπανών έως 500€.

Δ) Δυσκολία κάλυψης ισορροπημένης διατροφής.

E) Δυσκολία κάλυψης διακοπών μίας εβδομάδας το χρόνο μακριά από το σπίτι.

Z) Αδυναμία κατοχής Ι.Χ επιβατικού αυτοκινήτου.

H) Αδυναμία ύπαρξης πλυντηρίου.

Θ) Αδυναμία ύπαρξης έγχρωμης τηλεόρασης.

I) Αδυναμία ύπαρξης τηλεφώνου.

▪ **Το ποσοστό των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας:**

Ο δείκτης εντάσεως εργασίας (WI) χρησιμοποιείται ευρύτατα από τη Eurostat, και υπολογίζεται ως το πηλίκο των μηνών που έχει εργαστεί ένα άτομο – εργαζόμενος πλήρους απασχόλησης προς το συνολικό αριθμό που θα έπρεπε να εργαστεί στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

(Antony B. Atkinson and Eric Marlier, *Income and living conditions in Europe*, Statistical Books, 2010, pg 146)

Το άτομο που ζει σε τέτοιο νοικοκυριό είναι ηλικίας 0-59, στο οποίο οι ενήλικες 18-60 ετών, έχουν δουλέψει λιγότερο από το 20% του αναμενόμενου χρόνου εργασίας του προηγούμενου έτους.

Επιπλέον δείκτες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μελέτη της φτώχειας αναλύονται παρακάτω:

▪ **Ρυθμός φτώχειας:**

Είναι η αναλογία των φτωχών στο συνολικό πληθυσμό.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$P=q/n,$$

όπου q; Ο αριθμός των ατόμων που είναι κάτω από το όριο φτώχειας

n: το μέγεθος του πληθυσμού

Παρόλο, όμως, που είναι ευρύτερα διαδεδομένος δείκτης δεν είναι πλήρως αντικειμενικός διότι δεν αποτυπώνει την ένταση ως προς τις διαφοροποιήσεις του πληθυσμού.

▪ **Δείκτης χάσματος φτώχειας (Poverty Gap Index)**

Είναι η μέση απόσταση του φτωχού πληθυσμού από το όριο φτώχειας. Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[ \frac{z - y_i}{z} \right]$$

Όπου y: το εισόδημα του ατόμου

z: το όριο φτώχειας

q; Ο αριθμός των ατόμων που είναι κάτω από το όριο φτώχειας

n: το μέγεθος του πληθυσμού



Μέσω του υπολογισμού του δείκτη αυτού, μπορούμε να εκτιμήσουμε το τι πόροι απαιτούνται για την εξάλειψη της φτώχειας.

▪ **Τετραγωνικός Δείκτης Χάσματος Φτώχειας (Squared Poverty Gap Index)**

Ονομάζεται και δείκτης σφοδρότητας. Ουσιαστικά, υψώνουμε στο τετράγωνο το Δείκτη χάσματος φτώχειας, έτσι ώστε να σταθμιστεί με τον εαυτό του και να δώσει βαρύτητα στα πολύ φτωχά άτομα.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$PG^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[ \frac{z - y_i}{z} \right]^2$$

Όπου  $y$ : το εισόδημα του ατόμου

$z$ : το όριο φτώχειας

$q$ : ο αριθμός των ατόμων που είναι κάτω από το όριο φτώχειας

$n$ : το μέγεθος του πληθυσμού

Το μειονέκτημα του εν λόγω δείκτη είναι ότι δε μπορεί να ερμηνευθεί εύκολα και να γίνει κατανοητά μετρήσιμος

▪ **Δείκτης Sen**

Συνδυάζει τον αριθμό των φτωχών, το βάθος της φτώχειας και της ανισοκατανομής στο εσωτερικό των φτωχών.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$P_s = P \left[ 1 - (1 - G_p) \frac{\mu_p}{z} \right]$$

Όπου  $P$ : το ποσοστό της φτώχειας

$G_p$ : ο δείκτης Gini των ανισοτήτων μεταξύ των φτωχών

$z$ : το όριο φτώχειας

$\mu_p$ : το μέσο εισόδημα μεταξύ των φτωχών

Έχει κυρίως ακαδημαϊκή χρήση, λόγω της δυσκολίας της ερμηνείας του.

Ακόμα υπάρχουν και οι Σύνθετοι Δείκτες Φτώχειας. Το χαρακτηριστικό των δεικτών αυτών είναι η επιπλέον παράμετροι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και την ερμηνεία

τους. Αυτές οι παράμετροι αφορούν διάφορους κοινωνικούς τομείς όπως την εκπαίδευση, την υγεία και την πρόσβαση στα βασικά αγαθά.

#### ▪ Δείκτης Στέρησης Townsend

Προτάθηκε από τον κοινωνιολόγο Peter Townsend. Χρησιμοποιείται κυρίως στη Μ. Βρετανία. Εκφράζει με ποσοτικό τρόπο τη στέρηση υλικών αγαθών.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$TDI = (z_{unemp} + z_{overcro} + z_{nocar} + z_{renting})$$

Όπου οι z-τυποποιημένες μεταβλητές προκύπτουν από τις μεταβλητές:

$$unemp = \ln \left( \left( \frac{\text{άνεργοι}}{\text{οικονομικοί ενεργοί άνω των 16}} * 100 \right) + 1 \right)$$

$$overcro = \ln \left( \left( \frac{\text{νοικοκυριά με > 1 άτομα/δωμάτιο}}{\text{σύνολο νοικοκυριών}} * 100 \right) + 1 \right)$$

$$nocar = \left( \frac{\text{νοικοκυριά χωρίς ΙΧ}}{\text{σύνολο νοικοκυριών}} * 100 \right)$$

$$renting = \left( \frac{\text{νοικοκυριά που νοικιάζουν το σπίτι τους}}{\text{σύνολο νοικοκυριών}} * 100 \right)$$

Τα αποτελεσμάτων του δείκτη αυτού αφορούν κυρίως ιεράρχηση, διότι δεν έχει συγκεκριμένο εύρος τιμών. Η ερμηνεία του γίνεται με τη λογική ότι όσο μεγαλύτερη τιμή πάρει ο εν λόγω δείκτης, τόσο δυσχερέστερη είναι η θέση της εκάστοτε κοινωνίας,

#### ▪ Δείκτης Φτώχειας του ΟΗΕ

Υπάρχουν δύο ειδών δείκτες ανάλογα με το επίπεδο των χωρών (σύμφωνα με την UNDP 1997, 2006). Εμείς επικεντρωνόμαστε στο δείκτη που αφορά τις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$HPI_2 = \left[ \frac{1}{4} (P_1^a + P_2^a + P_3^a + P_4^a) \right]^{\frac{1}{a}}$$

Όπου  $P_1$ : πιθανότητα θανάτου από τη γέννηση έως την ηλικία των 60 ετών

$P_2$ : ποσοστό των αγράμματων στον πληθυσμό

$P_3$ : ποσοστό των μακροχρόνια άνεργων

$P_4$ : ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας

a: εκθέτης που αποδίδει βαρύτητα στην όλη διάσταση της φτώχειας

Συνήθως, ορίζουμε τον δείκτη  $\alpha$  ίσο με 3, διότι εμπειρικά έχει αποδειχθεί ότι δεν επηρεάζει προς κάποια κατεύθυνση τις κακές συνθήκες διαβίωσης με χαμηλό επίπεδο κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Επίσης, παρατηρούμε ότι για τιμή  $\alpha=1$  έχουμε τον αριθμητικό μέσο των επιμέρους δεικτών.

#### ▪ Υποκειμενικοί Δείκτες Φτώχειας

Αφορά την υποκειμενική διάσταση της φτώχειας. Δημιουργούνται ποιοτικές δείκτες μέσω απαντήσεων σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν την οπτική του κάθε ατόμου για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

Το πλεονέκτημα τέτοιων δεικτών, είναι η προσέγγιση του ορίου φτώχειας, ο υπολογισμός οικονομιών κλίμακας και ο εντοπισμός των περιφερειακών διαφοροποιήσεων.

Αρνητικό χαρακτηριστικό είναι οι περιορισμοί που υφίστανται τόσο σε επίπεδο ανάλυσης, αλλά και επεξεργασίας λόγω της υποκειμενικότητας που υπάρχει στον τρόπο κατάρτισης των αποτελεσμάτων των δεικτών αυτών.

Σημαντικό ρόλο στην πλήρη κατανόηση και ανάλυση της φτώχειας διαδραματίζουν η ευημερία και η ανάπτυξη που θα οδηγήσουν και στη μείωση της.

Οι δείκτες ευημερίας βασίζονται και σε μη οικονομικά κριτήρια, που οδηγούν σε μία ποσοτική οπτική για τις διάφορες πλευρές και ιδιαιτερότητες που υπολογίζουν.

Οι δείκτες αυτοί επινοήθηκαν το 1990 από τον Πακιστανό Οικονομολόγο Mahbub au Hag και ανέλυναν σε επίπεδα χωρών τη μέση διαβίωση. Δημοσιεύονται σε ετήσια βάση από το United Development Program (UNDP).

#### ▪ Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Human Development Index)

Αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη σύγκρισης της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης των χωρών (UNDP 1977, 2006, 2007, 2011). Βασίζεται στην προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (LEI), στο επίπεδο βασικής εκπαίδευσης του πληθυσμού (EDI) και το κατά κεφαλήν εγχώριο προϊόν (GDPI). Εκφράζεται με τη μορφή γραμμικών μετασχηματισμών. Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$HDI = \frac{1}{3}LEI + \frac{1}{3}EDI + \frac{1}{3}GDPI$$

Όπου LEI: *Life Expectancy Index* =  $\frac{e_0-25}{85-25}$

EDI: *Educational Index* =  $\frac{2}{3}ALI + \frac{1}{3}GER$

ALI: Adult Literacy Index , GER: Gross Enrolment Ratio

GDPI: *Gross Domestic Product Index* =  $\frac{\log(\$8.840)-\log(100)}{\log(\$40.000)-\log(100)}$

Οι τιμές που λαμβάνει, κυμαίνονται από 0 έως 1. Με βάση τα αποτελέσματα υπάρχουν τρεις βασικές ταξινομήσεις:

1. Χώρες χαμηλής ανάπτυξης: ο HDI κυμαίνεται από 0 έως 0,449
2. Χώρες μεσαίας ανάπτυξης: : ο HDI κυμαίνεται από 0,450 έως 0,699
3. Χώρες υψηλής ανάπτυξης: : ο HDI κυμαίνεται από 0,7 έως 1

▪ **Δείκτης ΙΑΗΔΙ**

Αποτελεί τροποποίηση του Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Η τροποποίηση αυτή έγινε από την ομάδα του νομπελίστα A. Sen. Μέσω αυτής κατάφερε να αναδείξει αποτελεσματικότερα τις ανισότητες κυρίως στους τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης. Υπολογίστηκε για πρώτη φορά το 2010.

Υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$IAHDI = \sqrt[3]{LEI * EI * II}$$

Όπου LEI: *Life Expectancy Index* =  $\frac{LE-20}{83,2-20}$

EDI: *Educational Index* =  $\frac{\sqrt{MYSI*EYSI}-0}{0.951-0}$

MYSI: *Mean Years of Schooling Index* =  $\frac{MYS-0}{13.2-0}$

EYSI: *Expected Years of Schooling Index* =  $\frac{EYS-0}{20.6-0}$

II: *Income Index* =  $\frac{\ln(GNI_{pc})-\ln(163)}{\ln(108.211)-\ln(163)}$

Επίσης:

MYS: μέσος όρος των σχολικών χρόνων ενός ατόμου 25 ετών

EYS: μέσος όρος των σχολικών χρόνων που εκτιμάται ότι θα έχει ένα παιδί 5 ετών

$GNI_{pc}$ : το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

- Με βάση τον ΟΗΕ ο **Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης**, πλέον, υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$HDI = I_{Life}^{1/3} * I_{Education}^{1/3} * I_{Income}^{1/3}$$

Όπου LEI: *Life Expectancy Index* =  $\frac{e_0-20}{83,4-20}$

EDI: *Educational Index* =  $\frac{\sqrt{MYSI * EYSI} - 0}{0.978 - 0}$

MYSI: *Mean Years of Schooling Index* =  $\frac{MYS-0}{13.1-0}$

EYSI: *Expected Years of Schooling Index* =  $\frac{EYS-0}{18-0}$

II: *Income Index* =  $\frac{\ln(GNI_{pc}) - \ln(100)}{\ln(107.721) - \ln(100)}$

Επίσης, υπάρχει και μία διαφοροποίηση στον δείκτη MYSI και στον δείκτη EYSI. Πλέον, ο δείκτης MYSI αφορά σε ενήλικες από 25 ετών και άνω και ο δείκτης EYSI αφορά τα παιδιά από την ηλικία έναρξης του σχολείου και έπειτα. (UNDP, 2011)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

### 3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Ως εισόδημα, αναφερόμαστε στο σύνολο των αμοιβών που κερδίζει κάποιος μέσω της παραγωγικής διαδικασίας, δηλαδή της εργασίας.

Ξεκινώντας την ανάλυση των εισοδηματικών ανισοτήτων ερχόμαστε αντιμέτωποι με το γεγονός ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο φαινόμενο. Για την ύπαρξη αυτού του είδους ανισότητας αλληλεπιδρούν αρκετοί παράγοντες. Συνήθως σχετίζεται με τα στοιχεία του νοικοκυριού (το μέγεθος της οικογένειας που το απαρτίζει, πόσοι από αυτούς είναι μισθωτού, κα), αλλά και με τα πρότυπα απασχόλησης, το εισόδημα και τα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) των μελών του νοικοκυριού. Τέλος, παρατηρείται ότι οι αιτίες του φαινομένου αυτού είναι είτε ενδογενείς, είτε εξωγενείς.

Όσον αφορά τις ενδογενείς αιτίες, αυτό που μπορούμε να αναφέρουμε έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά του ατόμου, τα οποία είναι και αυτά που, συνήθως, καθορίζουν και το ύψος του εισοδήματος που θα λάβει. Ουσιαστικά, αναφερόμαστε στην προσωπικότητα, τις φυσικές ιδιότητες, τη νοημοσύνη, χαρακτηριστικά που κάνουν κάποιον πιο ανταγωνιστικό.

Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και η διαφοροποίηση των προτιμήσεων του ατόμου, με επίδραση στη φυσική ή πνευματική ιδιότητα. Τέτοιες προτιμήσεις καθορίζονται από τις κοινωνικοπολιτιστικές αξίες, την εκπαίδευση, τη λήψη κινδύνου, κ.α.

Τέλος το χάσμα προκύπτει, ακόμα, και ανάμεσα στα φύλα ή και στις φυλές. Αυτό που παρατηρείται τόσο και στις σύγχρονες κοινωνίες είναι η διαφορά στο μισθό ανάμεσα σε άνδρα και γυναίκα.

Όσον αφορά τις εξωγενείς αιτίες της εισοδηματικής ανισότητας είναι ο τρόπος της κατανομής της γης ως εισόδημα, κυρίως στις αγροτικές κοινωνίες, στις οποίες η εκμετάλλευσή της οδηγεί στον πλούτο.

Άλλη μία αιτία είναι η ποιότητα στην εκπαίδευση που λαμβάνει το άτομο. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση και οι πολιτικές μπορεί, δυνητικά, να επηρεάσουν τα επίπεδα

της ανισότητας. Έτσι, οι λίγοι που θα έχουν πρόσβαση θα καταφέρνουν να λαμβάνουν και τις θέσεις με υψηλές αμοιβές. Αναλόγως και με τη ζήτηση των εξειδικευμένων ατόμων και την προσφορά των μη εξειδικευμένων οδηγεί σε αντιστρόφως ανάλογη πορεία τους μισθούς, με αποτέλεσμα και η ψαλίδα της ανισότητας να ανοίγει ακόμα περισσότερο.

Σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ανισοτήτων διαδραματίζει και η παγκοσμιοποίηση που επικρατεί. Η απελευθέρωση του εμπορίου και των χρηματοπιστωτικών αγορών οδηγούν λόγω των δεξιοτήτων σε μισθολογικές διαφορές (με βάση τον ΟΟΣΑ).

### 3.2 ΜΕΤΡΑ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ

Για τη μέτρηση της εισοδηματικής ανισότητας χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες και υπολογίζονται οι αποκλίσεις που εμφανίζουν από τον μέσο όρο.

Σαφώς για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε αποτελεσματικότερα την εισοδηματική ανισότητα, οφείλουμε να παρουσιάσουμε τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να μετρηθεί ώστε να αναλυθεί επαρκώς.

Ο A. Sen, το 1973, ταξινόμησε τα μέτρα της σε δύο κατηγορίες: στα κανονιστικά και στα θετικά.

Συγκεκριμένα, με τον όρο κανονιστικά, αναφέρεται σε εκείνα τα μέτρα που εξετάζουν το πώς επηρεάζει την ανισότητα η μεταβίβαση της κοινωνικής ευημερίας.

Επίσης, εξαρτάται και από την ηθική και τα επίπεδα χρησιμότητας.

Ο Dalton (1920) και ο Sen (1973) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κάθε μέτρο θα περιλαμβάνει αναπόφευκτα μια σιωπηρή κανονιστική απόφαση, δηλαδή ότι υπάρχουν ορισμένες καλύτερες κατανομές για τον καθένα από ό,τι για όλους τους άλλους.

Μια αρχική προσέγγιση που παρουσίασε ο Dalton (1920), και αναπτύχθηκε στη συνέχεια από τους Aigner και Heins (1967), αναφέρεται στον καθορισμό της μορφής της βέλτιστης κατανομής, καθώς και ότι η συνάρτηση για το μέγιστο όταν ένα σταθερό ποσό του εισοδήματος μπορεί να διανεμηθεί εξίσου.

Το 1970, ο Atkinson αναφέρει ότι το άθροισμα των επιμέρους ατομικών καμπυλών χρησιμότητας αποτελεί τη συνολική κοινωνική ευημερία. Βάση της προσέγγισης των καμπυλών Lorenz, μια τέτοια έκφραση είναι ότι κάτω από συγκεκριμένες και μάλλον περιοριστικές υποθέσεις σχετικά με τις συναρτήσεις ατομικής χρησιμότητας και κοινωνικής ευημερίας.

Τα μέτρα για τον υπολογισμό και την ερμηνεία της εισοδηματικής ανισότητας μπορούν να δοθούν μέσω συγκεκριμένων δεικτών που έχουν οριστεί. Αναλυτικά οι δείκτες και ορισμένα χαρακτηριστικά τους αναφέρονται κάτωθι:

#### ▪ **Εισοδηματικά Μερίδια σε Ποσοστημόρια**

Στο εν λόγω μέτρο γίνεται σύγκριση ανάμεσα σε ομάδες διαφορετικών εισοδημάτων. Χωρίζονται ανάλογα σε ποσοστημόρια, με συνηθέστερα τα πεμπτημόρια ή δεκατημόρια. Θεωρείται ένα από τα πιο απλά μέτρα ως προς τον υπολογισμό και την ερμηνεία στην αρχική φάση. Η συνηθέστερη αναλογία είναι το 80/20, το οποίο συγκρίνει το υψηλότερο 80% σε σχέση με το χαμηλότερο 20%. Όμως, παρουσιάζει αρκετά και σημαντικά μειονεκτήματα. Αρχικά, παρατηρούμε ότι με τον τρόπο που υπολογίζεται, ουσιαστικά, είναι ευαίσθητο μόνο στις μεταβολές των συγκεκριμένων ομάδων. Επιπλέον, δεν εμπίπτει σε καμία κλίμακα μέτρησης και τέλος, δε μπορούμε να γνωρίζουμε την συμμετρία του λόγω των ακραίων τιμών.

#### ▪ **Δείκτης Theil**

Αναπτύχθηκε το 1967 και ανήκει στα μέτρα εντροπίας. Με τον όρο εντροπία, εννοούμε την ιδιότητα εκείνη κατά την οποία μία ομάδα εισοδηματιών δεν γίνονται διακριτοί από τους πόρους τους. Όσο χαμηλότερη είναι η εντροπία τόσο υψηλότερη είναι η ανισότητα, και από την άλλη πλευρά το αντίθετο. Το εύρος των τιμών που μπορεί να πάρει ο συγκεκριμένος δείκτης είναι από 0-1. Με 1 ισούται η απόλυτη ισότητα και με 0 η μέγιστη ανισότητα.

Ο υπολογισμός του δείκτη γίνεται μέσω του τύπου:

$$T_T = T_{a=1} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n \left( \frac{y_i}{y} * \ln \frac{y_i}{y} \right)$$

Όπου  $y_i$ : το εισόδημα για κάθε άτομο  $i$

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα του συγκεκριμένου δείκτη είναι η ικανότητα του να διασπά το μέτρο της συνολικής ανισότητας τόσο ανάμεσα πληθυσμιακές ομάδες, όσο και εντός αυτών (Bourguignon, 1979). Επίσης, ικανοποιεί και την αρχή της μεταβίβασης. Όμως, στα αρνητικά του συμπεριλαμβάνεται η αδυναμία σύγκριση πληθυσμών με διαφορετικά χαρακτηριστικά και το γεγονός ότι δε μπορεί να αποτυπωθεί γραφικά.



### ▪ Δείκτης Hoover

Ορίζεται ως το ποσοστό του εισοδήματος που οφείλει να αναδιανεμηθεί από το υψηλότερο μισό στο χαμηλότερο μισό της κατανομής. Στόχος είναι μέσω της διανομής αυτής να επιτευχθεί η επιθυμητή ισότητα. Το εύρος των τιμών που μπορεί να πάρει ο συγκεκριμένος δείκτης είναι από 0-1. Με 0 εκφράζεται η απόλυτη ισότητα και με 1 η μέγιστη ανισότητα.

Ο υπολογισμός του δείκτη γίνεται μέσω του τύπου:

$$H = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left| \frac{E_i}{E_{total}} - \frac{A_i}{A_{total}} \right|$$

Όπου,  $E_i$ : το εισόδημα στο  $i$  ποσοστημόριο

$n$ : αριθμός ποσοστημορίων

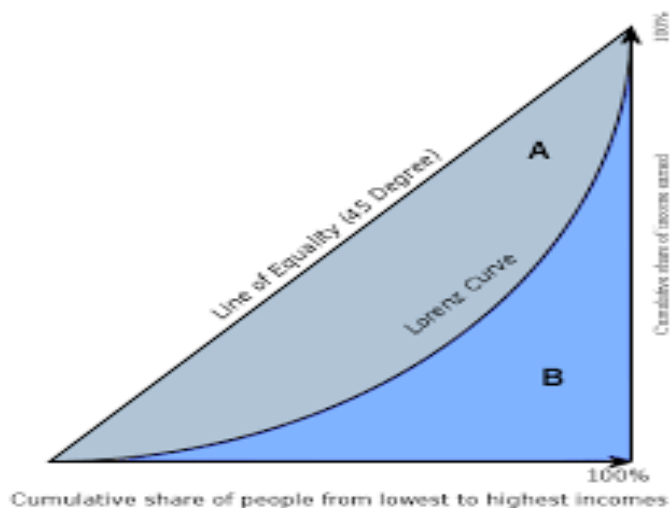
$A_i$ : το μέγεθος του  $i$  ποσοστημορίου

$E_{total}$ : το άθροισμα των εισοδημάτων

$A_{total}$ : το άθροισμα των ανθρώπων

### ▪ Δείκτης Gini

Είναι ο πιο διαδεδομένος δείκτης μέτρησης της εισοδηματικής ανισότητας. Είναι εύκολος στην ερμηνεία και την κατανόηση, αλλά και σχετικά εύκολος και στον υπολογισμό του. Το εύρος των τιμών που μπορεί να πάρει ο συγκεκριμένος δείκτης είναι από 0-1. Με 0 εκφράζεται η απόλυτη ισότητα και με 1 η μέγιστη ανισότητα. Η γραφική απεικόνισή του γίνεται μέσω της καμπύλης Lorenz. Ουσιαστικά, αποτελεί την αναλογία της διαφοράς ανάμεσα στην καμπύλη Lorenz και της γραμμής της απόλυτης ισότητας (ισοκατανομής).



Πηγή: [www.inmath.com](http://www.inmath.com)

Σχήμα 2: Gini coefficient

Ο αλγεβρικός υπολογισμός του δείκτη Gini γίνεται μέσω του τύπου:

$$Gini = \frac{A}{A + B}$$

Ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα.

Είναι σε πλεονεκτική θέση επειδή χρησιμοποιείται για σύγκριση διαφόρων κατανομών εισοδημάτων διάφορων ομάδων πληθυσμού.

Όμως, έχει και πλεονεκτήματα ως προς σημεία συνθηκών που ικανοποιεί πλήρως. Αρχικά, ικανοποιεί τη συνθήκη Pigou – Dalton ή αλλιώς συνθήκη των μεταβιβάσεων. Η συνθήκη αυτή έχει ως βασικό σημείο ότι η μεταβίβαση εισοδήματος από έναν φτωχότερο προς έναν πλουσιότερο, θα πρέπει να αυξάνει την τιμή του δείκτη και σε αντίθετη ροή να μειώνεται ο δείκτης. Ακόμα, ικανοποιεί και την ανεξαρτησία ως προς τον μέσο, δηλαδή σε μία ισόποση αναλογικά μεταβολή θα διατηρείται σταθερός ο δείκτης. Όμως είναι περιοριστική και χρειάζεται η ομογένεια πρώτου βαθμού του δείκτη ανισότητας ως προς το διάνυσμα εισοδημάτων. Ικανοποιεί και την αρχή της ανωνυμίας, δηλαδή δεν εξαρτάται από την ταυτότητα των εισοδηματιών. Τέλος, ικανοποιείται και η ανεξαρτησία ως προς το μέγεθος του πληθυσμού, ουσιαστικά σε ανάλογη μεταβολή του αριθμού του πληθυσμού δε θα πρέπει να μεταβάλλεται ο δείκτης.

Αντίθετα, ως μειονέκτημα έχει να αντιμετωπίσει τα κοινά αποτελέσματά του σε διαφορετικά σύνολα κατανομών. Δεύτερο μειονέκτημα είναι ο υπολογισμός του εισοδήματος ενός ατόμου χωρίς να γίνεται αναφορά σε όλη τη διάρκεια της ζωής του κατά την οποία αλλάζει το εισόδημα.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται ο δείκτης Gini για όλες τις χώρες ΕΕ-15 και ΕΕ-27. Οι χώρες είναι ταξινομημένες βάσει της τιμής του δείκτη είναι από τη μικρότερη προς την μεγαλύτερη τιμή.

Πίνακας 1. Δείκτης Gini για όλες τις χώρες της ΕΕ-15 και ΕΕ-27.

Countries	Gini EU15	Gini EU27
Slovakia	-	24,2
Slovenia	-	24,4
Czech Republic	24,6	24,6
Sweden	24,9	24,9
Netherlands	25,1	25,1
Finland	25,4	25,4
Denmark	26,8	26,8
Austria	27,0	27,0
Malta	-	27,9
Hungary	-	28,3
Germany	29,7	29,7
France	30,1	30,1
United Kingdom	30,2	30,2
Luxembourg	30,4	30,4
Ireland	30,7	30,7
Poland	-	30,7
Cyprus	-	32,4
Italy	32,8	32,8
Estonia	-	32,9
Spain	33,7	33,7
Portugal	34,2	34,2
Greece	34,4	34,4
Lithuania	-	34,6
Romania	-	34,6
Latvia	-	35,2
Bulgaria	-	35,4

Σύμφωνα με τον δείκτη Gini, η Ελλάδα εμφανίζει την υψηλότερη ανισότητα, μεταξύ των χωρών της ΕΕ-15, ενώ για την κατάταξη της Ευρώπης των 27 χωρών, εμφανίζεται στην 23η θέση ως προς την ανισοκατανομή του εισοδήματος. Η μικρότερη ανισότητα καταγράφεται στη Σλοβακία (24,2%) και η μεγαλύτερη στη Βουλγαρία (35,4%). Η τιμή του δείκτη Gini για την Ελλάδα το 2014 ήταν 34,4. Αυτό σημαίνει ότι αν πάρουμε 2 τυχαία άτομα του πληθυσμού, τότε αναμένουμε ότι το εισόδημά τους θα διαφέρει κατά 34,4% του μέσου όρου.

Η σύγκλιση πριν από την κρίση αποτελούσε κατά κύριο λόγο μια διαδικασία κάλυψης των χαμηλών εισοδημάτων μεταξύ των χωρών χαμηλού εισοδήματος, ιδίως στην Ανατολική Ευρώπη (εκτός από την Ισπανία, οι μεσογειακές χώρες δεν κατάφεραν να συγκλίνουν). Στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος, το επίπεδο των εισοδημάτων παραμένει σταθερό ή ακόμη και μειώνεται (ιδίως στο Ηνωμένο Βασίλειο) μέχρι το 2008. Μετά το 2008, όπου η παγκόσμια οικονομική κρίση γίνεται αισθητή και ανατρέπει ολοκληρωτικά τις ως τότε συνθήκες διαβίωσης σημαντικού μέρους του πληθυσμού των ανεπτυγμένων καπιταλιστικών οικονομιών, οι χώρες της Μεσογείου παρουσίασαν μείωση των εισοδημάτων. Αυτό, μαζί με την επιστροφή της αύξησης των εσόδων στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Γερμανία, οδήγησε σε διακοπή της διαδικασίας σύγκλισης εισοδημάτων στην ΕΕ.

### **3.3 ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ**

Η εισοδηματική ανισότητα είναι μία πολύπλοκη έννοια, καθώς συνδέεται με πλήθος μεταβλητών, που αφορούν στην κοινωνική και οικονομική πολιτική σε ορισμένο χώρο και χρόνο. Οι Kierzenkowski και Koske (2012) αναφέρουν ως παράγοντες της εισοδηματικής ανισότητας την τεχνική αλλαγή που εξαρτάται από τις δεξιότητες, σε συνδυασμό με τις έντονες υποτιμήσεις της εργασίας, τα συστήματα φορολογίας, την εκπαίδευση, την παγκοσμιοποίηση. Η αύξηση των ποσοστών συμμετοχής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να χρησιμεύσει ως όπλο για τη μείωση της μισθολογικού χάσματος και κατ' επέκταση της εισοδηματικής ανισότητας, δεδομένου ότι η ζήτηση των επιχειρήσεων δεν είναι δεσμευτική και τα προβλήματα υπερ-εκπαίδευσης δεν έχουν καθοριστικό ρόλο.

Ο Crivellaro (2014) υποστηρίζει, ότι η προσβασιμότητα στην τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να περιορίσει τις ανισότητες μεταξύ ομάδων διαφορετικού μορφωτικού

επιπέδου, καθώς και να μειώσει τα ασφάλιστρα μισθών του κολλεγίου, με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση των κινήτρων για επενδύσεις στη συσσώρευση ανθρώπινου κεφαλαίου. Αξίζει να αναφερθεί και η διάσταση του φύλου, η οποία μπορεί να συγκαταλέγεται στις κινητήριες δυνάμεις της ανισότητας.

Οι Brandolini, Rosolia και Torrini (2010), επισημαίνουν ότι ενώ τα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες στα περισσότερα κράτη, ένα χάσμα μισθών με άνδρες μπορεί να διευρύνει την κατανομή του εισοδήματος. Το γεγονός ότι οι γυναίκες συμμετέχουν συχνότερα σε εργασία μερικής απασχόλησης από τους άνδρες, συμβάλλει στην ενίσχυση της ανισότητας, επομένως η δημιουργία περισσότερων ευκαιριών εργασίας πλήρους απασχόλησης για τις γυναίκες μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο για τη μείωση του φαινομένου (EMPL Committee, 2015). Πολλοί ακαδημαϊκοί ερευνητές έχουν μελετήσει το φαινόμενο της εισοδηματικής ανισότητας και έχουν εντοπίσει πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διεύρυνση του φαινομένου. Ορισμένοι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της εισοδηματικής ανισότητας αναλύονται στη συνέχεια.

### **3.3.1 ANEΡΓΙΑ, ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΟΧΗ**

Για να επιτευχθεί η ατομική και κοινωνική ολοκλήρωση του ατόμου, προκειμένου να μπορέσει να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο, είναι απαραίτητο να κατέχει μία θέση εργασίας. Η εργασία δεν εξασφαλίζει στα άτομα μόνο το απαραίτητο εισόδημα για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους, αλλά τους δίνει τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τα ιδιαίτερα ταλέντα που έχουν και να εντοπίσουν τις ικανότητες που διαθέτουν. Είναι λοιπόν φανερό, πως για την ισορροπημένη και ολοκληρωμένη ανάπτυξη μίας χώρας, είναι απαραίτητη η διατήρηση και αν χρειάζεται η δημιουργία θέσεων εργασίας, προκειμένου να διασφαλίζεται η κοινωνική συνοχή και να αποτρέπεται ή έστω να περιορίζεται το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού (Υφαντόπουλος et al. 2009). Η κοινωνική συνοχή επηρεάζεται σημαντικά από το φαινόμενο της φτώχειας καθώς συνδέεται όχι μόνο με την επιβίωση του ατόμου αλλά και με την κοινωνική του αποξένωση και απόρριψη. Σύμφωνα με δεδομένα της Eurostat, υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ανεργίας και φτώχειας με την εισοδηματική ανισότητα.

Δεδομένου ότι ολόένα και περισσότερα άτομα, που ανήκουν σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες με βάση συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, κινδυνεύουν να περάσουν στο όριο της φτώχειας, είναι αναμενόμενο να υπάρχει αύξηση της εισοδηματικής ανισότητας. Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας (μετά τις κοινωνικές

μεταβιβάσεις) στην ΕΕ των 28 παρέμεινε σχεδόν σταθερό μεταξύ 2010 και 2013, αυξάνοντας από 16,5% σε 16,7%. Μεταξύ 2013 και 2014, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας αυξήθηκε κατά 0,5 εκατοστιαίες μονάδες και στη συνέχεια αυξήθηκε ελαφρά το 2015 (αύξηση κατά 0,1 εκατοστιαίες μονάδες), φθάνοντας το 17,3%. Σε οκτώ κράτη μέλη, τη Ρουμανία (25,4%), τη Λιθουανία (22,2%), την Ισπανία (22,1%), τη Βουλγαρία (22,0%), την Εσθονία (21,6%), την Ελλάδα (21,4%), την Κροατία (20,0%), το ένα πέμπτο ή περισσότερο του πληθυσμού θεωρήθηκε ότι βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας. Αυτό συνέβη και στη Σερβία (25,4%), στην Τουρκία (23,1%, δεδομένα του 2013) και στην Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (21,5%). Μεταξύ των κρατών μελών παρατηρήθηκε το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας στην Τσεχική Δημοκρατία (9,7%) και στις Κάτω Χώρες (11,6%), ενώ η Νορβηγία (11,9%) και η Ισλανδία (9,6%) ανέφεραν επίσης σχετικά χαμηλά μερίδια του πληθυσμού τους ως άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας. Το κατώφλι της φτώχειας κινδυνεύει να περάσει το 60% του εθνικού μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος (Eurostat ,2017) .

### **3.3.2 ΦΟΡΟΙ**

Η φορολογική πολιτική μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της διανομής εισοδήματος μετά τη φορολογία. Οι φόροι είναι το πιο σημαντικό και άφθονο δημόσιο εισόδημα, καθώς μαζί με τις κοινωνικές εισφορές χρηματοδοτούν τις δημόσιες δαπάνες για τις συντάξεις, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, την υγεία, την εκπαίδευση και την παροχή οικονομικής προστασίας στους πολίτες. Μια διαδεδομένη άποψη είναι ότι η σταδιακή φορολόγηση του εισοδήματος είναι ένας από τους κύριους τρόπους διανομής του εισοδήματος, από τις κυβερνήσεις, από τότε που η φορολογική πολιτική του Β Παγκοσμίου Πολέμου έχει καταστεί ένα από τα κύρια μέσα για την επίτευξη των στόχων της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής.

Ο στόχος κάθε σύγχρονου φορολογικού συστήματος είναι η αποτελεσματικότητα, δηλαδή ένα σύστημα που εναρμονίζει τα αποτελέσματα και τους στόχους της φορολογικής πολιτικής. Αυτό όμως είναι δύσκολο να επιτευχθεί λόγω απρόβλεπτων κινήτρων και εξωγενών συνεπειών που συνδέονται με επιλογές φορολογικής πολιτικής. Το εισόδημα των νοικοκυριών επηρεάζεται από τους φόρους και όπως είναι φυσικό η επιρροή αυτή έχει αντίκτυπο στην κατανομή του εισοδήματος ανάμεσα στις διαφορετικές τάξεις εισοδήματος που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. Η φορολογία, επηρεάζει με άμεσο τρόπο την κατανομή του εισοδήματος, μέσω των φόρων εισοδήματος και περιουσίας, που μειώνουν το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών, αλλά και με έμμεσο τρόπο, μέσω των φόρων που

αυξάνουν τις τιμές των προϊόντων περιορίζοντας σημαντικά το διαθέσιμο εισόδημα. Η οικονομική ευημερία κάθε κοινωνίας και κατ'επέκταση κάθε χώρας, κινδυνεύει σημαντικά από το φορολογικό σύστημα που εφαρμόζεται, καθώς τα άτομα χάνουν πέρα από σημαντικό μερίδιο του εισοδήματός τους και τη δυνατότητα αποταμίευσης.

Τα φορολογικά συστήματα των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. Στις Σκανδιναβικές χώρες, τα μεγαλύτερα φορολογικά βάρη είναι οι άμεσοι φόροι, ενώ στην Ελλάδα και την Πορτογαλία χρησιμοποιούν περισσότερους έμμεσους φόρους. Η Δανία χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος του δικτύου κοινωνικής ασφάλισης με άμεσους φόρους και όχι με εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Στη Γερμανία και τη Γαλλία υπάρχει σημαντική επιβάρυνση από τις κοινωνικές εισφορές. Τα φορολογικά συστήματα στα νέα κράτη μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης είναι πιο διαφανή και λιγότερο πολύπλοκα, αν και όχι απαραίτητα πιο αποτελεσματικά. Η διαφορά μεταξύ τους είναι επίσης ορατή στις μετοχές των εσόδων από διαφορετικούς τύπους φόρων. Ορισμένες οικονομίες της έχουν υιοθετήσει ένα σύστημα σταθερού φορολογικού συντελεστή και εισπράττουν λιγότερα έσοδα από τους άμεσους φόρους, λόγω των χαμηλότερων επιτοκίων άμεσου φόρου. Μολονότι τα συνολικά φορολογικά επίπεδα είναι χαμηλότερα σε κάποια κράτη μέλη, αυτό μπορεί να μην ισχύει για τη φορολογία της εργασίας. Στην Ουγγαρία και τη Δημοκρατία της Τσεχίας, οι έμμεσοι φορολογικοί συντελεστές είναι πολύ μεγαλύτεροι από το μέσο όρο της ευρωπαϊκής ένωσης. Παρόλο που η προοδευτική φορολογία εισοδήματος τυπικά βελτιώνει την ανισότητα, μπορεί να έχει και ανεπιθύμητες συνέπειες, αν οι φόροι είναι εξαιρετικά προοδευτικοί. Εάν οι κυβερνήσεις αυξήσουν τους συντελεστές φόρου εισοδήματος για τα υψηλότερα εισοδήματα, μπορεί να ανταποκριθούν με τη λήψη μέτρων για τη μείωση του φορολογητέου εισοδήματός τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί είτε με την αντικατάσταση της εργασίας για αναψυχή ή μέσω της φοροαποφυγής. Επομένως, αυτές οι πολιτικές ενδέχεται να επιδεινώσουν τη διανομή του εισοδήματος (Alka Obadić et al., 2014).

### **3.3.3 ΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΟΥΤΟΥ**

Η εξασφάλιση της οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης μιας χώρας εξαρτάται από τον τρόπο που είναι κατανομημένα στα άτομά της ο πλούτος και το εισόδημα. Ο πλούτος έχει μεγάλη σημασία, τόσο στη διαμόρφωση της ατομικής κατάστασης των ανθρώπων με τη δημιουργία κεφαλαίου, όσο και στην ευρύτερη κοινωνικοοικονομική δύναμη του ατόμου. Ο συσσωρευμένος πλούτος δημιουργεί εισόδημα κεφαλαίου, το οποίο, μπορεί να ενισχύσει το φαινόμενο της εισοδηματικής ανισότητας. Το εισόδημα που συγκεντρώνεται

σε κάθε άτομο, πέρα από την εργασία του, μπορεί να προέρχεται από κάποια μορφή πλούτου, όπως ο πλούτος από την ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων, καθώς και ο πλούτος που προκύπτει από την αποθήκευση ενός υπάρχοντος κεφαλαίου.

Ο πλούτος και το εισόδημα είναι δύο στενά συνδεδεμένες έννοιες, που η διανομή τους στα άτομα μιας κοινωνίας συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην οικονομική ανισότητα. Η κατανομή του πλούτου επηρεάζεται σημαντικά από κάθε μεταβολή σε νόμους και δικαιώματα που αφορούν την ιδιοκτησία, γεγονός που συμβάλει με τη σειρά του στην μεταβολή της κατανομής του εισοδήματος μεταξύ των ατόμων της κοινωνίας. Το φαινόμενο ενισχύεται όταν ο πλούτος συγκεντρώνεται σε ένα άτομο, καθώς επηρεάζει την όλη διαδικασία μέσω της οποίας κυκλοφορούν μεταξύ των ατόμων οι χρηματικές μονάδες. Αναδιανομή του πλούτου και εξασφάλιση μιας μορφής ισορροπίας μεταξύ των ατόμων μπορεί να εξασφαλιστεί μέσω των χρηματοπιστωτικών αγορών, καθώς τα άτομα που διαθέτουν αυξημένους πόρους έχουν τη δυνατότητα να επενδύουν και να καταναλώνουν, διασφαλίζοντας έτσι τα άτομα αλλά και τα νοικοκυριά που δεν διαθέτουν το ίδιο μερίδιο εισοδήματος και πλούτου.

Κάθε αλλαγή που παρατηρείται στους νόμους και κανόνες που διέπουν τη λειτουργία των χρηματοπιστωτικών αγορών, είναι λογικό να επηρεάζει άμεσα την κατανομή του πλούτου και κατά συνέπεια τη διανομή του εισοδήματος στα πλαίσια της κοινωνίας. Κατά μέσο όρο, τα 10 πιο πλούσια νοικοκυριά κατέχουν το μισό του συνολικού πλούτου στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το επόμενο πλουσιότερο 50% κατέχει σχεδόν το υπόλοιπο μισό, ενώ το 40% λιγότερο πλούσιο κατέχει λίγο πάνω από το 3%. Ο πλούτος είναι περισσότερο συγκεντρωμένος στην κορυφή της διανομής στην Αυστρία, την Ολλανδία και τη Γερμανία.

### **3.3.4 ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

Η τεχνολογία αυξάνει την εισοδηματική ανισότητα, καθώς οι νέες τεχνολογίες ενισχύουν την παραγωγικότητα των υψηλά ειδικευμένων εργαζομένων σε σχέση με τους εργαζόμενους πιο χαμηλής ειδίκευσης, με αποτέλεσμα την ταχύτερη αύξηση των μισθών των πρώτων. Η ανάπτυξη των τεχνολογικών δεδομένων, ενθαρρύνει την πρόσληψη προσωπικού που διαθέτει ένα δεδομένο επίπεδο δεξιοτήτων, γνώσεων και ικανοτήτων ώστε να μπορούν να εκτελέσουν μια ποικιλία από καθήκοντα, τα οποία θα ανταποκρίνονται σε κάθε αλλαγή, όπως αλλαγές στην αγορά εργασίας, στα μηχανήματα και στην τεχνολογία. Οι εργαζόμενοι υψηλής ειδίκευσης έχουν το πλεονέκτημα στην εκτέλεση καθηκόντων που δεν είναι ρουτίνας, όπως η επίλυση προβλημάτων, η διαχείριση και τα δημιουργικά επαγγέλματα. Οι μεσαίας ειδίκευσης εργαζόμενοι, είναι κατάλληλοι για την εκτέλεση



καθημερινών καθηκόντων που βασίζονται σε καλά κατανοητές διαδικασίες, όπως η λογιστική και διοικητική εργασία. Οι εργαζόμενοι χαμηλής ειδίκευσης, έχουν το πλεονέκτημα στην εκτέλεση χειρωνακτικών εργασιών που απαιτούν προσαρμοστικότητα και προσωπικές αλληλεπιδράσεις, όπως οι προσωπικές υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Van Reenen (2011), η αυξανόμενη μηχανογράφηση, έχει συμπληρώσει τις πιο εξειδικευμένες εργασίες, αντικαθιστά τα καθημερινά καθήκοντα των μεσαίων μισθωτών και αφήνει σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστη τη ζήτηση για τα χαμηλότερα εξειδικευμένα καθήκοντα εξυπηρέτησης. Η τιμή των υπολογιστών μειώνεται και επιφέρει πτώση στην τιμή των καθηκόντων, μειώνοντας την τιμή των μισθών των αντίστοιχων εργαζομένων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανισότητα. Η εισαγωγή νέων τεχνολογικών δεδομένων μπορεί να μειώσει τους σχετικούς μισθούς των εργαζομένων μεσαίας ειδίκευσης, τόσο σε σύγκριση με τους εργαζόμενους υψηλής όσο και χαμηλής ειδίκευσης. Ωστόσο, η επίδραση της τεχνολογίας στους μισθούς των εργαζομένων υψηλής ειδίκευσης σε σχέση με τους μισθωτούς με χαμηλή ειδίκευση δεν είναι ξεκάθαρη. Εάν οι μεσαία ειδικευμένοι εργαζόμενοι προχωρήσουν στην κατανομή των καθηκόντων, αναμένεται μεγαλύτερη πτωτική πίεση στους χαμηλότερους από τους υψηλούς μισθούς, έχοντας ως αποτέλεσμα την έμμεση αύξηση των μισθών στην κορυφή σε σχέση με το κατώτατο όριο της κατανομής των μισθών.

Είναι λοιπόν φανερό, πως η τεράστια πρόοδος που έχει σημειωθεί στον κλάδο της τεχνολογίας, ασκεί τεράστια επίδραση στην εισοδηματική κατανομή. Η ψηφιοποίηση και η αυτοματοποίηση έχουν μεταβάλει σημαντικά την επαγγελματική δομή και θα συνεχίσουν να προκαλούν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο εκτελούνται οι υπάρχουσες θέσεις εργασίας, οι οποίες έχουν υποβληθεί σε μια διαδικασία δεξιοτήτων ή τεχνικής αλλαγής με ρουτίνα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έντονη αντίθεση ως προς τη ζήτηση εργασίας μεταξύ των μη εξειδικευμένων θέσεων εργασίας υψηλής ειδίκευσης, όπως εκείνων που αφορούν τις διαπροσωπικές δεξιότητες ή τη δημιουργικότητα, καθώς και τις μη συνήθεις θέσεις εργασίας χαμηλής ειδίκευσης, όπως οι υπηρεσίες τροφίμων και η ασφάλεια. Οι εργασίες ρουτίνας έχουν λιγότερη ζήτηση, καθώς είναι πιο αυτοματοποιημένες. Οι εργαζόμενοι απειλούνται από την αυτοματοποίηση σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με τη χώρα που βρίσκονται. Οι χώρες στις οποίες οι θέσεις εργασίας βασίζονται λιγότερο στην προσωπική αλληλεπίδραση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοματοποίησης, ενώ οι χώρες όπου η τεχνολογία παίζει ήδη σημαντικό ρόλο αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο. Το μερίδιο των εργαζομένων που κινδυνεύουν από αυτοματοποίηση φθάνει το 10% σε ολόκληρο τον ΟΟΣΑ και εκείνοι των οποίων το καθήκον θα εξελιχθεί σημαντικά

αντιπροσωπεύουν το 20% έως 25% του εργατικού δυναμικού (ΟΟΣΑ, 2016). Σε όλες τις χώρες, οι εργαζόμενοι με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο εκτοπισμού. Ενώ το 40% των εργαζομένων με χαμηλότερο βαθμό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης βρίσκονται σε θέσεις εργασίας με υψηλό κίνδυνο αυτοματοποίησης της εργασίας, τα στοιχεία για τους εργαζόμενους με τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι λιγότερα από 5%. Έτσι, η αυτοματοποίηση θα μπορούσε να ενισχύσει τα υπάρχοντα μειονεκτήματα που αντιμετωπίζουν ορισμένοι εργαζόμενοι (OECD, 2017, EMPL Committee, 2015).

### **3.3.5 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ**

Το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης θεωρείται από πολλούς ερευνητές πως συμβάλει στην ανισοκατανομή του εισοδήματος, λόγω της λανθασμένης αίσθησης που έχει δημιουργήσει για την ύπαρξη μιας ενιαίας οικονομίας. Οι οικονομικές ανισότητες είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται ανάμεσα στα κράτη αλλά και μεταξύ των ατόμων ενός κράτους. Η παγκοσμιοποίηση έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομική ζωή των πολιτών σε όλες τις περιοχές και σε όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες και αποτελεί ένα από τα κεντρικά θέματα συζήτησης.

Όσον αφορά την επίδραση της παγκοσμιοποίησης στην οικονομική ανισότητα οι απόψεις δίστανται. Από μία άποψη, που παρουσιάζει ομοιότητα με την υπόθεση του Kuznets, η παγκοσμιοποίηση οδηγεί σε συνολική αύξηση του εισοδήματος η οποία διαχέεται στο σύνολο της κοινωνίας με συνέπεια ακόμα και πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλά εισοδήματα να επωφελούνται απ αυτήν. Από αντίθετη άποψη, παρόλο που η παγκοσμιοποίηση επιδρά συνολικά θετικά στα εισοδήματα, η αύξηση αυτή δεν κατανέμεται ισότιμα μεταξύ των ατόμων μιας κοινωνίας, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού να ζημιώνεται (Forsyth 2000). Η παγκοσμιοποίηση απελευθέρωσε το διεθνές εμπόριο, το οποίο αποτελεί παράγοντα του φαινομένου της εισοδηματικής ανισότητας καθώς το χάσμα μεταξύ των ειδικευμένων και ανειδίκευτων εργαζομένων είναι ευρύ.

Το αυξημένο εμπόριο συνδέεται με υψηλότερες αποδόσεις ειδικευμένων εργαζομένων στις πλουσιότερες χώρες, επομένως, από την απελευθέρωση του εμπορίου μπορούν να προκύψουν υψηλότερα επίπεδα ανισότητας Kremer και Masking (2006). Η αύξηση των εμπορικών σχέσεων μετατρέπει τη ζήτηση εργασίας από ανειδίκευτους σε ειδικευμένους εργαζόμενους στις ανεπτυγμένες οικονομίες, καθώς εξειδικεύονται στην παραγωγή προϊόντων υψηλής γνώσης και αξιοποιούν το συγκριτικό τους πλεονέκτημα. Αυτό οδηγεί σε αύξηση της μισθολογικής ανισότητας στις ανεπτυγμένες οικονομίες.

Αντίθετα, το αποτέλεσμα για τις αναπτυσσόμενες χώρες είναι διφορούμενο. Αν και το εμπόριο μπορεί πράγματι να διαδραματίσει ρόλο ως κινητήρια δύναμη της ανισότητας, ο ρόλος του δεν φαίνεται να είναι συντριπτικά σημαντικός. Για παράδειγμα, οι Jaumotte, Lall, Papageorgiou (2008) και οι Afonso, Albuquerque και Almeida (2013) αναφέρουν ότι η τεχνολογική πρόοδος και η παγκοσμιοποίηση τείνουν να αυξάνουν τις αποδόσεις στις δεξιότητες, αλλά η συμβολή της τεχνολογίας στην αυξανόμενη μισθολογική ανισότητα είναι σίγουρα υψηλότερη. Σύμφωνα με τους Matano και Naticcioni (2010), δεν είναι βέβαιο κατά πόσο ο όγκος των συναλλαγών μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι αρκετά μεγάλος ώστε να δημιουργήσει τις παρατηρούμενες αυξήσεις της ανισότητας, καθώς οι περισσότερες εμπορικές ροές συμβαίνουν μεταξύ χωρών με παρόμοιες παροχές. Οι Feenstra και Hanson (1996) υποστηρίζουν ότι η απομάκρυνση από τις βιομηχανικές χώρες έχει οδηγήσει σε μετατόπιση της ζήτησης εργασίας προς εργαζόμενους με υψηλότερη εξειδίκευση, γεγονός που υποδηλώνει 34 ότι οι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι χάνουν από την παγκοσμιοποίηση, ενώ οι εξειδικευμένοι εργαζόμενοι κερδίζουν. Τα καθήκοντα που μετακινούνται από πλουσιότερες σε φτωχότερες χώρες δεν είναι τυπικά πολύ απαιτητικά από την άποψη της πλούσιας σε δεξιότητες χώρας, αλλά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως εντατικά απαιτητικά από την άποψη της χώρας με χαμηλή ικανότητα. Ως αποτέλεσμα, οι offshoring καθιστούν τη ζήτηση εργασίας πιο έντονη τόσο στις φτωχότερες όσο και στις πλουσιότερες χώρες, αυξάνοντας έτσι την ανισότητα και στις δύο θέσεις (Παπαμαργαρίτης Νικόλαος, Θεσσαλονίκη, 2016, EMPL Committee, 2015).

### **3.3.6 ΦΥΛΟ**

Σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή ένωση παρατηρείται σημαντική μισθολογική ανισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι μέσες αμοιβές των ανδρών είναι υψηλότερες από αυτές των γυναικών, παρόλο που το χάσμα δείχνει να έχει περιοριστεί με την πάροδο του χρόνου. Η μέση ωριαία αμοιβή των γυναικών στην Ευρώπη, έχει αποδειχτεί ότι είναι κατά 16,3% χαμηλότερη από την αντίστοιχη των ανδρών, πράγμα που σημαίνει ότι, ετήσια, οι γυναίκες εργάζονται χωρίς αμοιβή 59 ημέρες περισσότερες σε σχέση με τους άνδρες. Με βάση τα αποτελέσματα ερευνών για τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης, μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης, το 2014 οι γυναίκες κέρδισαν κατά μέσο όρο 13% λιγότερο από τους άνδρες. Το μεγαλύτερο χάσμα μεταξύ των αμοιβών ανάμεσα στα δύο φύλα είναι στην Εσθονία ενώ μικρότερα κενά βρίσκονται σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Λουξεμβούργου, της Ουγγαρίας και του νότου (OECD, 2017).

### **3.3.7 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Η επέκταση της εκπαίδευσης, αποτελεί συχνά βασικό μέσο περιορισμού του φαινομένου της εισοδηματικής ανισότητας, μεσοπρόθεσμα. Σύμφωνα με τους Barro (2013), Hanushek (2013) και Corak (2013), η διεύρυνση της εκπαίδευσης, δεν αποτελεί μόνο σημαντικό εφόδιο για την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, αλλά και σημαντικό όπλο για την καταπολέμηση της φτώχειας, της ανισότητας των ευκαιριών και της ανισότητας των εισοδημάτων . Μια ανεστραμμένη σχέση U για την εκπαίδευση και την ανισότητα αυξάνεται σε σχέση με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης πριν μειωθεί.

Η υποχρεωτική εκπαίδευση αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των επενδύσεων των ανθρώπων στην εκπαίδευση. Κατά την πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το άτομο αποκτά βασικές γνωστικές δεξιότητες, ενώ κατά την ανώτερη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση εμβαθύνει στις γενικές γνώσεις και αποκτά ειδίκευση σε ορισμένα θέματα. Οι βασικές δεξιότητες, αποτελούν το θεμέλιο του ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο χρησιμοποιούν τα άτομα για την περαιτέρω συσσώρευση δεξιοτήτων, γνώσεων και ικανοτήτων. Κατά συνέπεια, η παραγωγή εκπαιδευτικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια της υποχρεωτικής σχολικής φοίτησης μπορεί να θεωρηθεί ως μια κρίσιμη δυνητική πηγή ανισότητας μεταξύ των ατόμων στο σχολείο και αργότερα στα αποτελέσματα της αγοράς εργασίας. Η ποιότητα του σχολείου συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ετερογένεια των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων στις χώρες της Ευρώπης. Κρίσιμοι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των ατόμων στην εκπαίδευση αποτελούν τα χαρακτηριστικά που διαθέτουν καθώς και το οικογενειακό τους υπόβαθρο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΥΓΕΙΑ**

### **4.1 ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία το άτομο έχει πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι μόνο απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.

Με βάση τον ορισμό αυτό, μπορούμε να αντιληφθούμε ότι η συγκεκριμένη έννοια δεν αναλύεται μόνο με την ιατρική, αλλά και με άλλους κοινωνικούς παράγοντες.

Και σε αυτό τον όρο παρατηρείται η τάση της διαφοροποίηση ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις, με την παιδεία και άλλους τέτοιους παράγοντες. Φυσικά, ιδιαίτερη επίδραση προκαλεί και η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο ή η κοινωνία.

Σύμφωνα με μία ανάλυση του άρθρου Public Health, που δημοσιεύτηκε το 2013, η υγεία ενός πληθυσμού διαμορφώνεται με βάση τα ποσοστά, τα οποία είναι:

- 40% από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες.
- 30% από τον τρόπο ζωής.
- 20% από την δυνατότητα πρόσβασης και την ποιότητα της υγείας.
- 10% από την κατάσταση του φυσικού περιβάλλοντος.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, για να έχει μία κοινή αναφορά στα στατιστικά στοιχεία της Δημόσιας Υγείας που διαθέτει, δημιούργησε τους Ευρωπαϊκούς Δείκτες Υγείας (European Community Health Indicators). Μέσω αυτών, επιθυμεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται το εύρος των στοιχείων προς αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας εκάστοτε πληθυσμού.

### **4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι δείκτες υγείας που δίνουν τα αποτελέσματα σε συνάρτηση με την οικονομική και κοινωνική κατάσταση, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Είναι οι θετικοί και οι αρνητικοί δείκτες.

Συγκεκριμένα, οι θετικοί δείκτες καταφέρνουν να απεικονίσουν σε πιο ολοκληρωμένο βαθμό την κατάσταση της υγείας. Δείκτες αυτής της κατηγορίας, μπορεί να είναι:

- Το προσδόκιμο ζωής, δηλαδή ο μέσος χρόνος ζωής τους εκάστοτε πληθυσμού.
- Ο δείκτης γονιμότητας, δηλαδή ο μέσος αριθμός παιδιών ανά οικογένεια.

- Ο δείκτης γεννητικότητας, δηλαδή το μέσο ποσοστό των γεννήσεων στο πληθυσμό.

Από την άλλη, οι αρνητικοί δείκτες, απεικονίζουν τη συχνότητα νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων. Τέτοιοι δείκτες, μπορεί να είναι:

- Ο δείκτης νοσηρότητας, που είναι το ποσοστό των νοσούντων ενός πληθυσμού από μια συγκεκριμένη ασθένεια σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή.
- Ο δείκτης θνησιμότητας, που είναι το ποσοστό (συνήθως % ή ανά 100.000 κατοίκους) θανάτων στον πληθυσμό από μια συγκεκριμένη ασθένεια σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο δείκτης αυτός μπορεί να μετρηθεί είτε ως γενικός, είτε σε βάση κατηγορίες ανά φύλο, ανά ηλικία.
- Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας, που είναι ο αριθμός των θανάτων παιδιών μικρότερων του ενός έτους σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή ανά 1000 γεννήσεις. Η βελτίωση του δείκτη αυτού, δείχνει και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας.
- Ο δείκτης θνησιμότητας, που είναι η πιθανότητα θανάτου ατόμων που έχουν προσληφθεί από ένα νόσημα.

Επίσης, υπάρχουν και οι οικονομικοί και διοικητικοί δείκτες που χαρακτηρίζουν την κατάσταση των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι:

- Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.
- Οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία.
- Ο αριθμός γιατρών ανά 100.000 κατοίκους.
- Ο αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους.
- Ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους.
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας.
- Ο αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία.
- Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Το μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών.

### 4.3 ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα δεδομένα της υγείας μπορούν να εξαχθούν με διάφορους τρόπους. Υπάρχουν οι γενικές πηγές για τα δημογραφικά δεδομένα, όπως οι απογραφές και γενικές δειγματοληπτικές έρευνες. Υπάρχουν και οι πιο εξειδικευμένες πηγές, όπως οι έρευνες μέσω των φακέλων των ασθενών, τις επιδημιολογικές έρευνες και τις κλινικές δοκιμές. Μέσω αυτών των πηγών, παρέχονται όλα εκείνα τα ποσοτικά χαρακτηριστικά που απαιτούνται για την αποτελεσματικότητα της ανάλυσής τους.

Κυριότερη πηγή δεδομένων αποτελεί η δημογραφική κατάσταση του πληθυσμού. Αντλείται μέσω της απογραφής του πληθυσμού, των ληξιαρχικών καταγραφών, των δειγματοληπτικών ερευνών υγείας, των επιδημιολογικών ερευνών και των κλινικών δοκιμών και ερευνών.

- Απογραφή του πληθυσμού:

Αποτελεί την πλήρη καταγραφή του πληθυσμού που βρίσκεται σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Επιτυγχάνεται μέσω διοικητικών ενεργειών. Μέσω αυτού, εξάγονται χαρακτηριστικά που αφορούν τη δημογραφική, την οικονομική και την κοινωνική κατάσταση.

- Ληξιαρχικές καταγραφές:

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί τη μοναδική πληροφόρηση για τα δημογραφικά στοιχεία της θανάτων, γεννήσεων και γάμων. Μόλις ενημερωθούν για αυτές τις αλλαγές τα ληξιαρχεία, τότε ενημερώνουν και αυτά με τη σειρά τους τις κεντρικές στατιστικές υπηρεσίες. Οι στατιστικές υπηρεσίες είναι και οι αρμόδιες για την συλλογή και δημοσιοποίησή των στοιχείων της φυσικής κίνησης του πληθυσμού.

- Μελέτες – Ειδικές έρευνες

Οι συγκεκριμένες έρευνες γίνονται με γνώμονα την κάλυψη οποιουδήποτε κενού υφίσταται, έπειτα από τις παραπάνω διαδικασίες. Οι έρευνες λαμβάνουν χώρα μέσω ερωτηματολογίων σε συγκεκριμένα δείγματα πληθυσμού, και προσπαθούν να αντιληφθούν γενικότερα την αντίληψη του πληθυσμού σε διάφορα θέματα. Πολλές φορές, πραγματοποιείται η ίδια έρευνα στο ίδιο πληθυσμό, αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή, έτσι ώστε να καταγραφεί πιθανή διαφοροποίηση και διαχρονική μεταβολή.

Όσον αφορά την αξιοπιστία των δημογραφικών δεδομένων θανάτων και τα αίτια θανάτου, βασίζονται ως ένα βαθμό, στους ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για την πιστοποίηση των αποτελεσμάτων.

Σαφώς, όμως, μπορούν να προκύψουν και ορισμένες ανακρίβειες ή ασάφειες, οι οποίες έχουν να κάνουν με:

- Σφάλματα κατά την έκδοση ενός πιστοποιητικού θανάτου.
- Στην επιλογή της κύριας αιτίας του θανάτου.
- Σε προβλήματα στην ιατρική διάγνωση.
- Στην κωδικοποίηση της αιτίας του θανάτου.

#### 4.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

➤ Εισόδημα και κοινωνικοοικονομική θέση (income and socioeconomic status):

Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι, υψηλότερο εισόδημα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέονται με καλύτερο επίπεδο υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το χάσμα ανάμεσα στα εισοδήματα των πιο πλούσιων και των πιο φτωχών, άλλο τόσο αυξάνονται και οι διαφορές στο επίπεδο υγείας τους. Συνεπώς, υπάρχει μια θετική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και την υγεία. Την παραπάνω άποψη την υποστηρίζουν μέσα από το άρθρο τους οι John Mullahy, Stephanie Robert & Barbara Wolfe(2003), στο οποίο μελετήθηκε η αμοιβαία σχέση του επιπέδου υγείας με την εισοδηματική ανισότητα. Η υγεία, μπορεί να επηρεάσει το ανθρώπινο κεφάλαιο, συνεπώς, την ικανότητά του ανθρώπου να αποταμιεύει, να γίνει πιο παραγωγικός σε δραστηριότητες εκτός αγοράς και να απολαύσει περισσότερο ή λιγότερο την κατανάλωση. Επίσης, μπορεί να συμβεί και το αντίστροφο, η υγεία να επηρεάζεται από τις εισοδηματικές ανισότητες μέσω πολλών «μονοπατιών».

Αρκετοί ορίζουν την υγεία με τη θνησιμότητα, στο συγκεκριμένο άρθρο, η υγεία μετριέται με τον όρο «αθανασία»( non-mortalitybiological well-being). Για παράδειγμα, μέσω του επιπέδου χοληστερόλης, της πίεσης 13 του αίματος, του δείκτη μάζας σώματος, κλπ . το ποσοστό στο οποίο το εισόδημα επηρεάζει τη μέτρηση της υγείας ,μπορεί να ποικίλει. Καθώς, σε μερικές περιπτώσεις η ασθένεια μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες ενώ σε άλλες να συνδέεται στενά με το εισόδημα( όπως το να εισέρθουν σε μια κλινική για τη θεραπεία μιας ασθένειας ). Ξεκινούν τη μελέτη τους κάνοντας κάποιες υποθέσεις που συνδέονται με το εισόδημα και την ανισότητα στην υγεία, το απόλυτο εισόδημα και την απόλυτη φτώχεια ή στέρηση.



Και καταλήγουν στο συμπέρασμα πως άτομα με χαμηλά επίπεδα εισοδήματος έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας (poorer health) απ' ό,τι τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα. Όσον αφορά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία, μια προσπάθεια μελέτης και ερμηνείας τους έγινε από τους Lynch, Kaplan & Saloner (1997). Οι ανισότητες προκαλούνται λόγω της «κακής» συμπεριφοράς στην υγεία (bad habits in health) και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών επιπέδων. Στο άρθρο τους, μελετήθηκαν 2674 μεσήλικες από τη Φιλανδία, σε διάφορα στάδια της ζωής τους, οι συμπεριφορές στην υγεία καθώς και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους στην ενηλικίωση. Το αποτέλεσμα στο οποίο κατέληξαν είναι ότι, πολλές από τις συμπεριφορές των ενηλίκων συσχετίζονται με άσχημες συνθήκες και καταστάσεις στην παιδική τους ηλικία, με τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης καθώς και με τη χειρωνακτική απασχόληση (blue collar employment). Παρατηρήθηκε πως, η «κακή» υγεία και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ήταν πιο έντονα και διαδεδομένα μεταξύ των ανδρών των οποίων οι γονείς ήταν φτωχοί.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι το κάπνισμα, η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή, το οποίο, όπως είναι λογικό, διαφέρουν ανά κοινωνική ομάδα. Επιπροσθέτως, η κατάθλιψη και η κυνική εχθρότητα (cynical hostility) είναι που εξηγούν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στο κάτω μέρος της κοινωνικής ιεραρχίας, έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας. Υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων, της συμπεριφοράς και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών που είναι βασικοί παράγοντες για τα χαμηλά επίπεδα υγείας. Στο άρθρο τους παρουσιάζεται το Behavioral and Psychological Model, όπου αφορά συμπεριφορές ατόμων αντιμετωπίζοντάς τες σαν φαινόμενα που 14 αντικατοπτρίζουν ελεύθερες επιλογές. Για παράδειγμα, ανθυγιεινές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα του κακού-φτωχού τρόπου ζωής. Το κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για την υγεία του. Οι McGinnis & Foerger (1993), παρουσίασαν μια ανάλυση με δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών για να αποδείξουν αυτό που ορίζεται σαν καθοριστικοί παράγοντες θανάτου και αναπηρίας. Το αποτέλεσμα ήταν να καταλήξουν στο ότι ο καπνός, το αλκοόλ, η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικοί παράγοντες για το θάνατο πριν τα 75. Παράλληλα συνέχισαν λέγοντας πως τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα είναι σημαντικοί παράγοντες πρόωρης θνησιμότητας και πως είναι δύσκολο να τα προσδιορίσουμε ανεξάρτητα από τους άλλους παράγοντες που αναφέρθηκαν. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτά τα προβλήματα της δημόσιας υγείας βασίζονται σε επιλογές του ατόμου και πως διαφορετικές συμπεριφορές στην υγεία προδίδουν και διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό

επίπεδο. Η έρευνα αυτή έγινε σε άτομα τα οποία παρακολουθούσαν για 10 χρόνια, λαμβάνοντας υπόψη την εργασία καθώς και την εκπαίδευση του πατέρα και της μητέρας, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τις εμπειρίες από τη παιδική τους ζωή όπως επίσης την περιοχή από την οποία προέρχονται. Όλα τα παραπάνω λαμβάνονται υπόψη στο δείκτη που έχει κατασκευαστεί. Επιπλέον, είχαν δοθεί και ερωτηματολόγια που αφορούσαν την εκπαίδευση και την εργασιακή εμπειρία του ατόμου για να καταλήξουν στις παρακάτω αναλύσεις. Οι οποίες αφορούν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική δραστηριότητα και την παχυσαρκία. Τα οποία συνδέονται στενά με καταστάσεις που οδηγούν σε κακή υγεία. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, οι πιο φτωχοί είναι πιο εκτεθειμένοι στον καπνό(παθητικοί ή ενεργητικοί καπνιστές) καθώς, το κάπνισμα συνδέθηκε με την εκπαίδευση και την εργασία. Για παράδειγμα, τα άτομα που εργάζονται χειρωνακτικά, είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά μη καπνίσματος αλλά παράλληλα είχαν την υψηλότερη μέση έκθεση σε καπνό. Έπειτα, ελέγχτηκε η σύνδεση με το αλκοόλ. Τα άτομα που γεννήθηκαν σε υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα-καταστάσεις μέθης. Λαμβάνοντας υπόψη και το μορφωτικό επίπεδο, όσοι άντρες είχαν λάβει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση και κατανάλωναν αλκοόλ είχαν 2.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν επεισόδια μέθης από εκείνους που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση. Όσο αφορά την σωματική δραστηριότητα, τα άτομα που γεννήθηκαν σε χαμηλά στρώματα ανήκουν συνήθως στο χαμηλότερο τεταρτημόριο( της σωματικής δραστηριότητας). Συμπερασματικά, η κακή υγεία και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ενός ενήλικα συνδέονται στενά με χαμηλά κοινωνικά στρώματα ,τουλάχιστον στην αρχή της ζωής τους, με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης καθώς και με χειρωνακτική εργασία.

Κατανοώντας τις παραπάνω συνδέσεις, συνεπάγεται ότι θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες για την μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Σε ένα πιο πρόσφατο άρθρο που συνδέει την ανισότητα με την υγεία, παρατηρείται πως αυξάνονται οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι πολλά από τα αποτελέσματα της υγείας-μετρώντας την με βάση το προσδόκιμο ζωής, την παιδική θνησιμότητα και την παχυσαρκία- μπορούν να συνδεθούν με τα επίπεδα οικονομικής ανισότητας μέσα σε ένα δεδομένο πληθυσμό. Η υψηλότερη οικονομική ανισότητα φαίνεται να οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία. Με τον όρο μεγαλύτερη ανισότητα, δεν αναφέρονται -οι επιδημιολόγοι- μόνο στη φτώχεια. Φτώχεια και φτωχή υγεία μπορούν να συμβαδίζουν αλλά υψηλά επίπεδα ανισότητας, ακόμη και σε εύπορα άτομα , επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους. Κυρίως, επειδή η ανισότητα μειώνει την κοινωνική συνοχή, η οποία αυξάνει τα επίπεδα άγχους,

φόβου και ανασφάλειας για όλους. Η μελέτη έγινε κάνοντας συγκρίσεις μεταξύ των εθνών (cross national comparisons) ,ανάμεσα σε 22 πλούσιες χώρες από τον οργανισμό The Equality Trust. Επίσης, δημιούργησε έναν δείκτη υγείας με το όνομα Index of Health and Social Problems, συνδυάζοντας πολλούς δείκτες σε μια μεταβλητή, προκειμένου να περιγράψουμε το όρο «υγεία». Τέτοιοι δείκτες είναι, το προσδόκιμο ζωής, η μαθησιακή επάρκεια και γραφή, η βρεφική θνησιμότητα , οι αυτοκτονίες, η φυλάκιση, οι εφηβικές γεννήσεις ,η εμπιστοσύνη, η παχυσαρκία, η ψυχική ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του εθισμού στα ναρκωτικά και το αλκοόλ, καθώς και η κοινωνική κινητικότητα. Στο άρθρο εξετάστηκε επίσης η ίδια σχέση μεταξύ υψηλής οικονομικής ανισότητας και φτώχης υγείας η οποία παρατηρήθηκε στις Η.Π.Α.

Το 2001, μια μελέτη του Lochner, εντόπισε πως άτομα τα οποία ζουν σε περιοχές με υψηλά επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας είχαν 12% περισσότερες πιθανότητες θνησιμότητας. Ενώ, το 2000, μια μελέτη του Kahn απέδειξε πως στις πολιτείες με υψηλές οικονομικές ανισότητες, οι γυναίκες με χαμηλά εισοδήματα είχαν 60% περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με συμπτώματα κατάθλιψης και 80% να αντιμετωπίσουν φτωχή υγεία, σε σύγκριση με γυναίκες που κατέχουν επίσης χαμηλά εισοδήματα αλλά κατοικούν σε περιοχές με χαμηλότερα επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας.

➤ Τόπος κατοικίας (αστικοποίηση-urbanitation):

Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της αστικοποίησης που μπορεί να επιφέρει στην υγεία του ανθρώπου, καθώς το περιβάλλον στο οποίο ζει-κατοικεί το άτομο αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας Στο άρθρο τους οι Moore, Philip & Keary (2002) , αναφέρουν πως, ο μισός σχεδόν πληθυσμός ζει σε αστικούς οικισμούς. Καθώς, στις πόλεις, προσφέρεται καλύτερη εκπαίδευση, περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης, καλύτερη υγειονομική, και γενικότερα, ιατρική περίθαλψη. Παρόλα αυτά , η ταχύτατη αυτή αστικοποίηση συνδέεται συχνά με τη φτώχεια, την υποβάθμιση και μόλυνση του περιβάλλοντος αφού, οι απαιτήσεις των ατόμων ξεπερνούν τις δυνατότητες που μπορούν να προσφέρουν οι πόλεις, άμεσο αποτέλεσμα ,η έκθεση του ανθρώπου σε υψηλούς κινδύνους για την υγεία(urban health hazard). Πιο συγκεκριμένα, η αστικοποίηση συνδέεται με πολλούς τομείς, μεταξύ αυτών, την υγεία, το περιβάλλον, τη στέγαση, την ενέργεια καθώς και τις μεταφορές. Όσο προχωράμε στην ανάλυσή τις βλέπουμε πως, από τη μία πλευρά, το εθνικό εισόδημα και το επίπεδο εξέλιξης του ανθρώπου(human capital) να σχετίζονται θετικά με την αστικοποίηση. Επίσης, οι δείκτες επιβίωσης για τα βρέφη

είναι καλύτεροι στα αστικά κέντρα απ' ότι στις αγροτικές περιοχές, λόγω της καλύτερης πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη(UNCHS,2001).

Από την άλλη πλευρά, η ταχύτατη και συχνά μη προγραμματισμένη αστική ανάπτυξη συνδέεται με την περιβαλλοντική υποβάθμιση, την έλλειψη πόσιμου νερού κ.α. Επίσης, η ανεργία είναι επίσης σύνθητες φαινόμενο, όπως και άλλο ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι η φτώχεια. Ακόμα, ένας από τους βασικούς λόγους αστικοποίησης είναι η τοποθεσία δηλαδή, η ίδρυση μιας πόλης από παλαιότερα γίνονταν κοντά σε φυσικούς πόρους πχ ποτάμι, λίμνη, θάλασσα, προκειμένου να διευκολύνονται οι μεταφορές και το εμπόριο. Καθώς οι πόλεις επεκτείνονται, η ανάπτυξη οδηγεί σε καταστροφές των παράκτιων περιοχών. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Ko et al., 1999, Desjeux, 2001 & Monath 2001, η αστική καταπάτηση των προαναφερθέντων περιοχών οδηγεί σε αύξηση των λοιμώξεων, σε λεπτοσπείρωση και κίτρινο πυρετό. Για τον λόγο αυτό, ο WHO καθώς και άλλοι ερευνητές έχουν κατασκευάσει μοντέλα που συνδέουν το επίπεδο υγείας του ατόμου με το περιβάλλον και ιδιαίτερα με τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν λόγω της ταχύτατης αυτής αστικοποίησης. Ένα από αυτά είναι το “D.P.S.E.E.A” του Briggs (1996) που συνδέει το επίπεδο υγείας με το περιβάλλον. Το όνομα προέρχεται από τα αρχικά Driving forces, Pressures , State, Exposures, Effect(human health effect) and Actions.

Υπάρχει δυσκολία στη συλλογή των δεδομένων για την υγεία, καθώς θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να αντανακλούν την πραγματικότητα. Τέλος, σε ένα μήνυμα του για το World Health Day το 1996 , εστιάζοντας στο Healthy Cities for Better Life , ο Hiroshi Nakajima είπε χαρακτηριστικά «Η υγεία των αστικών πληθυσμών αξίζει την επείγουσα προσοχή μας. Εάν συνεχίσουμε να αφήνουμε τις πόλεις μας να αναπτυχθούν χωρίς σωστό σχεδιασμό, οι τοπικές αρχές θα είναι συγκλονισμένες και αδύνατες να παράσχουν ακόμη και τις πιο βασικές συνθήκες για την υγεία όπως η στέγαση, η απασχόληση και το ασφαλές περιβάλλον» , πράγμα που αποδεικνύει την ανησυχία των μελετητών. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται μια διαφορετική προσέγγιση του όρου αστικοποίηση. Μέσα από το άρθρο των Lahana, Pappa & Niakas(2010) , μελετάται το αντίκτυπο της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης(SES) στην υγεία καθώς το συνδέουν και με την αστικοποίηση ή καλύτερα, τον τόπο κατοικίας του ατόμου. Ο τόπος κατοικίας που είχε μελετηθεί και σε προηγούμενη έρευνα και αποδεικνύει ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (SES) σχετίζεται με την μείωση της υγείας, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω.

Όσον αφορά την Ελλάδα, αντιμετωπίστηκαν προβλήματα, καθώς οι σχετικές μελέτες είναι περιορισμένες και επικεντρώνονται κυρίως στο γηγενή πληθυσμό. Σκοπός ήταν να μελετηθεί η επίδραση της κατοικίας, της εθνικότητας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η εξής : συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο με τον κάθε άνθρωπο ηλικίας 18 και άνω. Το δείγμα αποτελούνταν από 1372 άτομα και διεξήχθη στη Θεσσαλία. Μέσα από πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις ερεύνησαν την επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην υγεία. Η μελέτη τους κατέληξε στα εξής αποτελέσματα, τα μειονεκτήματα των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων συνδέθηκαν με τα χαμηλά επίπεδα σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας. Σε σχετικό παράδειγμα που λήφθηκε υπόψη και ο τόπος κατοικίας, οι κάτοικοι της Αλβανίας έχουν καλύτερα επίπεδα υγείας σε σύγκριση με τους Έλληνες. Όμως, ελέγχοντας για κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, οι ανισότητες στο τομέα της υγείας κατέστησαν ασήμαντες. Οι κάτοικοι της υπαίθρου είχαν καλύτερη γενική αλλά και ψυχική υγεία έναντι των κατοίκων που ζουν σε αστικές περιοχές. Κλείνοντας, υποστηρίζουν πως το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης του επιπέδου υγείας, με την εθνικότητα και τον τόπο κατοικίας να έχουν ασθενή επίδραση. Σύμφωνα όμως με άλλες μελέτες, οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας σε μεγάλο βαθμό, απλώς δεν έχουν μελετηθεί πλήρως στην Ελλάδα. Τονίζουν επίσης πως είναι πολύ σημαντική η επένδυση σε αυτό τον τομέα της έρευνας, καθώς έτσι διερευνούνται οι μηχανισμοί που υπονομεύουν το επίπεδο υγείας προκειμένου να ληφθούν πολιτικές προστασίας των μη ευνοημένων ομάδων του πληθυσμού. ( Lahana, Pappa & Niakas(2010) )

#### ➤ Εκπαίδευση (Education):

Ένας από τους πιο σημαντικούς κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι το επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τον WHO, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με «κακή υγεία», υψηλά επίπεδα στρες και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η εκπαίδευση αρχίζει από νωρίς αλλά τα αποτελέσματά της διαρκούν μια ζωή. Για παράδειγμα, τα παιδιά που λαμβάνουν εκπαίδευση στην ηλικία των 3-4 ετών, αναμένεται να έχουν καλύτερα ποσοστά υγείας, χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας λιγότερο στρες και χαμηλότερα ποσοστά βίας σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2013 από το National Institute for Early Education Research. Συνεπώς, όσο περισσότερη εκπαίδευση λαμβάνει ένα άτομο, τόσο υψηλότερο προσδόκιμο ζωής έχει. Στο άρθρο του Grossman (1972), στόχος ήταν η

κατασκευή ενός μοντέλου για τη ζήτηση της «καλής υγείας» σαν αγαθό. Τα άτομα έχουν κίνητρο να επενδύσουν σε εκπαίδευση, είτε μέσω του σχολείου είτε μέσω επιμόρφωσης στον εργασιακό τους χώρο. Σε αυτό το μοντέλο, οι επενδύσεις για την υγεία σχετίζονται με τις μεταβλητές όπως διατροφή, άσκηση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.α. Από τις πιο βασικές είναι η εκπαίδευση η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της παραγωγικής διαδικασίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η υγεία συναντάται είτε σαν καταναλωτικό είτε σαν επενδυτικό αγαθό. Αποδεικνύεται πως με δεδομένο τον μισθό και το οριακό προϊόν της υγείας, μια αύξηση της τάξης της μιας μονάδας της εκπαίδευσης θα αυξήσει την οριακή αποτελεσματικότητα της υγείας. Χαρακτηριστικά, ένα άτομο με 10(δέκα) χρόνια εκπαίδευσης ζητάει 3% παραπάνω από το προϊόν υγεία από ένα άτομο με 9(εννέα) χρόνια εκπαίδευσης. Τέλος, θα αναφερθούμε σε μία από τις προβλέψεις του συγκεκριμένου μοντέλου, εάν η εκπαίδευση αυξάνει την 19 αποτελεσματικότητα, μέσω των επενδύσεων στην υγεία, τότε οι πιο μορφωμένοι θα έχουν και καλύτερη υγεία. Στη συνέχεια, στο άρθρο των Doornbos G & D. Kromhout(1990), εξετάστηκε η σχέση θνησιμότητας και εκπαιδευτικού επιπέδου, λαμβάνοντας υπόψη βέβαια κι άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η μελέτη έγινε σε άντρες που γεννήθηκαν το 1932 εξετάστηκαν για στρατιωτικούς λόγους τη χρονική περίοδο 1950-1951 και ήταν Ολλανδικής καταγωγής. Υπεύθυνο για την μελέτη αυτή ήταν το Υπουργείο Πρόνοιας και οι ερωτήσεις στις οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν αφορούσαν το επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο ήταν κατηγοριοποιημένο σε 7 επίπεδα, το τόπο κατοικίας, τη συστολική τους πίεση, του δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) αλλά και κάποια άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το παρελθόν τους.

Συνοψίζοντας όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που άνηκαν στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να ορίσουμε την εκπαίδευση, καθώς, σύμφωνα με τον Spruijt(1990), αποτελεί ένα δείκτη υλικών και μη, καταστάσεων της ζωής. Βέβαια, δε σημαίνει πως τα άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχουν προβλήματα υγείας. Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι, από το 1951 και έπειτα, το ποσοστό των ατόμων με υψηλή εκπαίδευση έχει αυξηθεί στην Ολλανδία. Κλείνοντας, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το φύλο, καθώς στην έρευνα συμμετείχαν μόνο άντρες και ίσως τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά αν συμπεριλαμβάνονταν και οι γυναίκες.

➤ Φύλο (Gender):

Το φύλο μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της υγείας καθώς και τη ψυχική, σωματική και «κοινωνική» υγεία, για τον λόγο αυτό και αποτελεί και έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της. Κοινωνικά, δεν υπάρχει κάποιου είδους πρόβλημα που να δημιουργεί η διαφορά του φύλου στο επίπεδο υγείας. Παρόλα αυτά, δημιουργούνται ανισότητες και διακρίσεις ανάμεσα στους άνδρες και γυναίκες, που μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου.

Μελετώντας την σχέση φύλου και υγείας διαπιστώθηκε πως η επιρροή μπορεί να είναι είτε άμεση είτε έμμεση. Για παράδειγμα, οι γυναίκες για λόγους κάλλους(ομορφιάς), εξωθούν τον οργανισμό τους στα άκρα, θέτοντας την υγεία τους σε κίνδυνο. Συχνό φαινόμενο ήταν αυτό στην Κίνα με το δέσιμο των κάτω άκρων ή όπως κυριαρχούσε παλιότερα στην Ευρώπη, η τάση του κορσέ. Το φύλο, μπορεί να επηρεάσει με έμμεσο τρόπο την υγεία, μέσω των προσδοκιών που έχουμε για τον άνδρα ή την γυναίκα. Για παράδειγμα, η φροντίδα είναι , κατά κύριο λόγο, μέλημα των γυναικών με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερα επίπεδα στρες.

Σε αντίθεση, λόγω της αρρενωπότητας, οι άντρες πολλές φορές αμελούν την υγεία τους με αποτέλεσμα να είναι πιο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο. Τέλος, σύμφωνα με έρευνες, οι άνδρες καπνίζουν και πίνουν περισσότερο με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η υγεία τους μέσω αυτών των κακών συμπεριφορών. Σε μελέτη που είχε ως στόχο να διερευνήσει το φύλο, την ηλικία και τους προληπτικούς ελέγχους (screening) σε σχέση με την μελλοντική υγεία, οι A. Deeks, C. Lombard, J. Michelmore , H. Teede(2009) απέδειξαν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες. Με έρευνα που έγινε στην Αυστραλία(αγροτικές και αστικές περιοχές της) , οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να κάνουν προληπτικές εξετάσεις-περίπου το 72%- και συχνά, είναι αυτές που ενθαρρύνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να προβούν σε αυτές, να πάνε στο γιατρό ή στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την συμπεριφορά τους απέναντι στην υγεία(health behavior), οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αισθάνονται ότι είναι ευθύνη τους να ζητούν συμβουλές σχετικά με την πρόληψη, σε σχέση με τους άντρες.

Επίσης, διαφορά υπάρχει ακόμη και στην πληροφόρηση ανάμεσα στα δύο φύλα αλλά και στις ηλικίες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες ενδιαφέρονται για το διαβήτη, την παχυσαρκία, την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ οι άνδρες μόνο για τον καρκίνο του προστάτη. Τέλος, μέσω αυτού του άρθρου, μπορούμε να πιστεύουμε πως τόσο το φύλο όσο

και η ηλικία αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες που συμβάλουν στις πεποιθήσεις και στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Επιπλέον, πέρα από την ηλικία που επηρεάζει-σε συνδυασμό με το φύλο- σε μεγάλο βαθμό την υγεία, η φυλή παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο. Μελέτες έδειξαν πως οι άντρες κρίνουν τους κινδύνους ως μικρότερους ή λιγότερο επιβλαβείς για την υγεία, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου αντιλαμβάνονται τους κινδύνους της υγείας πολύ περισσότερο. Διαφορές υπάρχουν ακόμα και στη φυλή, όπως αναφέραμε, καθώς οι έγχρωμοι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε τοξικές ουσίες. Στο άρθρο των J. Flynn, P. Slovic & Ck. Mertz(1994), παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας που συνδέει τις αντιλήψεις για το περιβάλλον και τους κινδύνους για την υγεία με το φύλο και τη φυλή. Σκοπός ήταν να συλλέξουν πληροφορίες για τη συμπεριφορά του ατόμου, τις αξίες, τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις για τους περιβαλλοντικούς κινδύνους που επιφυλάσσονται για την υγεία. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από national survey στις Η.Π.Α μεταξύ 1492 τυχαίων ατόμων(1275 λευκών και 217 έγχρωμων) τη χρονική διάρκεια 1992-1993, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το φύλο και τη φυλή. Το αποτέλεσμα ήταν οι μη λευκοί(άντρες και γυναίκες) να έχουν την ίδια συμπεριφορά απέναντι στους κινδύνους. Ενώ, οι λευκοί άντρες έχουν διαφορετική αντίληψη. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι οι άντρες επωφελούνται, δημιουργούνται και διαχειρίζονται διαφορετικά αυτούς τους κινδύνους. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ομάδες μελέτης όπου αισθάνονται πιο ευάλωτοι, καθώς απολαμβάνουν πολύ λιγότερα από τους θεσμούς και τη τεχνολογία όσον αφορά τους κινδύνους της υγείας.

#### ➤ Κουλτούρα (Culture):

Τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης αλλά και η οικογένεια, οι φίλοι καθώς και οι κοινότητες συνδέονται με καλύτερα επίπεδα υγείας. Ακόμη, ο πολιτισμός, τα έθιμα, οι παραδόσεις και οι πεποιθήσεις των παραπάνω συνδέονται άμεσα το επίπεδο υγείας με αποτέλεσμα να το επηρεάζουν. Οι περισσότεροι μελετητές, έχουν επικεντρωθεί στις πεποιθήσεις των ατόμων, όσον αφορά τις ασθένειες και πιο συγκεκριμένα, την αιτία και την θεραπεία της ασθένειας. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχουν διαφορές στον όρο υγεία ανά πολιτισμική ομάδα ή μειονότητα. Η παροχή πολιτιστικής ικανότητας στην υγειονομική περίθαλψη, προϋποθέτει ότι οι επαγγελματίες στο τομέα υγείας, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι υπεύθυνοι σχεδιασμού, κατανοούν τις πολιτιστικές ομοιότητες και διαφορές στις απόψεις αλλά και στο επίπεδο υγείας των ατόμων. Έτσι, θα πρέπει να προσαρμοστούν τα προγράμματα και οι στρατηγικές που αφορούν την υγεία.(Bermejo,



Kriston, & Muthny, 2012, Hakim & Wegmann, 2002, Jobanputra & Furnham, 2005, Torsch & Ma, 2000, Winkelman, 2009). Λόγω των πολιτισμικών διακυμάνσεων στις πρακτικές και αντιλήψεις της υγείας, οι A. Levesque και Z. Li (2014) διεξήγαγαν μια έρευνα που είχε στόχο να δείξει την επιρροή αυτή του πολιτισμού και των μειονοτήτων στις αντιλήψεις της υγείας. Αυτή η έρευνα έγινε στον Καναδά και συμμετείχαν τρεις πολιτισμικές ομάδες, αυτή των Αγγλόφωνων, αυτή των Γαλλόφωνων και αυτή της Πρώτης Γενιάς Καναδών, με 20 άτομα από κάθε ομάδα (10 άντρες και 10 γυναίκες), ηλικίας 20-68. Τα άτομα, κλήθηκαν να απαντήσουν στο τρόπο που ορίζουν την υγεία και τις πρακτικές που 22 χρησιμοποιούν για να τη διατηρήσουν. Επίσης, λήφθηκαν υπόψη και άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως η εκπαίδευση, η ηλικία, το επίπεδο εισοδήματος και η οικογενειακή κατάσταση τους. Τελικά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στις πολιτισμικές ομάδες και τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την υγεία και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στους προσδιοριστικούς παράγοντες της.

Συνοψίζοντας λοιπόν και λαμβάνοντας υπόψη τις μελέτες που αναφέρθηκαν παραπάνω, διακρίνονται πολλοί παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία του ατόμου. Αρκετοί από αυτούς γνωρίζαμε πως επηρεάζουν το άτομο, και κατ' επέκταση την υγεία του, αλλά όχι τον τρόπο και σε τι βαθμό συνδέονται με αυτήν. Το εισόδημα, αποτελεί τον κυριότερο προσδιοριστικό παράγοντα. Επηρεάζει άμεσα την υγεία του ατόμου γιατί συνδέεται με πολλές πτυχές της ανθρώπινης καθημερινότητας. Πρώτον, μέσω της ανεργίας, που όπως αναφέραμε το εισόδημα είναι, σχεδόν, ανύπαρκτο με αποτέλεσμα το άτομο να μην έχει «καλή υγεία» αφού δεν ακολουθεί σωστή διατροφή. Σε αρκετές-ακραίες- περιπτώσεις τα είδη πρώτης ανάγκης θεωρούνται είδη πολυτελείας, επομένως, τα φάρμακα και η πρόσβαση στην υγεία θεωρείται, σχεδόν, αδύνατη. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν μπορούν να καλύψουν την ασφάλιση ή τα φάρμακα τους, επομένως παραμελούν την υγεία τους και αποφεύγουν τις ιατρικές επισκέψεις. Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα (βλ. Εικόνα 1), τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι πιο εκτεθειμένα στον κίνδυνο και έχουν χαμηλά επίπεδα υγείας.

#### **4.5 SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe)**

Η έρευνα SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) αποτελεί μία πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε άμεση συνεργασία με τα Κράτη-Μέλη. Ουσιαστικά, είναι μία βάση δεδομένων, με αντικείμενο θέματα υγείας, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, συντάξεως κ.α, για άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. Το δείγμα

που χρησιμοποιείται είναι περίπου 40.000 και αναλύει στοιχεία από διαφορετικές χώρες και κλάδους.

- ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το Κέντρο Οικονομικών της Γήρανσης του Μονάχου (Munich Center for the Economics of Aging – MEA7 ) είναι υπεύθυνο για την πλήρη οργάνωση της έρευνας. Αυτό με τη σειρά του ανήκει στο Ινστιτούτο Κοινωνικού Δικαίου και Κοινωνικής Πολιτικής Μαξ Πλανκ (Max Plank Institute for Social Law and Social Policy).

Συγκεκριμένα, ως επικεφαλής της οργάνωσης έχει οριστεί ο καθηγητής Axel BörschSupan.

Ο όλος συντονισμός για να επιτευχθεί πλήρως έχει καταναμηθεί σε 5 τομείς-δραστηριότητες, και είναι οι κάτωθι:

- Συντονισμός του έργου (Project Coordination).
- Διοίκηση (Administration).
- Επικοινωνίες (Communications).
- Διαχείριση Βάσης Δεδομένων (Database Management).
- Διεθνείς Δραστηριότητες (International Operations).

Αυτοί οι πέντε τομείς διαιρούνται με τη σειρά τους σε επιμέρους τμήματα για την καλύτερη λειτουργία και επίτευξη των απαιτούμενων στόχων.

Διαχωρισμός γίνεται και στο ερευνητικό επίπεδο. Η Έρευνα έχει χωριστεί σε τέσσερις χώρους δράσεις, που αφορούν:

- Την Οικονομία (Economics).
- Την Υγεία (Health).
- Την Υγειονομική Περίθαλψη (Health Care).
- Την Κοινωνική Δικτύωση (Social Networks).

Δε θα πρέπει να παραλείψουμε, ότι ομάδα αποτελεί και η κάθε χώρα.

Η επιστημονική ισχύς της SHARE βασίζεται στον πάνελ σχεδιασμό της ο οποίος, διαμέσου της συμμετοχής στην έρευνα του επιλεγμένου δείγματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είναι σε θέση να συλλάβει το δυναμικό χαρακτήρα της διαδικασίας της γήρανσης. Η διεπιστημονική προσέγγιση της SHARE μπορεί και αποδίδει την πλήρη εικόνα της διαδικασίας της γήρανσης. Η τήρηση αυστηρών διαδικαστικών οδηγιών και προγραμμάτων διασφαλίζουν την ex-ante εναρμόνιση του σχεδιασμού της έρευνας σε κάθε

χώρα με αποτέλεσμα την πλήρη συγκρισιμότητα των στοιχείων ήδη από τη διάρκεια της διεξαγωγής της.

Η έρευνα SHARE παρουσιάζει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα. Αρχικά, η συνεχής και διαχρονική παρακολούθηση των αναλύσεων των δεδομένων της, λόγω της επαναλαμβανόμενης συμμετοχής των ίδιων χωρών και του ίδιου πληθυσμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μελετάτε διεξοδικά και να περιγράφεται πλήρως η διαδικασία της γήρανσης του πληθυσμού. Έτσι, η διασύνδεση ανάμεσα στα κύματα αυτά της έρευνας, βοηθάει όλους τους αρμόδιους που χρησιμοποιούν τα δεδομένα αυτά να γνωρίζουν το πως διαμορφώνονται οι συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων σε σχέση με τις κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές καταστάσεις και τις αλλαγές τους με το χρόνο.

Η δειγματοληψία είχε διεξαχθεί σε 6 κύματα. Το τελευταίο κύμα (Wave 6) διεξήχθη το 2015. Η εμπειρική ανάλυση των στοιχείων που παρουσιάζονται στα κεφάλαια 7 και 8 βασίζονται στα δεδομένα του τελευταίου αυτού δείγματος.

Πιο κάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά στο ερευνητικό πρόγραμμα SHARE και στα πρώτα 5 βασικά κύματα (χώρες που συμμετείχαν, μεταβλητές που εξετάστηκαν, κλπ).

## ΚΥΜΑ 1

Η έναρξη της έρευνας πραγματοποιήθηκε το έτος 2004-2005 και είχαν πάρει μέρος 11 χώρες. Οι χώρες αυτές ήταν έτσι επιλεγμένες ώστε να καλύπτουν όλο το εύρος της Ευρώπης και τα χαρακτηριστικά των διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της. Συγκεκριμένα, ήταν η Δανία, η Σουηδία η Αυστρία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελβετία, Βέλγιο, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα. Σταδιακά άρχισαν να εισέρχονται και άλλες χώρες στην έρευνα, όπως και το Ισραήλ.

Πινάκας 2: Παράθεση όλων των δειγμάτων του πρώτου κύματος κατά το 2004-05 (έκδοση δεδομένων 2.0.1.) ανά χώρα, φύλο και ηλικία

Χώρα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	18-49 ετών	50-64	65-74	75+	Ποσοστό Αποκρίσης οικοκυριών	Ποσοστό Ατόμων*
Δανία	1707	771	936	92	916	369	330	63,2%	93%
Σουηδία	3053	1414	1639	56	1589	816	592	46.9%	84.6%

Αυστρία	1893	782	1111	44	949	544	356	55.6%	87.5%
Γαλλία	3193	1386	1807	155	1648	759	631	81.0%	93.3%
Γερμανία	3008	1380	1628	65	1569	886	486	63.4%	86.2%
Ελβετία	1004	462	542	42	505	251	204	38.8%	86.9%
Βέλγιο	3827	1739	2088	178	1991	986	672	39.2%	90.5%
Ολλανδία	2979	1368	1611	102	1693	713	459	61.6%	87.8%
Ισπανία	2396	994	1402	42	1079	701	573	53.0%	73.7%
Ιταλία	2559	1132	1427	51	1342	785	381	54.5%	79.7%
Ελλάδα	2898	1244	1654	229	1458	712	499	63.1%	91.8%
<b>ΥΝΟΛΟ</b>	<b>28517</b>	<b>12672</b>	<b>15845</b>	<b>1056</b>	<b>14739</b>	<b>7522</b>	<b>5183</b>	<b>55.71%</b>	<b>86.82%</b>

Στον Πίνακα 2 απεικονίζεται το σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος ανά χώρα, ανά φύλο και ανά ηλικία. Επίσης, έχουν αποτυπωθεί και τα ποσοστά απόκρισης τόσο των νοικοκυριών, όσο και των ατόμων.

#### ΚΥΜΑ 2<sup>ο</sup>

Το 2006-2007 πραγματοποιήθηκε η δεύτερη φάση (δεύτερο κύμα όπως ονομάστηκε) της συγκεκριμένης έρευνας. Οι νέες χώρες που έλαβαν μέρος ήταν η Τσεχία, η Πολωνία και η Ιρλανδία.

Μετά τη επεξεργασία και δημοσίευση των αποτελεσμάτων του δευτέρου κύματος η SHARE προσπάθησε να δώσει και μία μακροσκοπική (longitudinal) διάσταση στην έρευνα. Αυτό είχε, ως στόχο, να δώσει επιπλέον αναλύσεις με τη διερεύνηση διαφορετικών φάσεων της ζωής των ίδιων ατόμων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Πίνακας 3: Παράθεση όλων των δειγμάτων του δευτέρου κύματος κατά το 2006-07 (έκδοση δεδομένων 1.0.1.) ανά χώρα, φύλο και ηλικία

Χώρα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Κάτω των 50	50 έως 64	65- έως 74	75+
Αυστρία	1341	546	795	17	537	480	307
Βέλγιο	3169	1435	1734	79	7607	774	709
Τσεχία	2830	1191	1639	71	1542	705	509
Δανία	2616	1176	1440	81	1397	621	517
Γαλλία	2968	1273	1695	97	1464	736	671
Γερμανία	2568	1184	1384	40	1216	853	459
Ελλάδα	3243	1398	1845	162	1624	820	636
Ιταλία	2893	1345	1638	56	1357	975	595
Ολλανδία	2661	1212	1449	46	1478	681	456
Πολωνία	2467	1074	1393	38	1348	604	477
Ισπανία	2228	1003	1225	46	954	645	582
Σουηδία	2745	1267	1478	33	1258	807	647
Ελβετία	1462	645	817	37	750	364	311
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>33281</b>	<b>14749</b>	<b>18532</b>	<b>803</b>	<b>16532</b>	<b>9065</b>	<b>6876</b>

Πηγή: Έρευνα SHARE

Στον επόμενο πίνακα, παρατίθεται η πρώτη μακροσκοπική μελέτη των δειγμάτων ανά χώρα, φύλο και ηλικία.

Αυτό που πρέπει να αναφερθεί για τη μακροσκοπική μελέτη αυτή είναι ότι δεν περιλαμβάνεται στην τρέχουσα περίοδο το Ισραήλ. Επιπλέον, τόσο η Τσεχία, όσο και η Πολωνία, δεν περιλαμβάνονται ούτε αυτές. Η συμμετοχή τους έγινε στο δεύτερο κύμα, με αποτέλεσμα να μην έχει συγκροτηθεί μέχρι εκείνη τη στιγμή ένα μακροσκοπικό δείγμα.

Πίνακας 4: Παράθεση όλων των μακροσκοπικών (longitudinal) δειγμάτων (από τον Δεκέμβριο του 2008) ανά χώρα, φύλο και ηλικία

Χώρα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Κάτω των 50	50 έως 64	65- έως 74	75+
Αυστρία	1238	509	729	11	490	441	296

Βέλγιο	2808	1281	1527	44	1370	728	666
Δανία	1249	564	685	24	607	319	299
Γαλλία	1998	848	1150	49	926	529	494
Γερμανία	1544	710	834	10	662	585	287
Ελλάδα	2280	966	1314	82	1076	609	513
Ιταλία	1766	765	1001	12	755	617	382
Ολλανδία	1777	804	973	15	893	516	353
Ισπανία	1375	576	799	9	529	430	407
Σουηδία	2010	930	1080	13	907	607	483
Ελβετία	696	317	379	11	312	197	176
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>18741</b>	<b>8270</b>	<b>10471</b>	<b>280</b>	<b>8527</b>	<b>5578</b>	<b>4356</b>

### ΚΥΜΑ 3° – SHARELIFE

Το 2008-2009 ακολούθησε το τρίτο κύμα της έρευνας. Ονομάστηκε SHARELIFE και χαρακτηριστικό της είναι η συλλογή αναδρομικών στοιχείων από 16 χώρες ως προς την κατάσταση ζωής. Το κύμα της έρευνας αυτής έγινε σε 13 χώρες και οι συμμετέχοντες ήταν περίπου 30000.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής είναι η σύνδεση που επιτεύχθηκε ανάμεσα στα μικρο-δεδομένα με τα μακρο-δεδομένα. Τα στοιχεία που καλύπτουν τη ζωή των συμμετεχόντων μελετήθηκαν συγκριτικά με τα στοιχεία του κράτους πρόνοιας, στα οποία ανήκουν. Μέσω αυτής της σύγκρισης, ήθελαν να ερευνηθούν και να μελετηθούν οι παρεμβάσεις που γινόντουσαν στο κράτος πρόνοιας και τι επιπτώσεις είχαν στο επίπεδο της ζωής των μεμονωμένων ατόμων.

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο χρησιμοποιήθηκε, περιλάμβανε πλήθος ερωτήσεων που αφορούσε το πλήρες ιστορικό σε επίπεδο οικογενειακή και εργασιακής κατάστασης, αλλά και καταστάσεις υγείας και λήψης ιατρικής περίθαλψης.

Έτσι, κατάφερε να γίνει μια σημαντική διεπιστημονική βάση δεδομένων για τις επιστήμες της οικονομίας και των διαφόρων τομών της κοινωνιολογίας (δημογραφία, γεροντολογία).

### ΚΥΜΑ 4°

Η τέταρτη φάση της έρευνας ξεκίνησε το 2010 με την εισαγωγή επιπλέον τεσσάρων χωρών.

Τα στοιχεία της Εσθονίας, της Ουγγαρίας, της Πορτογαλίας και της Σλοβακίας εισήλθαν στην έρευνα για να μελετηθούν τα κοινωνικά δίκτυα μέσω της μεθόδου παραγωγής ονομάτων, και να επιτευχθεί μία περισσότερο συγκριτική και αναλυτική οπτική.

Συγκεκριμένα, στις θεματικές ενότητες ανασχεδιάστηκε η ενότητα της κοινωνικής δικτύωσης ώστε να δώσει πιο λεπτομερή στοιχεία και με μεγαλύτερες δυνατότητες σύγκρισης.

#### ΚΥΜΑ 5<sup>ο</sup>

Ξεκίνησε το 2013. Έγινε μελέτη ως προς τα στοιχεία του κοινωνικού αποκλεισμού, τις συνθήκες στο πρώιμο στάδιο της ζωής και την αξιοποίηση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην εργασία. Στη φάση αυτή της έρευνας, παρατηρούνται παραγόμενες μεταβλητές, με αναπληρωμένα και σταθμισμένα στοιχεία και αξιοποιούνται νέες μέθοδοι υποκατάστασης δεδομένων. Επίσης, λαμβάνει χώρα και μία παράπλευρη έρευνα που αφορά τους ίδιους τους συνεντευκτές (Interview Survey). Οι χώρες που έλαβαν μέρος στη συγκεκριμένη είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ελβετία, η Τσεχία, η Γερμανία, η Δανία, η Εσθονία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ισραήλ, η Ιταλία, η Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, η Σουηδία και η Σλοβενία.

Η χώρα μας έλαβε εκ νέου μέρος στο 6ο κύμα συλλογής δεδομένων το 2014.

Ιδιαίτερη αναφορά οφείλεται να γίνει στη συλλογή των δεδομένων.

Όσον αφορά τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί κατά την έρευνα αφορούν κυρίως μεταβλητές υγείας (όπως υποκειμενικούς δείκτες για την κατάσταση υγείας, χρόνιες παθήσεις, βιολογικούς δείκτες), ψυχικής υγείας (ποιότητα ζωής, κατάθλιψη), οικονομικές μεταβλητές (εισόδημα, περιουσιακά στοιχεία, συντάξεις, προηγούμενη εργασία, εκπαιδευτικό επίπεδο), μεταβλητές κοινωνικής υποστήριξης (εθελοντισμός, παροχή βοήθειας από συγγενείς κ.ά.) κλπ.

Πίνακας 5: Πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά τα κύματα 1, 2 και 4 της έρευνας SHARE

Θεματική Ενότητα	Πληροφορίες
Εισαγωγικό φύλλο	Χρονολογία και μήνας γέννησης, φύλο, σύνθεση νοικοκυριού

Δημογραφικά στοιχεία	Εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, χώρα γέννησης και ιθαγένεια, γονείς και συγγενείς
Σωματική υγεία	Αυτό-αναφερόμενη υγεία, ασθένειες, βάρος και ύψος, περιορισμοί σε καθημερινές δραστηριότητες
Επικίνδυνη συμπεριφορά	Κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σίτιση, φυσική δραστηριότητα
Γνωστική λειτουργία	Ικανότητες γραφής και ανάγνωσης, προσανατολισμός, απομνημόνευση λέξεων, ομιλία και ικανότητα αριθμητισμού
Ψυχική υγεία	Κλίμακα ψυχικής υγείας (EURO-D), δείκτης ποιότητας ζωής (CASP-12)
Υγειονομική περίθαλψη	πισκέψεις σε ιατρό, νοσηλεία, χειρουργικές επεμβάσεις, πληρωμές υγείας
Απασχόληση και συντάξεις	Κατάσταση απασχόλησης, πηγές εισοδήματος, είδος εργασίας, ποιότητα εργασίας
Παιδιά	Αριθμός και δημογραφικά χαρακτηριστικά παιδιών
Κοινωνική υποστήριξη	Βοήθεια και υποστήριξη (παρεχόμενη ή λαμβάνουσα)
Χρηματοδοτικές μεταφορές	Χρήματα ή δώρα (παρεχόμενα ή λαμβάνοντα)
Στέγαση	Χαρακτηριστικά ιδιοκτησίας (υποθήκες, δάνεια, αξία), χαρακτηριστικά και είδος οικίας, πληρωμές ενοικίων
Οικογενειακό Εισόδημα	Χρηματοδοτικές πηγές των μελών του νοικοκυριού
Κατανάλωση	Δαπάνες για φαγητό, αγαθά και υπηρεσίες, ικανότητα του προς το ζην
Περιουσιακά στοιχεία	οραπεζικοί λογαριασμοί, ομόλογα, αμοιβαία κεφάλαια κτλ., αποταμιεύσεις
Δραστηριότητες	Εθελοντική εργασία, θρησκευτικές οργανώσεις, κίνητρα
Προσδοκίες	Προσδόκιμο ζωής, μελλοντικές προοπτικές
Παρατηρήσεις ερευνητή	Προθυμία, κατανόηση ερωτήσεων κτλ.
Συνέντευξη τέλους ζωής	Συνθήκες και αιτίες θανάτου
Κοινωνική Δικτύωση (μόνο 4ο κύμα)	κοινωνικό δίκτυο, επαφές, συναισθηματική εγγύτητα, γεωγραφική απόσταση, ικανοποίηση



Πίνακας 6: Φυσικές Μετρήσεις και Βιολογικοί Δείκτες κατά τα πρώτα 4 κύματα της έρευνας SHARE

Φυσικές Μετρήσεις	Κύμα 1	Κύμα 2	Κύμα 3 (SHARELIFE)	Κύμα 4
Δοκιμασία δύναμης χειρολαβής	NAI	NAI	NAI	NAI
Δοκιμασία μέγιστης αναπνευστικής ροής	-	NAI	-	NAI
Δοκιμασία ταχύτητας βαδίσματος	NAI	NAI	-	-
Δοκιμασία στάσης από καρέκλα	-	NAI	-	-

#### **4.6 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE**

Η έρευνα SHARE αποτελεί ένα εξαιρετα χρήσιμο εργαλείο για κοινωνική έρευνα και διαμόρφωση πολιτών για θέματα υγείας και συντάξεων. Με βάση τα στοιχεία του SHARE έχουν γίνει πολλές μελέτες και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά. Γενικά φαίνεται ότι το σημαντικότερο ρόλο σε αυτή την έρευνα έχει παρατηρηθεί ότι διαδραματίζει την οικονομική κατάσταση των ατόμων.

Οι πιο ευάλωτοι τόσο στη φτώχεια, όσο και στον κοινωνικό αποκλεισμό, δεν παύει να είναι οι ηλικιωμένοι. Όμως, αυτό διαφέρει, κυρίως στη χώρας της Μεσογείου, λόγω του γεγονότος της μικρής απομάκρυνσης των παιδιών από τους γονείς τους. Έτσι, οι ηλικιωμένοι είναι σε θέση να δέχονται επιπρόσθετη βοήθεια από αυτά και περιορίζεται το ποσοστό της φτώχειας που αντιμετωπίζουν. Αντίθετα, στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, αυτό που παρατηρείται είναι η αντίστροφη βοήθεια, δηλαδή οι ηλικιωμένοι στηρίζουν τα παιδιά τους.

Ένας, επιπλέον, παράγοντας που δίνει τα δικά του χαρακτηριστικά, είναι οι συνθήκες εργασίας που είχαν τα άτομα αυτά, προτού εισέλθουν στην περίοδο της συνταξιοδότησής τους. Εάν τα άτομα είχαν καλές συνθήκες εργασίας, τότε παρατηρούνταν ότι συνέχιζαν την εργασία τους για περισσότερο καιρό. Ακόμα, η ποιότητα της εργασίας επηρεάζει και την υγεία τους. Στην Ευρώπη, αυτό που έχει μελετηθεί, είναι η ανωτερότητα της Βόρειας Ευρώπης ως προς την ποιότητα των συνθηκών εργασίας σε αντίθεση με της Νότιας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΑΚΡΟΖΩΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Το 2002 ο GJ Duncan είχε αναφερθεί στους δείκτες της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης λέγοντας ότι ο σκοπός τους είναι η πρόσβαση των ατόμων στους κοινωνικούς και στους οικονομικούς πόρους. Δείκτες που αναφέρονται σε αυτή τη κατηγορία θεωρούνται το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα.

### 5.1 Οικονομική κατάσταση και Υγεία

Κύριος παράγοντας που προσδιορίζει το επίπεδο της οικονομικής κατάστασης είναι το συνολικό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού στο οποίο ζει. Επίσης, η οικονομική κατάσταση προσδιορίζεται και από τον πλούτο, που είναι πιθανό να διαθέτει στην κατοχή του. Ως πλούτος νοείται το σύνολο των περιουσιακών στοιχείων.

Για αυτό, η χρήση αποκλειστικά εισοδηματικών δεικτών στις εμπειρικές έρευνες δεν είναι αποτελεσματική, διότι η οικονομική κατάσταση του ατόμου αποτελείται από το σύνολο του εισοδήματος και του πλούτου.

Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί ότι οι εμπειρικές μελέτες δεν είναι σε θέση να διευκρινίζουν ορθά και με σαφήνεια τη σχέση που παρατηρείται ανάμεσα στην οικονομική κατάσταση και την υγεία και αν αυτή υπαγορεύεται από μηχανισμούς επιλογής υγείας (health selection) ή αν περιγράφει μια αιτιώδη σχέση (casual effect). Έτσι, οδηγείται στη χρησιμοποίηση δεδομένων για μία σειρά ετών για να επιτευχθεί μία πιο ακριβή ανάλυση η μεταβολή της στην κοινωνικοοικονομική κλίμακα και στη κλίμακα υγείας. (Duncan, 2002).

Μία άλλη ανάλυση που έχει πραγματοποιηθεί, αναφέρεται σε μία σχέση «δράσης – αντίδρασης» μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της υγείας. Αναλυτικότερα, άτομα που ανήκουν σε υψηλότερες κοινωνικές ομάδες απολαμβάνουν ποιοτικότερες παροχές υγείας και αναλογικά όσο πιο χαμηλά ανήκουν. (Everson, 2002)

Το 1999, οι Ecob και Davey Smith έδειξαν τη γραμμική σύνδεση ανάμεσα στους δείκτες υγείας και στο επίπεδο του εισοδήματος για άτομα μεσαίων επιπέδων εισοδήματος. Αντίθετα, όμως, παρατηρήθηκε μία φθίνουσα απόδοση της υγείας στα άλλα επίπεδα.

Μελέτες που βασίζονται σε στοιχεία του SHARE έχουν δείξει ότι για άτομα σχετικά μεγάλης ηλικίας (50 ή 65 ετών και άνω) ο "πλούτος" είναι καλύτερη μεταβλητή για να αναλυθούν οι διασυνδέσεις με τα επίπεδα υγείας διότι μεταξύ άλλων το εισόδημα μπορεί να

αλλάζει ανάλογα με μεταβλητές που παρατηρούνται στην απασχόληση ή στην θέση των ατόμων με την πρόοδο των χρόνων.

## **5.2 Επαγγελματική κατάσταση και Υγεία**

Αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου. Από αυτό καθορίζεται, κυρίως και το ύψος του εισοδήματος. Επιπλέον, από το επάγγελμα που ασκεί το άτομο, γίνεται ,σε ένα μεγάλο επίπεδο, αντιληπτή και η ποιότητα των συνθηκών εργασίας που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα κατά την άσκηση του.

Μέσω των δεικτών της επαγγελματικής κατάστασης μπορεί να γίνουν αντιληπτά δύο δεδομένα. Πρώτον, αν το άτομο εργάζεται ή όχι, και δεύτερον, προσδιορίζουν το είδος του επαγγέλματος που ασκεί, καθώς και τα χαρακτηριστικά του (ωράριο εργασίας, συνθήκες εργασίας, κινδύνους που αντιμετωπίζει κα).

Όμως, πολλές φορές, αυτοί οι δείκτες δεν είναι πλήρως αποτελεσματικής στην ανάλυσή τους, διότι είναι ευαίσθητοι σε ζητήματα ενδογενείας. Επίσης, παίζει ρόλο και η κατάσταση της υγείας του ατόμου, γιατί μία κακή κατάσταση υγείας οδηγεί και σε δυσμενή επαγγελματικές καταστάσεις, όπως αντίθετα συμβαίνει και με τη επιβάρυνση της υγείας ανάλογα με το επάγγελμα και τις ιδιότητές του.

Άλλο ένα πρόβλημα με τα στοιχεία του επαγγέλματος που αφορά τις γυναίκες είναι ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών δειγμάτων νοικοκυρές (πχ στην Ελλάδα είναι περίπου 45%) και ως εκ τούτου δεν μπορεί για ένα μεγάλο τμήμα του δείγματος να προσδιοριστεί το επάγγελμα. Παρόμοια θέματα ανακύπτουν και για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω που είναι “συνταξιούχοι”.

Σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, δείχνουν πλήρως την αλληλεπίδραση μεταξύ της υγείας, την ανεργίας και των εργασιακών καταστάσεων. Το συμπέρασμα, στο οποίο έχουν οδηγήσει οι έρευνες αυτές, είναι το χαμηλότερο επίπεδο μισθοδοσία που βρίσκονται οι εργαζόμενοι με μακροχρόνιες προβλήματα υγείας, σε σχέση με τους εργαζόμενους του ίδιου κλάδου.

## **5.3 Ανεργία και Υγεία**

Η ανεργία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου. Η θεώρηση που επικρατεί είναι ότι η εργασία καλύπτει, εκτός την εξασφάλιση

οικονομικών πόρων, και τις ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου να προσφέρει και να νιώθει χρήσιμος. Ειδικότερα, προσφέρει στο άτομο μία πλήρη κοινωνική ταυτότητα. Οπότε, θα πρέπει να εξετάζονται και οι δυο αυτοί παράγοντες στη σχέση ανάμεσα στην ανεργία και την υγεία.

Τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν και να επιβαρύνουν την υγεία εμφανίζονται είτε άμεσα είτε έμμεσα. Η κυριότερη νοσηρή κατάσταση εμφανίζεται στο συναισθηματικό τομέα. Το άτομο έχει υψηλό επίπεδο άγχους και παράλληλα, στις περισσότερες περιπτώσεις, εμφανίζει έντονα συναισθήματα κοινωνικής απομόνωσης, συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται.

#### **5.4 Εργασιακά Χαρακτηριστικά και Υγεία**

Ιδιαίτερα αρνητικό ρόλο διαδραματίζει ο φόρτος εργασίας και στη φυσική και στη πνευματική υγεία.

Ο Karasek, το 2002, ανέπτυξε δύο υποδείγματα, στα οποία βασίζεται η ανάλυση της αυξημένης νοσηρότητας και των εργασιακών χαρακτηριστικών.

Το πρώτο υπόδειγμα είναι η “πίεση από την εργασία”. Οι υψηλές απαιτήσεις στην εργασία σε αντίθεση με τις μειωμένες ικανότητές και την αδυναμία ανάληψης πρωτοβουλιών δημιουργεί δύσκολες καταστάσεις.

Το δεύτερο υπόδειγμα είναι το “υπόδειγμα ανισορροπίας προσπάθειας – ανταμοιβής”. Οι θέσεις εργασίας για τις οποίες η προσπάθεια επίτευξης τους είναι αντιστρόφως ανάλογες με την αμοιβή που παρέχουν οδηγούν σε καταστάσεις με ιδιαίτερο στρες και έτσι αυξάνεται και η πιθανότητα νοσηρότητας.

#### **5.5 Εκπαίδευση και Υγεία**

Η εκπαίδευση, τυπικά, ολοκληρώνεται στη νεαρή ηλικία. Αυτό οδηγεί στο μειονέκτημα της έλλειψης της επαγγελματικής εξειδίκευσης (on-the-job training), ούτε την υπόλοιπη επιμόρφωση που μπορεί να έχει λάβει για επαγγελματικούς σκοπούς. Επίσης, δεν λαμβάνει υπόψιν οποιαδήποτε μεταβολή οικονομικής κατάστασης μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με τη υγεία για διάφορους λόγους. Αρχικά, παρατηρείται ότι τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου ακολουθούν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής και δείχνουν περισσότερο προσοχή στις επιλογές τους. Ακόμα, τα άτομα αυτά, τη στιγμή που βρεθούν σε νοσηρή κατάσταση, εμφανίζουν στοιχεία αυτοκυριαρχίας και αυτοδιαχείρισης της κατάστασής τους.

Το επίπεδο εκπαίδευσης θεωρείται ο καλύτερος κοινωνικό-οικονομικός δείκτης που συναρτάται με το επίπεδο υγείας, ιδίως σε ηλικίες μεγάλες, όπως αυτές του SHARE: άτομα 50 ετών και άνω. Επιπλέον το επίπεδο εκπαίδευσης σε αυτά τα άτομα δεν μεταβάλλεται διαχρονικά, συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με το επάγγελμα και συνδέεται με νοοτροπίες, γνώσεις και πρακτικές που έχουν σχέση με πρόληψη και αντίληψη παραγόντων κίνδυνων υγείας.

## **5.6 Σχέσεις μεταξύ Φτώχειας, Κοινωνικοοικονομικών Ανισοτήτων και Υγείας**

Η φτώχεια και οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν σημαντικά την κατάσταση της υγείας. Η σχέση μεταξύ αυτών είναι πολύπλευρη και αμφίδρομη. Η κακή υγεία μπορεί να αποτελέσει καταλύτη για σπείρες φτώχειας που με τη σειρά τους μπορεί να δημιουργήσουν και να διαιωνίσουν την κακή κατάσταση της υγείας (Kern et al, 2001).

Οι σχέσεις δρουν επίσης και θετικά. Η καλή σωματική και ψυχική υγεία είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική παραγωγή, αναπαραγωγή και την ιθαγένεια, ενώ οι παραγωγικές στρατηγικές εύρεσης οικονομικών πόρων και διαχείρισης του κινδύνου είναι καθοριστικής σημασίας για την διασφάλιση των ατομικών και οικιακών καταστάσεων υγείας (Harpham et al, 2002).

Όπως και η φτώχεια, έτσι και η υγεία επηρεάζει με τη σειρά της την κοινωνική κατάσταση.

Αυτό συνεπάγεται, ότι η κατάσταση της υγείας αποτελεί μέρος της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής φύσης. Ο Kyegombe (2003) προσδιορίζει 5 κύριες διαστάσεις μέσω των οποίων αλληλεπιδρούν οι πτυχές της κακής υγείας με άλλα στοιχεία της φτώχειας. Αυτές οι διαστάσεις είναι οι εξής:

- η κακή διατροφή,
- ο κακός χώρος διαμονής,
- οι κακές συνθήκες εργασίας,
- το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης,

- και η κακή στρατηγική εύρεσης οικονομικών πόρων.

Παρατηρείται, ότι οι ήδη φτωχοί των κοινωνιών, αν όχι πάντα, τουλάχιστον τις περισσότερες φορές, ταλαιπωρούνται από υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και πεθαίνουν πρόωρα (κατά μέσο όρο). Ο Corbett το 1989 είχε επισημάνει ότι «Το μοντέλο της φτώχειας δείχνει ότι η ασθένεια, φτωχαίνει ήδη φτωχά νοικοκυριά, τα οποία βυθίζει σε μια προοδευτική πορεία μείωσης της υγείας και της οικονομικής κατάστασης τους».

Τα φτωχά μέλη του πληθυσμού δεν έχουν τη δυνατότητα, τις περισσότερες φορές, να ασφαλίσουν τον πλούτο τους έναντι των κινδύνων που επικρατούν στην αγορά, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παροδική ή ακόμα και μακροπρόθεσμη απώλεια της ευημερίας.

Η ερευνητική περιοχή των κοινωνικοοικονομικών διαστάσεων και της φτώχειας στην υγεία είναι σχετικά νέα περιοχή, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις δημόσιες αρχές. Το θεωρητικό υπόβαθρο βασίζεται στο υπόδειγμα Grossman (1972).

Η πλειοψηφία των θεωρητικών συμπερασμάτων επιβεβαιώνεται από την εμπειρική έρευνα. Η εμπειρική σχέση μεταξύ αυτών, επιβεβαιώνει τα ευρήματα με συνεπή τρόπο και ανεξάρτητα από εναλλακτικούς δείκτες υγείας.

Οι σχετικές μελέτες που έχουν λάβει χώρα ισχυρίζονται πως, έπειτα και από την αναγνώριση της αμφίδρομης φύσης της σχέσης ενδιαφέροντος συνεχίζουν να παρατηρούνται ισχυρές οικονομικές διαστάσεις στην υγεία. Τα άτομα με φτωχό ξεκίνημα της ζωής τους, είναι λιγότερο ευνοημένα στο επίπεδο της υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Όμως, κάθε βελτίωση της οικονομικής κατάστασης μειώνει αυτή την αρνητική επίδραση. Υπό αυτές τις συνθήκες, ένα τεράστιο κεφάλαιο άσκησης πολιτικής ανοίγει, καθώς είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί με αξιοπιστία το αντίκτυπο των ατομικών οικονομικών χαρακτηριστικών στην υγεία

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, τα οποία έχουν αντληθεί από το πρόγραμμα Share και τα οποία αφορούν ευρωπαίους πολίτες ηλικίας 50 ετών και άνω. Τα στοιχεία της εργασίας προέρχονται από το έκτο κύμα (wave 6) του προγράμματος SHARE. Η συλλογή των δεδομένων (δειγματοληψία) διεξήχθη το έτος 2015 σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα.

Αρχικά δίδεται μία εικόνα για όλες τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση και που εμπεριέχονται στο αντίστοιχο σετ δεδομένων, έτσι ώστε εν τέλει να μπορεί να απαντηθεί το ερώτημα εάν υπάρχουν μεταξύ των Ευρωπαίων οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες και διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, κατάθλιψης και δυσκολιών στην καθημερινή ζωή των ατόμων 50ετών και άνω..

Όπως έχει ήδη λεχθεί, το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE περιλαμβάνει έναν εξαιρετικά μεγάλο αριθμό μεταβλητών που προσφέρουν μεγάλο πλούτο πληροφοριών για διάφορα πεδία και τομείς ενδιαφέροντος όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, πληροφορίες για την υγεία των πολιτών των Ευρωπαϊκών χωρών και πολλές ακόμη εξειδικευμένες πληροφορίες.

Οι μεταβλητές που εξετάζονται σε αυτή τη μελέτη και οι οποίες έχουν άμεση σχέση με το αντικείμενο της εργασίας είναι οι εξής:

- country – χώρα διαμονής.
- gender – φύλο ερωτώμενων.
- age – ηλικία τω ατόμων (σε έτη).
- agegroups\_2 – μεταβλητή που χωρίζει τους ερωτώμενους σε δύο μεγάλες ομάδες ηλικιών (50-64, 65+).
- age\_70plus – δύτιμη μεταβλητή που διαχωρίζει τους ερωτώμενους σε δύο μεγάλες ομάδες ηλικιών: 50-69 και 70 και άνω.
- agegroups\_8 - μεταβλητή αυτή ομαδοποιεί τα άτομα σε πενταετείς ομάδες ηλικιών.
- gali – δείκτης γενικής υγείας που εκφράζει περιορισμός των ατόμων για απλές καθημερινές δραστηριότητες.
- yedu – έτη συμπληρωμένης εκπαίδευσης.



- chronic 2 – είναι μία δύτιμη μεταβλητή που δηλώνει αν τα άτομα πάσχουν από 2 ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες (binary variable).
- income - εισόδημα νοικοκυριών σε ευρώ.
- income\_mediangroups – δύτιμη μεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 0 για άτομα που δηλώνουν εισόδημα χαμηλότερο του διάμεσου εισοδήματος του δείγματος και την τιμή 1 για τα άτομα που δηλώνουν εισόδημα μεγαλύτερου του διάμεσου εισοδήματος του δείγματος (median income = 11650 euros).
- netwealth – καθαρός πλούτος των νοικοκυριών (συνολικά περιουσιακά στοιχεία).
- netwealth\_mediangroups – δύτιμη μεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 0 για άτομα που δηλώνουν περιουσιακά στοιχεία λιγότερα της διαμέσου του καθαρού πλούτου του δείγματος και την τιμή 1 για τα άτομα που δηλώνουν καθαρά περιουσιακά στοιχεία περισσότερα της διαμέσου καθαρού πλούτου του δείγματος (median netwealth = 77900 euros).
- welfare\_systems – μεταβλητή που χωρίζει τις χώρες σε τέσσερις βασικές κατηγορίες κοινωνικών-υγειονομικών συστημάτων.
- eurodcats – δίτιμη μεταβλητή (binary variable) που αναφέρεται στα άτομα που έχουν περισσότερα από τέσσερα συμπτώματα ψυχικής υγείας.

Το έκτο κύμα της έρευνας πραγματοποιήθηκε το 2015. Έλαβαν μέρος σε αυτό 17 χώρες. Αυτές οι χώρες είναι οι εξής: η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κροατία, η Τσεχία, η Δανία, η Εσθονία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Ελβετία και η Σλοβενία.

Τα πρώτα δεδομένα κυκλοφόρησαν το 2017, αλλά έχουμε και πιο πρόσφατα δεδομένα που κυκλοφόρησαν το 2018.

Το συνολικό μέγεθος του δείγματος αντιστοιχεί σε 62254 συμμετέχοντες. Όμως, χρησιμοποιήθηκε για το σκοπό της έρευνας τα στοιχεία από 60864 από τους συμμετέχοντες. Τα στοιχεία των ατόμων που δεν λήφθηκαν υπόψιν αφορούσε είτε πληρεξούσιες συνεντεύξεις (1106 στον αριθμό) είτε ελλείπουσες (574 περιπτώσεις).

## **6.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Η ανάλυση των δεδομένων στηρίχθηκε συνολικά σε 60864 παρατηρήσεις, δηλαδή άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. Η ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνει δύο στάδια:

- (α) περιγραφική ανάλυση των βασικών μεταβλητών.
- (β) εφαρμογή μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης.

Οι πινακοποιήσεις που παρουσιάζονται και η εκτίμηση των μοντέλων έγινε με το λογισμικό SPSS version 23.

Η περιγραφική ανάλυση περιλαμβάνει τον υπολογισμό και σχολιασμό των γνωστών μέτρων κεντρικής τάσης και θέσης καθώς και τον υπολογισμό απόλυτων και σχετικών κατανομών.

Η εφαρμογή των μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης αποσκοπεί στο να εκτιμηθεί η επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών και κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και διαφοροποιήσεων στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων και κατάθλιψης.

## **6.2 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ**

Η λογιστική παλινδρόμηση αποτελεί μία από τις συνηθέστερες μεθόδους παλινδρόμησης για την περιγραφή των σχέσεων που εμφανίζονται ανάμεσα σε μια δίτιμη εξαρτημένη μεταβλητή και μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών. Έχει ευρεία εφαρμογή λόγω της απλότητας της ερμηνείας των συντελεστών της.

Εάν η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι μία τότε αναφερόμαστε σε μοντέλο απλής λογιστικής παλινδρόμησης. Εάν έχουμε περισσότερες από μία ανεξάρτητες μεταβλητές, τότε αναφερόμαστε σε μοντέλο πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης.

Όσον αφορά τις επεξηγηματικές μεταβλητές, αυτές μπορεί να είναι είτε συνεχείς είτε κατηγορικές.

Η μεταβλητή απόκρισης είναι πάντα δίτιμη, δηλαδή λαμβάνει δύο τιμές: “1” για την περίπτωση εμφάνισης του χαρακτηριστικού που εξετάζουμε (πχ έχει κατάθλιψη το άτομο) και την τιμή “0” για τα άτομα που δεν εμφανίζουν το χαρακτηριστικό ή το πρόβλημα που μελετάμε (πχ δεν έχει κατάθλιψη).

Στόχος και στη λογιστική παλινδρόμηση είναι ο γραμμικός συνδυασμός των ανεξάρτητων μεταβλητών που απαιτούνται για την ορθή πρόβλεψη της μέσης τιμής της

εξαρτημένης μεταβλητής. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η πιθανότητα εμφάνισης του χαρακτηριστικού που αντιστοιχεί στη δίτιμη μεταβλητή ισούται και με τη μέση τιμή της. Ουσιαστικά, μέσω αυτού, γίνεται αντιληπτό ότι η χρησιμοποίηση της λογιστικής παλινδρόμησης περιγράφει τη σχέση που προκαλείται ανάμεσα στην πιθανότητα ύπαρξης ενός χαρακτηριστικού (πχ θνησιμότητα) και σε διάφορους παράγοντες (πχ ηλικία, φύλο).

Έτσι, η λογιστική παλινδρόμηση εκτιμά την επίδραση των τιμών των ανεξάρτητων μεταβλητών στο λογάριθμο της εξαρτημένης μεταβλητής.

Η λογιστική παλινδρόμηση είναι της κάτωθι μορφής:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = b_0 + b_1X_{1i} + \dots + b_kX_{ki}$$

Όπου:

- $b_0$ : εκφράζει την τιμή που παίρνει ο λογάριθμος του λόγου των συμπληρωματικών πιθανοτήτων όταν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές λάβουν την τιμή 0
- $b_1$ : εκφράζει τη μεταβολή του λογαρίθμου του λόγου των συμπληρωματικών πιθανοτήτων όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή  $X_1$  αυξηθεί κατά μία μονάδα και οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές παραμείνουν σταθερές

Για τους κατηγορικούς συντελεστές πρέπει να τονιστεί ότι ο συντελεστής  $b_k$  ισούται με τον λογάριθμο του λόγου σχετικών πιθανοτήτων.

Ο τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του είναι:

$$\log(OR) = b_k$$

Όπου, OR: ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio). η πιθανότητα το γεγονός να συμβεί δια την πιθανότητα το γεγονός να μην συμβεί. (Φαρμάκης Ν., 2000)

Για να εκτιμήσουμε του συντελεστές  $b_0, b_1, \dots, b_k$  του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιούμε τη μέθοδο της μεγίστης πιθανοφάνειας.

Ο εν λόγω εκτιμητής της μεγίστης πιθανοφάνειας υπολογίζεται από τον κάτωθι τύπο:

$$\hat{p} = \frac{e^{\hat{b}_0 + \hat{b}_1 X_1 + \dots + \hat{b}_k X_k}}{1 + e^{\hat{b}_0 + \hat{b}_1 X_1 + \dots + \hat{b}_k X_k}}$$

Το δεξί μέρος της εξίσωσης δημιουργείται από ένα γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης. Το αριστερό

μέρος περιέχει τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής με τη μορφή του φυσικού λογαρίθμου.

Το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης μπορεί εύκολα να κατασκευαστεί, αφού ακολουθηθούν τα βήματα που θα αναφερθούν παρακάτω, και είναι τα εξής:

- Προσδιορισμός του μεγέθους της εξαρτημένης μεταβλητής και του αριθμού των ανεξάρτητων μεταβλητών που θα ληφθούν υπόψιν,
- Διερεύνηση δεδομένων για τυχόν ύπαρξη ασυνήθιστων κινήσεων (πχ ακραίες τιμές, ελλείπουσες τιμές),
- Έλεγχος της ικανοποίησης των συνθηκών για την αποτελεσματική εφαρμογή της παλινδρόμησης αυτής,
- Δημιουργία της εξίσωσής της,
- Μελέτη της επίδρασης της εκάστοτε ανεξάρτητης μεταβλητής στο μοντέλο.

( Ηλιόπουλος Γ., 2013)

Σημαντικό χαρακτηριστικό της χρησιμοποίησής της σε αντίθεση με την απλή ή πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση είναι η εγκυρότητα της μελέτης της σχέσης της δίτιμης εξαρτημένης μεταβλητής. Κάθε πιθανότητα, εξ' ορισμού, έχει ως εύρος τιμών από το 0 έως το 1.

Όμως, παρατηρείται το γεγονός ότι μέσω της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ο υπολογισμός της πιθανότητας της εξαρτημένης μεταβλητής μπορεί να πάρει τιμές είτε μικρότερες του 0, είτε μεγαλύτερες του 1, κάτι το οποίο δεν υφίσταται.

Επιπλέον, θα πρέπει να πληρείται η ικανοποίηση της υπόθεσης της ισότητας των διακυμάνσεων. Αλλά στην περίπτωση της δίτιμης εξαρτημένης μεταβλητής παρατηρείται η αδυναμία της ικανοποίησης της παραπάνω υπόθεσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Παρακάτω παρουσιάζονται βασικοί πίνακες συχνοτήτων που προέκυψαν με την διασταύρωση μεταβλητών ενδιαφέροντος. Τα στοιχεία αυτά που παρουσιάζονται χρησιμεύουν τόσο για τη απλή περιγραφική ανάλυση των δεδομένων όσο και για να τα έχουμε υπόψη αργότερα δεδομένου ότι οι μεταβλητές αυτές υπεισέρχονται ως εξαρτημένες ή ανεξάρτητες μεταβλητές στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

### 7.1 Περιγραφική Ανάλυση

Πίνακας 7: Μέτρα περιγραφικής στατιστικής του εισοδήματος ανά χώρα

#### **Descriptive Statistics**

Country identifier		N	Min	Max	Mean	Std. Dev.
Austria	iincome_ppp	3297	0	323888	25441,41	15298,472
	Valid N (listwise)	3297				
Germany	iincome_ppp	4287	0	2164560	30296,79	50337,439
	Valid N (listwise)	4287				
Sweden	iincome_ppp	3834	0	21785	3512,46	2144,301
	Valid N (listwise)	3834				
Spain	iincome_ppp	5230	0	2021619	17380,64	20837,202
	Valid N (listwise)	5230				
Italy	iincome_ppp	5021	0	185270	18444,68	15344,069
	Valid N (listwise)	5021				
France	iincome_ppp	3773	0	248004	29304,33	20142,202
	Valid N (listwise)	3773				
Denmark	iincome_ppp	3610	0	24731	4029,40	2673,415
	Valid N (listwise)	3610				
Greece	iincome_ppp	4688	0	356617	13921,42	15940,655
	Valid N (listwise)	4688				
Belgium	iincome_ppp	5593	0	650481	44120,22	53711,028
	Valid N (listwise)	5593				
Czech Republic	iincome_ppp	4725	0	4174	534,77	325,770
	Valid N (listwise)	4725				

Poland	income_ppp	1766	0	44358	2871,51	2799,318
	Valid N (listwise)	1766				
Luxembourg	income_ppp	1529	0	926169	58829,78	63157,123
	Valid N (listwise)	1529				
Portugal	income_ppp	1583	0	114372	12776,31	12922,631
	Valid N (listwise)	1583				
Slovenia	income_ppp	4105	0	197865	18241,90	17446,301
	Valid N (listwise)	4105				
Estonia	income_ppp	5420	0	108408	11458,71	8101,998
	Valid N (listwise)	5420				
Croatia	income_ppp	2403	0	28963	1332,05	1720,527
	Valid N (listwise)	2403				

Στον παραπάνω πίνακα παρατίθενται τα βασικά μέτρα περιγραφικής στατιστικής του εισοδήματος ανά χώρα. Το βασικότερο σημείο που παρατηρείται είναι η ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο χαμηλότερο και τον υψηλότερο μέσο εισόδημα στην κάθε χώρα. Ο μέσος όρος σε όλες τις περιπτώσεις βρίσκεται πολύ πάνω από την τυπική απόκλιση των αποτελεσμάτων σε κάθε μία από τις χώρες που αναφέρονται.

Πίνακας 8: Μέτρα περιγραφικής στατιστικής των περιουσιακών στοιχείων ανά χώρα

#### Descriptive Statistics

Country identifier	N	Min	Max	Mean	Std. Dev.
Austria	3297	-209420	29747524	188954,32	598423,343
	Valid N (listwise)	3297			
Germany	4287	-175224	3856616	219448,07	327633,461
	Valid N (listwise)	4287			
Sweden	3834	-13506	354614	34817,63	39685,903
	Valid N (listwise)	3834			

Spain	netwealth_ppp	5230	-482956	5205606	206466,86	259359,311
	Valid N (listwise)	5230				
Italy	netwealth_ppp	5021	-48010	1866555	193202,89	187094,440
	Valid N (listwise)	5021				
France	netwealth_ppp	3773	-103481	3542570	253508,37	256596,565
	Valid N (listwise)	3773				
Denmark	netwealth_ppp	3610	-31635	543389	34573,58	45889,686
	Valid N (listwise)	3610				
Greece	netwealth_ppp	4688	-178293	1214068	119060,18	130751,655
	Valid N (listwise)	4688				
Belgium	netwealth_ppp	5593	-102787	7675546	343305,60	416115,384
	Valid N (listwise)	5593				
Czech Republic	netwealth_ppp	4725	-1658	76865	4211,51	5048,879
	Valid N (listwise)	4725				
Poland	netwealth_ppp	1766	-17366	142495	16423,71	18085,160
	Valid N (listwise)	1766				
Luxembourg	netwealth_ppp	1529	-131843	12581650	732786,96	818315,583
	Valid N (listwise)	1529				
Portugal	netwealth_ppp	1583	-303065	3275574	168839,99	247911,028
	Valid N (listwise)	1583				
Slovenia	netwealth_ppp	4105	-286799	11837682	150178,30	233795,028
	Valid N (listwise)	4105				
Estonia	netwealth_ppp	5420	-63769	3071684	121860,93	200309,277
	Valid N (listwise)	5420				
Croatia	netwealth_ppp	2403	-86996	549310	18377,73	30059,361
	Valid N (listwise)	2403				

Στον παραπάνω πίνακα παρατίθενται τα βασικά μέτρα περιγραφικής στατιστικής του πλούτου ανά χώρα. Το βασικότερο σημείο που παρατηρείται είναι η ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο χαμηλότερο και τον υψηλότερο μέσο κατοχής περιουσιακών στοιχείων στην κάθε χώρα. Ο μέσος όρος σε όλες τις περιπτώσεις βρίσκεται πολύ πάνω από την τυπική απόκλιση των αποτελεσμάτων σε κάθε μία από τις χώρες που αναφέρονται.

Πίνακας 9 Κατανομή του δείγματος κατά φύλο ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα.

		Gender		Total
		Male	female	
nordic	Count	3431	4013	7444
	% within welfare system	46,1%	53,9%	100,0%
bismarcian	Count	8265	10214	18479
	% within welfare system	44,7%	55,3%	100,0%
south	Count	7463	9059	16522
	% within welfare system	45,2%	54,8%	100,0%
central-eastern	Count	7667	10752	18419
	% within welfare system	41,6%	58,4%	100,0%
Total	Count	26826	34038	60864
		44,1%	55,9%	100,0%

Στον πίνακα αυτό, γίνεται λόγος για την κατανομή του δείγματος της έρευνας ανά φύλο σε κάθε ένα από τα τέσσερα κοινωνικο-υγειονομικά συστήματα όπως έχουν χωριστεί γεωγραφικά. Το σημαντικότερο εξαγόμενο αποτέλεσμα είναι η μη ύπαρξης ιδιαίτερα σημαντικής διαφοροποίησης ανά φύλο και στα τέσσερα συστήματα. Παρατηρείται ότι το επίπεδο των αντρών είναι χαμηλότερο από το επίπεδο των γυναικών με απόκλιση μικρή από το 50% σε όλες τις περιπτώσεις, πλην του συστήματος “central-eastern” που η απόκλιση είναι λίγο μεγαλύτερη.



Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα

		age_70plus		Total
		50-69 ετών	+ ετών	
nordic	Count	4243	3201	7444
	% within welfare system	57,0%	43,0%	100,0%
bismarcian	Count	11369	7110	18479
	% within welfare system	61,5%	38,5%	100,0%
south	Count	9639	6883	16522
	% within welfare system	58,3%	41,7%	100,0%
central-eastern	Count	11074	7345	18419
	% within welfare system	60,1%	39,9%	100,0%
Total	Count	36325	24539	60864
		59,7%	40,3%	100,0%

Γίνεται λόγος για την κατανομή του δείγματος με βάση τη γήρανση ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα στα τέσσερα ίδια συστήματα. Αυτό που παρατηρείται είναι η δραματική μείωση του ποσοστού του δείγματος έπειτα από την ηλικία των 70 ετών. Η μείωση που παρατηρείται είναι του περίπου του ποσοστού του 1/3 απ' ότι στις περιπτώσεις ηλικιών μεταξύ 50 και 69 ετών.

Πίνακας 11 Κατανομή του δείγματος περιπτώσεων κατάθλιψης ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα

		eurodcat		Total
		depression no	depression yes	
nordic	Count	6145	1299	7444
	within welfare system	82,5%	17,5%	100,0%
bismarcian	Count	13398	5081	18479
	within welfare system	72,5%	27,5%	100,0%
south	Count	11301	5221	16522
	within welfare system	68,4%	31,6%	100,0%
central-eastern	Count	13011	5408	18419
	within welfare system	70,6%	29,4%	100,0%
Total	Count	43855	17009	60864
		72,1%	27,9%	100,0%

Στον συγκεκριμένο πίνακα παρουσιάζονται οι περιπτώσεις κατάθλιψης στον πληθυσμό στα τέσσερα συστήματα. Δε μπορεί να μην αναφερθεί το γεγονός ότι παρουσιάζεται ένα συγκριτικά υψηλό ποσοστό ύπαρξης κατάθλιψης σε όλες τις κατηγορίες. Συνολικά κοντά στο 30% του πληθυσμού (περίπου τόσο είναι και ανά περιοχή) πάσχει από την κατάσταση αυτή. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά εμφανίζεται στο “south” σύστημα.

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος περιπτώσεων με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα

		chronic2		Total
		Chronic conditions<2	chronic conditions 2+	
nordic	Count	4337	3107	7444
	% within welfare system	58,3%	41,7%	100,0%
bismarcian	Count	9273	9206	18479
	% within welfare system	50,2%	49,8%	100,0%
south	Count	8418	8104	16522
	% within welfare system	51,0%	49,0%	100,0%
central-eastern	Count	8529	9890	18419
	% within welfare system	46,3%	53,7%	100,0%
Total	Count	30557	30307	60864
		50,2%	49,8%	100,0%

Ιδιαίτερα ευρήματα αποδίδει και ο εν λόγω πίνακας. Τα στοιχεία που παραθέτει αφορούν τις περιπτώσεις, εκείνες, του πληθυσμού που πάσχουν ταυτόχρονα τουλάχιστον από δύο χρόνιες παθήσεις. Το συμπέρασμα που βγήκε μέσω της μελέτης δίνει το γεγονός ότι ο μισός πληθυσμός που έλαβε μέρος στην έρευνα ανήκει στην κατηγορία αυτή. Ένας ιδιαίτερα υψηλός αριθμός πληθυσμού. Μόνο στο “Nordic” σύστημα είναι κάπως καλύτερη η κατάσταση με ένα ποσοστό της τάξης του 42% περίπου.

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος κατά κατηγορία του δείκτη GALI ανά κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα

		Gali: limitation with activities		Total
		Not limited	Limited	
nordic	Count	4418	3026	7444
	% within welfare system	59,3%	40,7%	100,0%
bismarccian	Count	9400	9079	18479
	% within welfare system	50,9%	49,1%	100,0%
south	Count	10306	6216	16522
	% within welfare system	62,4%	37,6%	100,0%
central-eastern	Count	8204	10215	18419
	% within welfare system	44,5%	55,5%	100,0%
Total	Count	32328	28536	60864
		53,1%	46,9%	100,0%

Μέσω του δείκτη Gali, τα αποτελέσματα του άνω πίνακα αφορούν τον αριθμό των ατόμων του δείγματος που έχουν περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω κάποιου προβλήματος υγείας.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανά σύστημα που όμως, και πάλι, οδηγούν στο τελικό αποτέλεσμα που είναι περίπου ισορροπημένο με μικρή απόκλιση από το 50%.

## 7.2 Λογιστική παλινδρόμηση

Για τους σκοπούς της μελέτης εκτιμήσαμε δύο μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

### *Εξαρτημένη μεταβλητή*

Το πρώτο έχει ως εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη ή μη κατάθλιψης. Η μεταβλητή eurodcacat παίρνει τιμή 1 για τα άτομα που έχουν κατάθλιψη και την τιμή 0 για τα άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης (reference category).

Το δεύτερο μοντέλο έχει ως εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη ή μη περισσότερων από 2 χρόνιων νοσημάτων. Η μεταβλητή chronic2 παίρνει την τιμή 1 για τα άτομα που δηλώνουν ότι πάσχουν από τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα και την τιμή 0 για τα άτομα που δηλώνουν λιγότερα από δύο χρόνια νοσήματα (reference category).

### *Ανεξάρτητες μεταβλητές*

Και στα δύο μοντέλα υπεισέρχονται δύο δημογραφικές μεταβλητές.

Η πρώτη αφορά το φύλο των ατόμων. Σε αυτή την περίπτωση η μεταβλητή female λαμβάνει την τιμή 1 για τις γυναίκες και την τιμή 0 για τους άνδρες (reference category).

Η δεύτερη μεταβλητή αφορά την ηλικία των ερωτώμενων. Σε αυτή την περίπτωση η μεταβλητή age\_70plus λαμβάνει την τιμή 1 για όλα τα άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω και την τιμή 0 για τα άτομα ηλικίας 50-69 ετών (reference category).

Τέλος, η επίδραση της οικονομικής ανισότητας/διαφοροποίησης των ερωτώμενων πάνω στους επιλεγμένους δείκτες ψυχική και φυσικής υγείας των ατόμων ελέγχεται με το εισόδημα που δηλώνουν. Έτσι, η μεταβλητή income\_mediagroups λαμβάνει την τιμή 1 για όλα τα άτομα που δηλώνουν εισόδημα ίσο ή μεγαλύτερο από το διάμεσο εισόδημα του δείγματος και την τιμή 0 για τα άτομα που δηλώνουν εισόδημα μικρότερο του διαμέσου εισοδήματος του δείγματος (reference category).

Όλα τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης εκτιμήθηκαν χωριστά για κάθε ένα κοινωνικο-υγειονομικό σύστημα.

Αξιολογήθηκε η σημαντικότητα των μοντέλων με τα κριτήρια -2loglikelihood και Nagelkerke R-square. Η επίδραση των επιμέρους συντελεστών αξιολογήθηκε με βάση την στατιστική τους σημαντικότητα.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι στις παλινδρομήσεις αυτές η επίδραση των οικονομικών ανισοτήτων πάνω στους δείκτες υγείας εκτιμήθηκαν εναλλακτικά και με βάση την μεταβλητή του καθαρού πλούτου (netwealth) αλλά τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν πολύ παρόμοια με εκείνα που προκύπτουν χρησιμοποιώντας το εισόδημα ως οικονομική μεταβλητή και ως εκ τούτου τα αντίστοιχα αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται. Όμως, η διαδικασία αυτή επιβεβαιώνει ότι οι οικονομικοί παράγοντες και κυρίως οι οικονομικές ανισότητες, είτε μετρηθούν με το εισόδημα είτε με τα περιουσιακά στοιχεία των ατόμων, παίζουν σημαντικό λόγο, ούτως ή άλλως.

#### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων παρουσιάζονται στους πίνακες 15-16

Πίνακας 15: Εκτιμήσεις λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την eurodcat (ψυχική υγεία)

#### (A) Model Summary

welfare systems 4 cat	-2 Log likelihood	Cox & Snell R <sup>2</sup>	Nagelkerke R <sup>2</sup>
nordic	6743,183	,020	,033
bismarcian	21132,55	,032	,046
south	19585,766	,060	,085
central-eastern	21714,375	,031	,045

**(B) Hosmer and Lemeshow Test**

welfare systems 4 cat	Step	Chi-square	df	Sig.
nordic	1	2,641	4	,619
bismarcian	1	6,260	5	,282
south	1	11,680	6	,070
central-eastern	1	4,131	5	,531

**(C) Regression coefficients and odds ratios**

welfare systems 4 cat		B	S.E.	Sig.	Exp(B)
nordic	female(1)	,754	,065	,000	2,125
	age_70plus(1)	,140	,062	,024	1,151
	ealth_mediangroups(1)	-,146	,106	,169	,864
	Constant	-2,053	,062	,000	,128
bismarcian	female(1)	,752	,035	,000	2,122
	age_70plus(1)	,158	,034	,000	1,172
	ealth_mediangroups(1)	-,314	,036	,000	,730
	Constant	-1,262	,041	,000	,283
south	female(1)	,822	,036	,000	2,274
	age_70plus(1)	,548	,035	,000	1,729
	ealth_mediangroups(1)	-,557	,036	,000	,573
	Constant	-1,122	,041	,000	,326
central-eastern	female(1)	,614	,034	,000	1,847
	age_70plus(1)	,444	,033	,000	1,559
	ealth_mediangroups(1)	-,277	,038	,000	,758
	Constant	-1,368	,033	,000	,255

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 15 προκύπτουν τα εξής:

- Από τις τιμές του μέτρου “-2Loglikelihood” προκύπτει ότι η εφαρμογή του μοντέλου και στα 4 συστήματα είναι καλή.
- Οι τιμές των συντελεστών προσδιορισμού είναι χαμηλές, αλλά αυτό δεν αξιολογείται ιδιαίτερα στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.

- Οι τιμές του κριτηρίου Hoswer-LeueshowTest δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει την καλή προσαρμογή του μοντέλου και στα 4 συστήματα.
- Σε όλες τις περιπτώσεις (κοινωνικό-οικονομικά συστήματα):
  - (α) όλοι οι συντελεστές παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικοί με εξαίρεση τον πλούτο στο Nordic System, προφανώς λόγω του ότι είναι τέτοιες οι κοινωνικές και υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές τις χώρες, που οι οικονομικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων δεν παίζουν ουσιαστικό ρόλο.
  - (β) οι γυναίκες έχουν 1,8 έως 2,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ( $OR=EXP(B)$ ) να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης από τους άνδρες και αυτό συμβαδίζει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι μεγαλύτερες κατά φύλο διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στις χώρες της Νότιας Ευρώπης ( 2 , 3 φορές περίπου).
  - (γ) οι ηλικιωμένοι ( άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από 15% έως 56% να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με άτομα νεότερης ηλικίας. Η μεγαλύτερη επίδραση ( $OR=EXP(B)=1,559$ ) παρατηρείται στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.
  - (δ) Με εξαίρεση τις Nordic Countries, σε όλες τις άλλες χώρες όλων των κοινωνικό-οικονομικών συστημάτων οι περισσότεροι εύποροι έχουν από 24% έως 43% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τα ασθενέστερα οικονομικά άτομα. Η μεγαλύτερη οικονομική επίδραση παρατηρείται στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και η μικρότερη επίδραση των οικονομικών συνθηκών παρατηρείται στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ( $OR=EXP(B)=0,758$ ).



Πίνακας 16 Εκτιμήσεις λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την chronic2 (χρόνιες παθήσεις)

**(A) Model Summary**

welfare systems 4 cat	-2 Log likelihood	Cox & Snell R <sup>2</sup>	Nagelkerke R <sup>2</sup>
nordic	9725,277 <sup>a</sup>	,051	,069
bismarcian	24647,537 <sup>b</sup>	,051	,068
south	21458,753 <sup>c</sup>	,083	,111
central-eastern	24326,281 <sup>d</sup>	,058	,078

**(B) Hosmer and Lemeshow Test**

welfare systems 4 cat	Step	Chi-square	df	Sig.
nordic	1	3,702	4	,448
bismarcian	1	13,385	5	,070
south	1	25,922	6	,001
central-eastern	1	24,172	5	,060

**(C) Regression coefficients and odds ratios**

welfare systems 4 cat		B	S.E.	Sig.	Exp(B)
nordic	female(1)	,137	,049	,005	1,147
	age_70plus(1)	,857	,049	,000	2,357
	netwealth_mediangroups(1)	-,527	,084	,000	,590
	Constant	-,738	,044	,000	,478
bismarcian	female(1)	,101	,030	,001	1,106
	age_70plus(1)	,849	,031	,000	2,337
	netwealth_mediangroups(1)	-,397	,033	,000	,672
	Constant	-,105	,036	,004	,901

south	female(1)	,284	,033	,000	1,329
	age_70plus(1)	1,181	,033	,000	3,256
	netwealth_mediangroups(1)	-,254	,035	,000	,776
	Constant	-,509	,038	,000	,601
central-eastern	female(1)	,186	,031	,000	1,204
	age_70plus(1)	,962	,032	,000	2,617
	netwealth_mediangroups(1)	-,301	,034	,000	,740
	Constant	-,246	,028	,000	,782

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το φαινόμενο της φτώχειας παρατηρείται και απασχολεί τη διεθνή κοινότητα , με βασικό γρανάζι τις αναπτυσσόμενες χώρες. Με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης το 2008 επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την Ευρωπαϊκή Ενότητα καθώς και την Ελλάδα. Τις τελευταίες δεκαετίες η φτώχεια έχει πάρει ραγδαία ανησυχητικές διαστάσεις στις σύγχρονες κοινωνίες. Η έκταση και η ταχύτητα σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις που υφίσταται η υγεία και οι κοινωνικοί παράγοντες φέρουν ως αποτέλεσμα την ολοένα μεγαλύτερη επιθυμία επίλυσης τους. Για την πραγματοποίηση όμως αυτήν είναι σημαντικό να κατανοήσουμε και να αντιληφθούμε τις έννοιες αυτών, τις μορφές τους καθώς και τον τρόπο εξέλιξης τους στο πέρασμα του χρόνου. Παρόλη την αύξηση αυτών των φαινομένων υπάρχουν τρόποι που μπορούν να μειώσουν την διάσταση τους.

Η αντιμετώπιση της φτώχειας αποτελεί επείγουσα πολιτική προτεραιότητα για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό του πληθυσμού της Ε.Ε. που απειλείται από την φτώχεια μειώθηκε τα τελευταία έτη, περισσότερα από 55 εκατομμύρια άτομα αντιμετωπίζουν τον επικείμενο κίνδυνο να βρεθούν στην κατάσταση αυτή.

Πρώτο συμπέρασμα είναι ότι το προφίλ της φτώχειας αποκαλύπτει ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν σημαντικές δημογραφικές και κοινωνικό-οικονομικές διαστάσεις που ευθυγραμμίζονται με τα ευρήματα για τη σχέση της φτώχειας με δείκτες υγείας και κοινωνικούς παράγοντες.

Δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι ο κίνδυνος φτώχειας διαφοροποιείται ανάλογα με τη χώρα.

Η φτώχεια αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και το μέγεθος του νοικοκυριού σε κάθε χώρα.

Πιο συγκεκριμένα, ομάδες που επηρεάζονται ιδιαίτερα από αυτή την αμφίδρομη σχέση είναι οι εξής:

- Τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης,
- Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω,
- Οι άνεργοι,
- Τα άτομα με κακή υγεία,
- Τα παιδιά.

Με βάση τα μοντέλα που εφαρμόσαμε τα παραπάνω άτομα, έχουν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων ή κατάθλιψης σε σχέση με τα άτομα υψηλών εισοδηματικών κλιμακίων και νεώτερων σε ηλικία (κάτω των 70 ετών).

Στην παρούσα εργασία εξετάσαμε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που τυχόν υπάρχουν ανάμεσα σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. Εφαρμόσαμε καθιερωμένες μεθόδους στατιστικής ανάλυσης, εστιάζοντας περισσότερο στη Λογιστική Παλινδρόμηση καθώς και μεθόδους εκτίμησης κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων με ιδιαίτερη έμφαση στο Δείκτη Συγκέντρωσης. Το δείγμα των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για αυτή την εργασία προέρχεται από το έκτο κύμα του Ερευνητικού Προγράμματος SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe).

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός τρόπος αντιμετώπισης είναι η έμφαση στην δημιουργία νέων θέσεων απασχόλησης. Όμως, δεν αποτελεί τη μόνη πανάκεια, αφού εξίσου προσοχή να δοθεί στην ποιοτική εκπαίδευση και κατάρτιση, σε ποιοτικές θέσεις απασχόλησης και σε ισχυρό και αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής προστασίας προκειμένου να εξαλειφθεί η φτώχεια και οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ανδριοπούλου, Ε., Τσακλόγλου, Π. (2010), Δυναμική ανάλυση του φαινομένου της φτώχειας στην Ελλάδα. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ
- Γκιουζέλης, Α. (2011). Το Ελληνικό σύστημα υγείας σε σύγκριση με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας (1980-2003). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:  
[http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7%20%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CF%81%CE%B5%CF%80%CF%84%CE%AE%CF%82%20%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%20FINAL.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B7%20%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CF%81%CE%B5%CF%80%CF%84%CE%AE%CF%82%20%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%20FINAL.pdf)
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (2010), ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ European Social Survey (ESS) ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ 4ου ΚΥΜΑΤΟΣ ΕΛΛΑΔΑ – ΕΥΡΩΠΗ 2009. Αθήνα: ΕΚΚΕ
- Πρόγραμμα Επιστημονικών Μελετών 2011, Κοινωφελές Ίδρυμα Ιωάννης Σ. Λάτσης, Χωρικές Ανισότητες Εισοδήματος, Ανάπτυξης και Φτώχειας στην Ελλάδα
- (Υφαντόπουλος 2001, σ. 318):
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κοινή Έκθεση για την Κοινωνική Ένταξη, 2004, σ.10

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Busse, R., Saltman, R. and Dubois, H. (2004) Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J., Eds., Social Health Insurance Systems in Western Europe. Open University Press, Berkshire, 33-81.
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. (2006). Social Determinants of Health. Oxford University Press
- United Nations Population Division (2005), «World Population Prospects: The 2004 Revision», ESA/P/WP/193. New York: United Nations
- Jacob S. Siegel, David A. Swanson, The Methods and Materials of Demography (Second Edition)
- Dudley L. Poston, Michael Micklin, Handbook of Population
- (Antony B. Atkinson and Eric Marlier, Income and living conditions in Europe, Statistical Books, 2010, pg 146)
- Lahana, Pappa & Niakas(2010)

## ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΗ

- <http://cec.vcn.bc.ca/mpfc/modules/emp-povg.htm>
- [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU\\_statistics\\_on\\_income\\_and\\_living\\_conditions\\_\(EU-SILC\)\\_methodology\\_-\\_housing\\_conditions](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_-_housing_conditions)
- <https://tvxs.gr/news/ellada/eisodimatikes-anisotites-kai-oikonomiki-krisi-toy-leyteri-tsoylfidi>
- <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/11799/1/Economic%20Crisis%20and%20Income%20Inequality%20in%20Greece%20-%20Catela%20Anastasia%201057356.pdf>
- [https://pavlosmelas.gr/wp-content/uploads/2019/02/6\\_%CE%95%CE%9E%CE%95%CE%99%CE%94%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A5%CE%A3%CE%97-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F](https://pavlosmelas.gr/wp-content/uploads/2019/02/6_%CE%95%CE%9E%CE%95%CE%99%CE%94%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A5%CE%A3%CE%97-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F)

[%CE%A5-%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%A6%CE%99%CE%9B-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%94%CE%A0%CE%9C.pdf](#)

- [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_10\\_30/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_10_30/default/table?lang=en)
- [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK\\_DS-053416\\_QID\\_-663F6569\\_UID\\_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC\\_IL,L,Z,0;AGE,L,Z,1;SEX,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-053416INDIC\\_IL,S80\\_S20;DS-053416SEX,T;DS-053416INDICATORS,OBS\\_FLAG;DS-053416AGE,TOTAL;&rankName1=INDIC\\_IL\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName2=AGE\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName3=INDICATORS\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName4=SEX\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName5=TIME\\_1\\_0\\_0\\_0&rankName6=GEO\\_1\\_0\\_0\\_1&sortR=ASC\\_-1\\_FIRST&sortC=ASC\\_-1\\_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time\\_mode=ROLLING&time\\_most\\_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-053416_QID_-663F6569_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_IL,L,Z,0;AGE,L,Z,1;SEX,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-053416INDIC_IL,S80_S20;DS-053416SEX,T;DS-053416INDICATORS,OBS_FLAG;DS-053416AGE,TOTAL;&rankName1=INDIC_IL_1_2_-1_2&rankName2=AGE_1_2_-1_2&rankName3=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName4=SEX_1_2_-1_2&rankName5=TIME_1_0_0_0&rankName6=GEO_1_0_0_1&sortR=ASC_-1_FIRST&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23)
- [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK\\_DS-053416\\_QID\\_-663F6569\\_UID\\_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC\\_IL,L,Z,0;AGE,L,Z,1;SEX,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-053416INDIC\\_IL,S80\\_S20;DS-053416SEX,T;DS-053416INDICATORS,OBS\\_FLAG;DS-053416AGE,TOTAL;&rankName1=INDIC\\_IL\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName2=AGE\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName3=INDICATORS\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName4=SEX\\_1\\_2\\_-1\\_2&rankName5=TIME\\_1\\_0\\_0\\_0&rankName6=GEO\\_1\\_0\\_0\\_1&sortR=ASC\\_-1\\_FIRST&sortC=ASC\\_-1\\_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time\\_mode=ROLLING&time\\_most\\_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-053416_QID_-663F6569_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;INDIC_IL,L,Z,0;AGE,L,Z,1;SEX,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-053416INDIC_IL,S80_S20;DS-053416SEX,T;DS-053416INDICATORS,OBS_FLAG;DS-053416AGE,TOTAL;&rankName1=INDIC_IL_1_2_-1_2&rankName2=AGE_1_2_-1_2&rankName3=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName4=SEX_1_2_-1_2&rankName5=TIME_1_0_0_0&rankName6=GEO_1_0_0_1&sortR=ASC_-1_FIRST&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23)

