

## Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών

Κ. Πάσχος<sup>1</sup>, Μ. Μαλλιαρού<sup>1</sup>, Π. Μπαμίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, <sup>2</sup>Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Κράτος Πρόνοιας (ΚΠ) αποτελεί σημαντικότερο δομικό θεσμό όλων των σύγχρονων κοινωνιών. Η εξέλιξη του υπήρξε εντυπωσιακή κατά τον 20ο αιώνα, συμβάλλοντας στην πολιτισμική πρόοδο και οικονομική ανάπτυξη παγκοσμίως. Οι μορφές του και οι μετασχηματισμοί τους περιγράφονται σε διάφορα μοντέλα και τυπολογίες μεταξύ των οποίων του Titmuss (1970), Esping-Andersen (1990), Mishra (1984) και Castels (1989). Η μεθοδολογία κατά Esping-Andersen αποτελεί μια από τις περισσότερο αποδεκτές, διακρίνοντας το ΚΠ σε φιλελεύθερο, συντηρητικό και σοσιαλδημοκρατικό. Ωστόσο, σήμερα το ΚΠ περνά μια φάση κρίσης-αμφισβήτησης, ενώ παράλληλη κρίση αντιμετωπίζουν και τα παραδοσιακά του στηρίγματα, όπως η οικογένεια, τα εργατικά συνδικάτα και οι δομές (οργανωτικές και πολιτικές) του κράτους. Οι μελετητές θεωρούν ότι τα υφιστάμενα μοντέλα ΚΠ δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες προκλήσεις, όπως είναι η υπογεννητικότητα, η γήρανση του πληθυσμού, η κρίση της οικογένειας και η μετανάστευση.

Τις τελευταίες δεκαετίες το ΚΠ δέχεται έντονη αμφισβήτηση και προβάλλεται η ανάγκη μετεξέλιξής του, μέσω ριζικών μεταρρυθμίσεων, εξελίξεων και προσαρμογών. Συγχρόνως, η ταχύτατα εξελισσόμενη παγκοσμιοποίηση επηρεάζει τις εθνικές οικονομίες, κοινωνίες και θεσμούς ανά την υφήλιο. Η ευρεία και ταχύτατη μεταφορά αγαθών και ανθρώπων ανά τον κόσμο ευνοεί τη διάδοση ασθενειών, ξέσπασμα επιδημιών, προκαλεί απότομες αλλαγές στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και δοκιμάζει την αντοχή των Συστημάτων και Υπηρεσιών Υγείας. Στο εγγύς μέλλον το ΚΠ αναμένεται να υποστεί κρίσιμους μετασχηματισμούς που θα προσανατολίζονται στην αύξηση του ανταγωνισμού, την εκπαίδευση των νέων και την έρευνα με στόχο την καινοτομία. Οι δυσκολίες είναι μεγάλες και οι προκλήσεις κρίσιμες. Όμως η πληθώρα των διαθέσιμων επιλογών με τη συνδρομή της σύγχρονης τεχνολογίας και γνώσης στηρίζουν την ελπίδα ότι το ΚΠ τελικά θα επιβιώσει, υπηρετώντας βιώσιμα και αξιόπιστα υψηλά ανθρωπιστικά ιδεώδη.



**Λέξεις Ευρετηρίου:** κράτος πρόνοιας, μεταρρύθμιση, παγκοσμιοποίηση, σύστημα υγείας, τυπολογία.



Κ. Πάσχος, Μ. Μαλλιαρού, Π. Μπαμίδης. Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 50-65

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, το κράτος πρόνοιας (ΚΠ) αποτελεί θεμελιώδη κοινωνική δομή των ανεπτυγμένων κρατών. Παραδοσιακά, με τον όρο αυτό προσδιορίζεται μια σειρά υπηρεσιών, παροχών και παρεμβάσεων που τροποποιούν τις δυνάμεις της αγοράς μέσω πολιτικών επιλογών και διοικητικών ρυθμίσεων. Η τροποποίηση δυνατό να εξελιχθεί προς τρεις κύριες κατευθύνσεις: πρώτον την εγγύηση σε άτομα και οικογένειες ενός ελάχιστου εισοδήματος διαβίωσης, δεύτερον την αντιμετώπιση απρόοπτων γεγονότων και δύσκολων περιόδων (ασθένεια, γήρας, ανεργία), και τρίτον την εξασφάλιση για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως μορφωτικής και οικονομικής κατάστασης, κοινωνικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου [1, 2].

Στη Δυτική Ευρώπη τα πρώτα στοιχεία κοινωνικού κράτους εμφανίστηκαν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ωστόσο, το σύγχρονο ΚΠ, όρος που καθιερώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1940, αναπτύχθηκε την περίοδο 1950 ως 1980, με την κοινωνική προστασία να καλύπτει όλο και ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, με αυξανόμενες παροχές για όλο σχεδόν τον πληθυσμό. Η εξέλιξή του έγινε αντικείμενο συστηματικής έρευνας που οδήγησε στη διατύπωση ομαδοποιήσεων και μοντέλων και στην ανάπτυξη διάφορων τυπολογιών [3, 4]. Ο Titmuss το 1970 ανέπτυξε κλασική κατάταξη με τρεις τύπους: τον υπολειμματικό, το βιομηχανικό και τον αναδιανεμητικό. Μεταγενέστερα ο Esping-

Andersen διατύπωσε διαφορετική τυπολογία του ΚΠ, όπως και άλλοι ερευνητές όπως ο Mishra (1984), ο Castels (1989), Jones (1993) και άλλοι [5].

Μετά την κορύφωση της ανάπτυξης του περί τα μέσα της δεκαετίας του 1970, οπότε και επικρατούν η πλήρης απασχόληση, κοινωνική συναίνεση, αύξηση των κοινωνικών παροχών και ευνοϊκή στάση των εργατικών συνδικάτων, το ΚΠ περνά σε μια φάση αμφισβήτησης-κρίσης. Η τελευταία συμπίπτει με μια θεσμική, κοινωνική και οικονομική κρίση που εξελίσσεται ως σήμερα [4, 6]. Συγχρόνως, κρίση αντιμετωπίζουν και τα παραδοσιακά στηρίγματα του ΚΠ, όπως η οικογένεια, τα συνδικάτα και το ίδιο το κράτος, όσον αφορά στην οργάνωσή του, τις προτεραιότητές του και τις πολιτικές του [7].

Ένας επιπλέον παράγοντας που συντελεί στην αμφισβήτηση και κατ' επέκταση στην ανάγκη αναμόρφωσής του ΚΠ είναι το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης. Η διεθνοποίηση των οικονομιών όπως και η έντονη κινητικότητα κεφαλαίων και εργατικού δυναμικού περιορίζουν σημαντικά το ρόλο του εθνικού κράτους στην προστασία της εργασίας του ντόπιου πληθυσμού, στη διαμόρφωση μακροοικονομικών ισορροπιών και στην αδιατάρακτη φορολόγηση των πολιτών για τη χρηματοδότηση του ΚΠ. Παράλληλα, η παγκοσμιοποίηση δημιουργεί τις προϋποθέσεις για συρρίκνωση των αμοιβών εργασίας και προσανατολισμό των κεφαλαίων προς αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό εργασιακό κόστος [8, 9]. Ειδικά στον

τομέα της υγείας, η μετακίνηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας και η εύκολη μετάδοση ασθενειών ανά την υφήλιο, ασκούν πίεση στα συστήματα υγείας και πρόνοιας που πλέον δυσκολεύονται ή αδυνατούν να ανταποκριθούν υπό τις νέες συνθήκες [10].

Στη νέα χιλιετηρίδα το ΚΠ αντιμετωπίζει κλιμακούμενη αμφισβήτηση. Είναι σχεδόν καθολικά αποδεκτό ότι στη σύγχρονη εποχή δεν μπορεί να διατηρηθεί με την υπάρχουσα μορφή και προβάλλεται η ανάγκη αναμόρφωσής του μέσα από ευρείες μεταρρυθμίσεις. Στις ενότητες που ακολουθούν αναλύονται μερικά από τα κύρια επιχειρήματα της κριτικής απέναντι στο ΚΠ σήμερα, περιγράφεται η κλασική τυπολογία του Esping-Andersen για το ΚΠ και διερευνάται η χρησιμότητα τέτοιων τυπολογιών. Τέλος αναλύεται η επίδραση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης στα συστήματα υγείας και την κατάσταση υγείας των εθνικών πληθυσμών.

### **1. Η αμφισβήτηση του Κράτους Πρόνοιας προβάλλει την ανάγκη προσαρμογών και μεταρρυθμίσεων**

Στη σύγχρονη εποχή, οι δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις (υπογεννητικότητα, γήρανση του πληθυσμού, μετανάστευση, κρίση της οικογένειας), η παγκοσμιοποίηση και η οικονομική κρίση δεν ευνοούν τη βιωσιμότητα παραδοσιακών μορφών του ΚΠ. Πολιτικοί και θεωρητικοί του ΚΠ διατυπώνουν έντονη κριτική και εισηγούνται ριζικές αλλαγές. Δυο από τα κύρια επιχειρήματα κριτικής είναι: πρώτον ότι το ΚΠ δεν περιόρισε τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες και δεύτερον ότι

εξέθρεψε ρατσιστικά και πατριαρχικά ιδεώδη [5].

#### **1.1. Ο ρόλος του Κράτους Πρόνοιας απέναντι στη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες**

Κατά τη δεκαετία του 1980 και αρχές του 1990, ένα ολόκληρο ρεύμα θεωρητικών του ΚΠ, επηρεασμένο από τους νεοφιλελεύθερους Friedman και Hayek, αλλά και από την εμπειρία στη Μ. Βρετανία, στις ΗΠΑ, και τη Ν. Ζηλανδία, υποστήριξαν ότι το κοινωνικό κράτος αποδείχτηκε αναποτελεσματικό, γιατί δεν έλυσε τα μεγάλα προβλήματα της φτώχειας και της κοινωνικής ανισότητας [5, 6]. Τάχθηκαν υπέρ της ιδιωτικοποίησης της κοινωνικής προστασίας και των κοινωνικών υπηρεσιών και τον περιορισμό του ρόλου του κράτους στο ελάχιστο δυνατό. Πρότειναν τα άτομα και οι οικογένειες να αγοράζουν τις κοινωνικές υπηρεσίες από την αγορά, όπως και τα υπόλοιπα αγαθά, θεωρώντας ότι ο κοινωνικός κατακερματισμός και η αναπαραγωγή της φτώχειας πηγάζει από τις υπερμεγέθεις κυβερνήσεις και τις υπέρμετρες κοινωνικές παρεμβάσεις. Συνοδευτικά μέτρα θα μπορούσαν να είναι μειώσεις στα επιδόματα ανεργίας, η προώθηση του ανταγωνισμού και η ελαχιστοποίηση του φόρου εισοδήματος [5].

Ωστόσο, το νεοφιλελεύθερο κίνημα απέτυχε να προσελκύσει την πλειοψηφία των πολιτών. Ακόμα και στις ΗΠΑ, οι ιδιωτικοί οργανισμοί ανέπτυξαν στενούς δεσμούς με το κράτος, δεν κατάφεραν να μειώσουν το κόστος και αντί να αναπτύξουν τον υγιή ανταγωνισμό μάλλον δημιούργησαν μονοπώλια που ασκούσαν πολιτική επιρροή [5, 11]. Στον αντίποδα αναπτύχθηκαν υπερασπιστικές θεωρίες του ΚΠ που

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

υποστήριξαν ότι η αγορά δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη φτώχεια και την κοινωνική ανισότητα και επομένως υπάρχει ανάγκη κεντρικής κρατικής παρέμβασης για αναδιανομή του πλούτου. Συγχρόνως τονίστηκε ότι οι κοινωνικές παροχές πρέπει να χορηγούνται σε όλους, γιατί διαφορετικά στιγματίζουν μερίδα του πληθυσμού, δημιουργούν ανισότητες και περιθωριοποίηση [4].

Ο συγκερασμός των παραπάνω σχεδόν αντικρουόμενων θεωριών οδήγησε στον προνοιακό πλουραλισμό, ο οποίος υποστήριξε τη μετάβαση στην κοινωνία πρόνοιας. Εδώ, το τρίγωνο κράτους, αγοράς και οικογένειας παρουσιάζεται ως η απάντηση στην αμφισβήτηση του ΚΠ. Το κράτος έχει περισσότερο συντονιστικό ρόλο, και εθελοντικές οργανώσεις και οικογένεια αναλαμβάνουν βασικό ρόλο στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας [12].

Η κατάσταση όσον αφορά στη φτώχεια, την κοινωνική ανισότητα και το ρόλο του ΚΠ στην Ευρώπη και στις αγγλοσαξονικές χώρες απεικονίζεται στο Πίνακα 1. Η καλύτερη επίδοση παρατηρείται στη Βορειοδυτική Ευρώπη και τη Σκανδιναβία (μείωση της φτώχειας περίπου 70% με τις κοινωνικές παρεμβάσεις). Δυστυχώς, η φτώχεια και οι ανισότητες παραμένουν σταθερά επιδεινούμενες από το 1990, με τα προβλήματα να οξύνονται ιδιαίτερα στα τέλη του 2010 σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση που εξελίσσεται από τις αρχές του 2000 ως σήμερα [4].

Στην Ελλάδα μετά το 1980, όταν το ΚΠ αντιμετωπίζει κύμα αμφισβήτησης στον κόσμο, ιδρύεται και οργανώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με το Νόμο 1397/1983

(ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). Συγχρόνως, θεμελιώνεται ασφαλιστικό σύστημα, ιδρύονται δομές υποστήριξης των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ, φροντίδα στο σπίτι κλπ), ιδρύεται Γραμματεία Νέας Γενιάς με δράσεις στήριξης των νέων. Το ελληνικό ΚΠ εξελίσσεται και διευρύνεται για μια περίπου δεκαετία, όμως από το 1990 η Ελλάδα αρχίζει να αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, υπέρογκο δανεισμό και προγράμματα λιτότητας-περικοπών αρχίζουν να εφαρμόζονται στην κοινωνική πολιτική. Το 2010 η χώρα αποτυγχάνει να καλύψει τις δανειακές της ανάγκες από τις διεθνείς αγορές για να καλύψει τις υποχρεώσεις της (κρατικές δαπάνες και τοκοχρεωτόσια) και εντάσσεται σε επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωζώνη και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, στην οποία συμμετέχει με την υπογραφή μνημονίου. Εντός των υποχρεώσεων του μνημονίου ήταν και περικοπές στις υγειονομικές δαπάνες και ανάγκη μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας. Η νέα αυτή κατάσταση προκαλεί έκρηξη της ανεργίας, η οποία από 7,7% το 2007 υπερβαίνει το 25% μετά το 2012. Παράλληλα, περιορίζεται το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) κατά 9% την τετραετία 2008-2011 [2, 13, 14].

Ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης μαζί με τα κύματα μεταναστών που φθάνουν στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, τη γήρανση του πληθυσμού και την αποδόμηση της οικογένειας προκαλεί επιδείνωση της φτώχειας, διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και αύξηση της δυστυχίας (Γράφημα 1). Το ΚΠ περιορίζεται, αποδυναμώνεται, ωστόσο επιβιώνει, όμως η ανάγκη αναμόρφωσής και προσαρμογής του στα νέα δεδομένα είναι επιτακτική [12].

<b>Χώρες με υφιστάμενο Κράτος Πρόνοιας</b>	<b>Φτώχεια (%)</b> (προ φόρων και επιδομάτων)	<b>Μείωση φτώχειας (%)</b> (κοινωνική παρέμβαση μέσω φόρων και επιδομάτων)
Γερμανία	32,5	73
Ολλανδία	24,1	70
Βέλγιο	31,4	70
Λουξεμβούργο	26,9	68
Αυστρία	28,8	72
Γαλλία	32,6	78
<b>Μέσος όρος 6 χωρών της Βορειοδυτικής Ευρώπης</b>	<b>29,4</b>	<b>72</b>
Δανία	22,1	72
Σουηδία	26,5	68
Φινλανδία	30,1	73
Νορβηγία	23,8	67
Ισλανδία	19	66
<b>Μέσος όρος 5 Σκανδιναβικών χωρών</b>	<b>24,3</b>	<b>70</b>
Ιταλία	33,3	66
Ισπανία	27,2	48
Πορτογαλία	28,4	58
<b>Ελλάδα</b>	<b>31,1</b>	<b>65</b>
Σλοβενία	25,3	68

<b>Μέσος όρος 5 χωρών της Νότιας Ευρώπης</b>	<b>29,1</b>	<b>61</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	31,2	65
ΗΠΑ	27	36
Αυστραλία	27,2	46
Καναδάς	24,7	51
Νέα Ζηλανδία	22,4	51
<b>Μέσος όρος 5 Αγγλοσαξονικών χωρών</b>	<b>26,5</b>	<b>50</b>

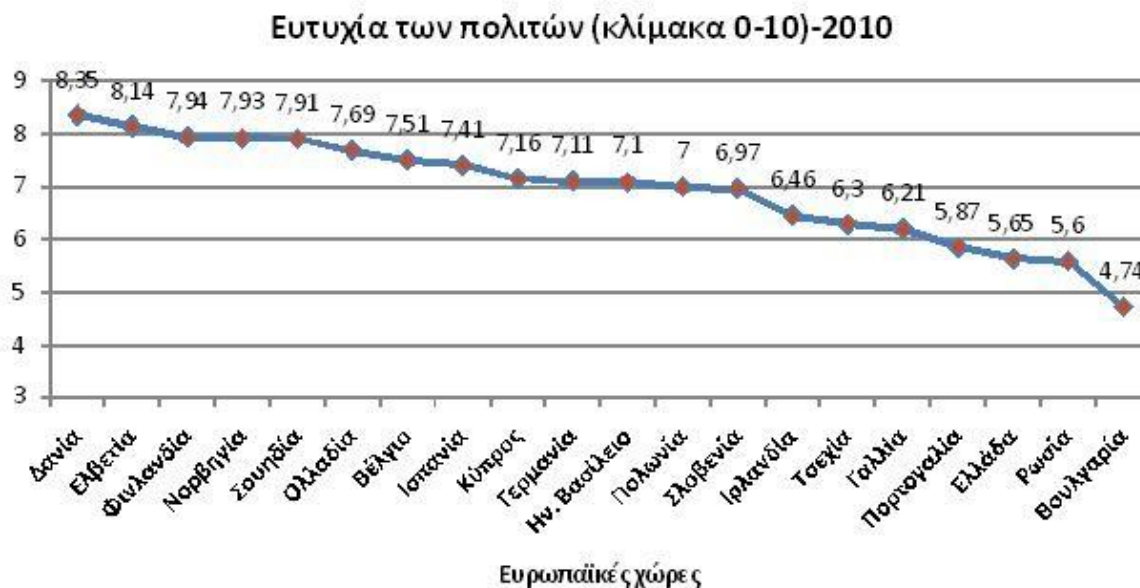
**Πίνακας 1.** Η φτώχεια σε διάφορες χώρες πριν και μετά την παρέμβαση του Κοινωνικού Κράτους. Όριο φτώχειας τέθηκε το 50% του μέσου κατά κεφαλήν εισοδήματος. Στοιχεία περί το έτος 2010 (ίδιοι υπολογισμοί) [4]. ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ ([www.oecd.org](http://www.oecd.org))

## 1.2. Η σχέση του Κράτους Πρόνοιας με ρατσιστικά και πατριαρχικά πρότυπα

Σε αρκετά συστήματα κοινωνικής προστασίας, σε Ευρώπη και ΗΠΑ, η ευημερία του ντόπιου πληθυσμού στηρίχθηκε στη φθηνή εργασία ξένων και μεταναστών και στον περιορισμό των δικαιωμάτων των τελευταίων στο κοινωνικό κράτος. Στη Μεγάλη Βρετανία, το ΚΠ θεμελιώθηκε μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο, εμπνεόμενο από ιδέες εθνικής ανωτερότητας, και στηριζόμενο στην εκμετάλλευση των Βρετανικών αποικιών που απολάμβαναν ελάχιστα ανταποδοτικά κέρδη. Στη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι μετανάστες είχαν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε επιδόματα ανεργίας, στεγαστικά δάνεια και κρατικούς παιδικούς σταθμούς [15, 16]. Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας

(NHS), ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, στηρίχθηκε και συνεχίζει και σήμερα, στη φθηνή εργασία τεχνικών, νοσηλευτών και ιατρών από άλλες χώρες, κυρίως Αφρική, Νοτιοανατολική Ασία και Καραϊβική [17, 18]. Ιδιαίτερα οι ιατροί που προέρχονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης εργάζονται συνήθως σε μη μόνιμες θέσεις αρκετά κατώτερες από την εκπαίδευση που έχουν λάβει, και σε κοπιαστικά ωράρια [19].

Στις ΗΠΑ, το ΚΠ έχει επίσης αμφισβητηθεί λόγω ρατσιστικών διακρίσεων. Οι μαύροι και οι Ισπανόφωνοι φαίνεται να έχουν τη μικρότερη συμμετοχή στα περισσότερα γενναϊόδωρα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, ενώ είναι οι κύριοι αποδέκτες σε προγράμματα περιορισμένης κλίμακας, απόδοσης και διάρκειας. Οι



ΠΗΓΗ: ESS (European Social Survey) 2010

**Γράφημα 1.** Ευτυχία των πολιτών σε κλίμακα 0-10 σε 20 Ευρωπαϊκές χώρες το 2010 (ίδιοι υπολογισμοί) [4]

μάγοι αποκλείστηκαν στο παρελθόν από προγράμματα συνταξιοδότησης μητέρων, από το πρόγραμμα βοήθεια σε οικογένειες με εξαρτημένα τέκνα ή από επιδόματα ανεργίας. Ωστόσο, στην Αμερικάνικη κοινωνία όπου κυριαρχεί η ιδιωτική πρωτοβουλία, διακρίσεις εμφανίζονται γενικώς απέναντι σε όλους τους φτωχούς, συχνά συμπεριλαμβανομένων και των λευκών [20].

Κριτική ασκείται στο ΚΠ σήμερα και λόγω των πατριαρχικών προτύπων που φαίνεται να ευνόησε. Παραδοσιακά, στηρίχθηκε στην πυρηνική οικογένεια, όπου ο πατέρας εργαζόταν και εξασφάλιζε το οικογενειακό εισόδημα, ενώ η μητέρα φρόντιζε το σπίτι, τα παιδιά και τα γηραιά μέλη της οικογένειας. Η ασφάλιση και όλα τα λοιπά κοινωνικά δικαιώματα της μητέρας εξασφαλιζόνταν από το γάμο της με τον πατέρα και τη συμμετοχή της στην

οικογένεια. Ωστόσο, ο τύπος αυτός οικογένειας και νοικοκυριού έχει αλλάξει με μη αναστρέψιμο τρόπο, σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες, καθώς η γυναίκα έχει εισέλθει δυναμικά και συμμετέχει ενεργά σε κοινωνικά δρώμενα [6].

Η συνεχιζόμενη επανάσταση των φύλων και το κίνημα του φεμινισμού έδωσαν στις γυναίκες ίσα σχεδόν δικαιώματα με τους άνδρες στην εκπαίδευση και εργασία. Το αποτέλεσμα ήταν η ανδρική μισθολογική υπεροχή να εκλείψει, οι γυναίκες να παρουσιάζουν εντοπωσιακά εκπαιδευτικά επιτεύγματα και η διπλή καριέρα και εισόδημα να αποτελεί την επικρατούσα κατάσταση στα νοικοκυριά σήμερα. Σύγχρονως, η παραδοσιακή μορφή της οικογένειας έχει αποσταθεροποιηθεί, καθώς στα προηγμένα κράτη τα διαζύγια και οι μονογονεϊκές οικογένειες παρουσιάζουν

κατακόρυφη αύξηση, ενώ οι γεννήσεις κάθετη μείωση [5]. Γίνεται λοιπόν φανερή η ανάγκη προσαρμογών του ΚΠ προς την κατεύθυνση ενίσχυσης της γυναικείας εργασίας για να μη χάνεται ένα πολύτιμο δυναμικό, αλλά και προστασίας της μητρότητας για να ανασχεθεί η υπογεννητικότητα. Η ισότητα των δυο φύλων πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα των κοινωνικών πολιτικών, σε συνδυασμό με τη στήριξη των μονογονεϊκών οικογενειών και τη διασφάλιση της ευζωίας των παιδιών. Η επόμενη ενότητα αναφέρεται στην τυπολογία του ΚΠ κατά Esping-Andersen και αναλύεται η χρησιμότητα αυτών των κατατάξεων.

## 2. Η τυπολογία του Κράτους Πρόνοιας κατά Esping-Andersen

Η τυπολογία των καθεστώτων πρόνοιας παρουσιάζει επιστημονικό ενδιαφέρον και προσφέρει στη μελέτη της εξέλιξής τους. Ωστόσο, τοποθετεί σε στερεότυπα χαρακτηριστικά που εξελίσσονται και αλλάζουν, αφού παροχές και υπηρεσίες αναπροσαρμόζονται ανάλογα με την εποχή, τα προβλήματα και τους διαθέσιμους πόρους. Κάθε ταξινόμηση αντανακλά με στατικό τρόπο μια περιορισμένη ιστορική περίοδο και δεν εξαντλεί όλες τις υφιστάμενες μορφές ΚΠ.

Η μοντελοποίηση του ΚΠ από τον Esping-Andersen αποτελεί από τις ευρύτερα αποδεκτές ταξινομήσεις και έχει ως κριτήριο το βαθμό αποεμπορευματοποίησης υπηρεσιών και κοινωνικών αγαθών και βαφτίζει κάθε μοντέλο με βάση τις πολιτικές δυνάμεις που το στηρίζουν. Με τη μεθοδολογία αυτή διακρίνει το φιλελεύθερο (liberal), το κορπορατιστικό-συντηρητικό

(conservative) και το σοσιαλδημοκρατικό (social democratic) [4, 5].

Το φιλελεύθερο μοντέλο υποστηρίζει ότι το θεμέλιο της ευημερίας πρέπει να είναι η ανάπτυξη της οικονομίας στη βάση της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς και όχι η κρατική παρέμβαση. Ευνοεί την υποστήριξη ενεργών πολιτών που εργάζονται δραστήρια για την κάλυψη των αναγκών τους, ενώ ενθαρρύνει τη λειτουργία επικουρικών θεσμών, πρωτίστως την οικογένεια, και παράλληλα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, όπως συγγενείς και φίλους. Το ΚΠ θεωρείται πολυδάπανος και γραφειοκρατικός μηχανισμός ελέγχου και αδρανοποίησης των πολιτών, γι' αυτό και είναι περιορισμένο. Το μοντέλο αυτό σήμερα γνωρίζει ιδιαίτερα προβολή, γιατί συνάδει με τις συνθήκες της παγκοσμιοποίησης. Αναδεικνύει την αλληλεγγύη, όχι σε συνάρτηση με ένα αποτελεσματικό ΚΠ, αλλά ως ηθικό καθήκον μιας άκρως ανταγωνιστικής κοινωνίας. Οι αγγλοσαξονικές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Μ. Βρετανία) εφαρμόζουν αυτό το μοντέλο σήμερα [12].

Το κορπορατιστικό-συντηρητικό μοντέλο ή ΚΠ του Bismarck συνδέει τις παροχές, ιδίως τις συντάξεις, με τη θέση στην αγορά εργασίας και την προσφορά του εργαζόμενου. Οι κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρονται κυρίως από το κράτος που υποκαθιστά την αγορά. Η οικογένεια είναι δικαιούχος σημαντικών παροχών, όπως και όλοι οι πολίτες με επαγγελματική και κοινωνική θέση. Ευαίσθητες ομάδες όπως οι μη εργαζόμενοι, οι μετανάστες και οι παλιννοστούντες έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες και κινδυνεύουν να περιθωριοποιηθούν. Ο τύπος αυτός ΚΠ



συναντάται στη Γερμανία, Γαλλία και Ιαπωνία [4, 5, 21].

Τέλος, το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο εφαρμόζει την πλήρη αποεμπορευματοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ το κράτος λειτουργεί ως κεντρικός αναδιανεμητικός μηχανισμός πόρων. Στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών και της πλήρους απασχόλησης όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από κοινωνική-εργασιακή θέση και φύλο. Παρά το γεγονός ότι η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση του ΚΠ διατυπώθηκε και εφαρμόστηκε αρχικά σε Αγγλία και Γερμανία στις αρχές του 2<sup>ου</sup> αιώνα, μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελούν οι Σκανδιναβικές χώρες [4, 12].

Τόσο το κορπορατιστικό όσο και το σοσιαλδημοκρατικό ΚΠ προσφέρει κοινωνικές υπηρεσίες και προστασία στην πλειοψηφία των πολιτών. Το πρώτο αντλεί πόρους από εργαζόμενους και εργοδότες με μια ισόρροπη φορολόγηση και με υποχρεωτική συνεισφορά αλληλεγγύης. Το δεύτερο, επιβάλλει φόρους εισοδήματος κυρίως στους πλουσιότερους και παράλληλα υψηλούς έμμεσους φόρους. Το φιλελεύθερο ΚΠ βασίζεται στην παραδοχή ότι οι πολίτες οφείλουν να ικανοποιούν τις περισσότερες από τις ανάγκες τους μόνοι τους και το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει μόνο για να στηρίξει τους φτωχούς. Επιβάλλει τους χαμηλότερους φόρους εισοδήματος, αλλά φορολογεί περισσότερο την ιδιοκτησία [4, 6].

## 2.1. Η εξέλιξη και τυπολογία του Κράτους Πρόνοιας στην Ελλάδα

Στη νεώτερη Ελλάδα, μετά από 4 και πλέον αιώνες σκλαβιάς στην Οθωμανική αυτοκρατορία και έναν αιματηρό απελευθερωτικό αγώνα, η κυβέρνηση με επικεφαλής τον Καποδίστρια προσπαθεί να δημιουργήσει κάποιες εμβρυϊκές-βασικές δομές ΚΠ, με την καταλυτική παρουσία της εκκλησίας και της οικογένειας. Ωστόσο, οι δυσκολίες ήταν τεράστιες λόγω απουσίας κοινωνικών δομών, οικονομικής ένδειας και τραγικής έλλειψης στελεχών. Τη δεκαετία του 1920, η κυβέρνηση Βενιζέλου εκσυγχρονίζει το ΚΠ με νέα εργατική νομοθεσία και στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης, όμως η Μικρασιατική καταστροφή και ο 2<sup>ος</sup> παγκόσμιος πόλεμος προκαλούν εκ νέου καταστροφή και διάλυση. Ακολουθεί ο εμφύλιος πόλεμος, γενικευμένη μετανάστευση και πολιτική αστάθεια που δεν επιτρέπουν βήματα προόδου. Μετά την πτώση της Χούντας, αρχίζει μια προσπάθεια οικοδόμησης ενός ΚΠ που κορυφώνεται της δεκαετία του 1980 με την ίδρυση του ΕΣΥ, την ανάπτυξη θεσμών στήριξης των ηλικιωμένων, της μητρότητας, της ανατροφής και εκπαίδευσης των παιδιών [2, 12].

Η Ελλάδα θεμελίωσε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη βάση του μοντέλου του Bismark (χρηματοδότηση από τους εργαζόμενους και την εργοδοσία) και υγείας ακολουθώντας το μοντέλο του Beveridge (κρατική χρηματοδότηση από φόρους). Έτσι, μοιάζει να ακολουθεί έναν υποτύπο του κορπορατιστικού μοντέλου ή το μοντέλο της Νότιας Ευρώπης κατά τον Ferrera, στο οποίο όμως υπάρχουν πολλές ιδιαιτερότητες, αναχρονισμοί και γραφειοκρατικές στρεβλώσεις [2, 22, 23]. Εξέχοντα ρόλο στο ελληνικό ΚΠ παίζει η οικογένεια, ανεπίσημοι θεσμοί όπως οι

συγγενείς και φίλοι και η εκκλησία. Δυστυχώς, η οικονομική κρίση της τελευταίας πενταετίας αναδεικνύει προβλήματα που λήψασαν για δεκαετίες, το ΚΠ δέχεται έντονη πίεση και προβάλλει επιτακτικά η ανάγκη ρυθμίσεων και μεταβολών προκειμένου να αποφευχθεί η κατάρρευσή του [13, 24].

Αλλαγές φαίνεται να προκρίνονται για το ΚΠ στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, καθώς η παγκοσμιοποίηση δημιουργεί νέες προκλήσεις που αναζητούν μεταρρυθμίσεις πέρα από την υπάρχουσα τυπολογία [25]. Στην επόμενη ενότητα αναλύεται η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στα συστήματα υγείας και το επίπεδο υγείας των κοινωνιών, που αποτελούν κρίσιμο βραχίονα του ΚΠ [26].

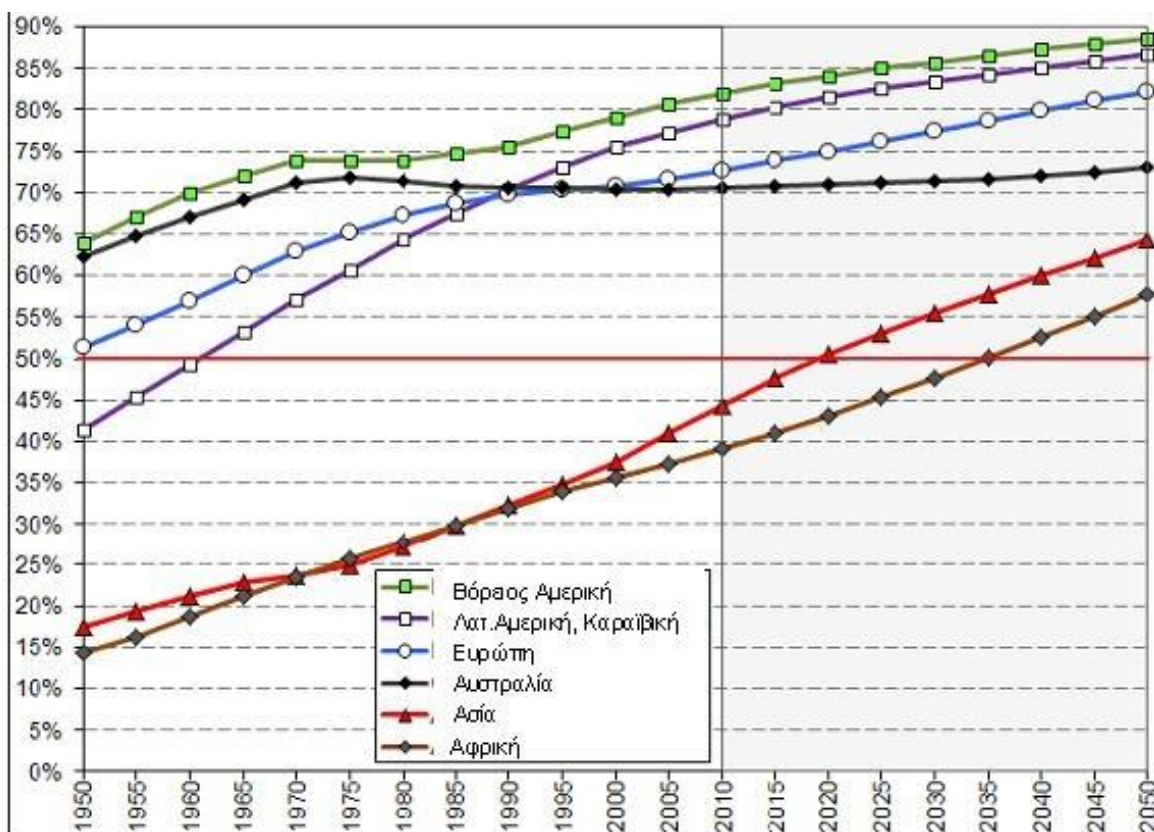
### 3. Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και τα συστήματα υγείας

Δυο από τα κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία της παγκοσμιοποίησης είναι η ανάπτυξη του διεθνούς εμπορίου και η αύξηση της μετακίνησης των ανθρώπων ανά την υφήλιο. Ποτέ άλλοτε στην ανθρώπινη ιστορία δε παρατηρήθηκε τόσο ευρεία και ταχύτατη μεταφορά αγαθών παγκοσμίως ή μετακίνηση ανθρώπων τόσο συχνά και μακριά. Έτσι, ευνοείται η παγκόσμια διάδοση ασθενειών, όμως και η πρόσβαση σε φάρμακα και ιατρική πληροφορία που συμβάλουν στην αντιμετώπιση των ασθενειών [27].

Σύμφωνα με επιστημονικές εκτιμήσεις, περί τα τέλη του 17<sup>ου</sup> αιώνα, η παγκόσμια εξάπλωση των επιδημιών ευλογίας και ιλαράς θα χρειαζόταν 1 περίπου έτος.

Σήμερα, με τη χρήση των αεροπλάνων, ένας ασθενής μπορεί να μεταφέρει μια λοίμωξη οπουδήποτε εντός 36 ωρών. Νέες λοιμώδεις νόσοι, όπως το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (SARS), η γρίπη των χοίρων από τον ιό H1N1, ο αιμορραγικός πυρετός από τον ιό Ebola, απασχόλησαν πρόσφατα τον πλανήτη λόγω της ταχύτατης μετάδοσής τους, αλλά και παλαιότερες νόσοι όπως η φυματίωση και η ελονοσία, επανακάμπουν με παγκόσμια εξάπλωση [28]. Επίσης, μεγάλες ποσότητες τροφίμων μεταφέρονται από αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλότερα επίπεδα υγιεινής και διατήρησης τροφών προς τον ανεπτυγμένο κόσμο, προκαλώντας προβλήματα υγείας. Έτσι στις ΗΠΑ, φράουλες από τη Γουατεμάλα που είχαν ψεκάσει με μολυσμένο νερό, προκάλεσαν επιδημία από το βακτήριο κυκλόσπορος που προσέβαλε περισσότερα από 2.000 άτομα. Προβλήματα όμως έχουν προκληθεί και από τροφές που προέρχονταν από ανεπτυγμένες χώρες, όπως συνέβη με τη νόσο της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας που οδήγησε σε μαζικό σφαγιασμό βοοειδών στο Ηνωμένο Βασίλειο και είχε τεράστιο οικονομικό κόστος για τη χώρα [27].

Η παγκοσμιοποίηση μέσω της ανάπτυξης του εμπορίου, ιδίως στις πόλεις των αναπτυσσόμενων χωρών, προκαλεί έντονη αστικοποίηση, πυκνοκατοικημένες περιοχές, και τελικά συνθήκες ασφυξίας, κακής υγιεινής και ανάπτυξης ασθενειών (Γράφημα 2). Παράλληλα, η ερημοποίηση της υπαίθρου και η υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων προκαλεί σοβαρότατες κλιματικές διαταραχές, ακραία καιρικά φαινόμενα, πλημμύρες, ξηρασίες και τελικά εμφάνιση επιδημιών [27, 29]. Επιπλέον, η υπερβολική



ΠΗΓΗ: Ηνωμένα Έθνη, Τρίμηνα Οικονομικών και Κοινωνικών Θεμάτων, επανεκτίμηση 2011, Νέα Υόρκη

**Γράφημα 2.** Αστικός πληθυσμός ανά ήπειρο (% του συνολικού πληθυσμού)

συνταγογράφηση αντιβιοτικών ευνοεί την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών που προκαλούν επικίνδυνες λοιμώξεις με παγκόσμια εξάπλωση. Χαρακτηριστικά, στη Ρωσία και την Ανατολική Ευρώπη, παρουσιάστηκαν ανθεκτικές μορφές μυκοβακτηριδίου της φυματιώσεως που είναι εξαιρετικά δύσκολο και κοστοβόρο να αντιμετωπιστούν με τις υφιστάμενες φαρμακευτικές επιλογές [30, 31].

Στο περιβάλλον της παγκοσμιοποίησης τα συστήματα υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Τα κύματα των μεταναστών που φτάνουν στις προηγμένες χώρες λόγω της παγκόσμιας οικονομικής

κρίσης, υπερφορτώνουν τα συστήματα υγείας με ασθενείς που μπορούν να πάσχουν από μολυσματικές ασθένειες, δε γνωρίζουν βασικούς κανόνες υγιεινής και δεν έχουν ακολουθήσει πρόγραμμα εμβολιασμών. Παράλληλα, η είσοδος επαγγελματιών υγείας από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες προκαλεί πληθωρισμό ιατρών και νοσηλευτών και προσφορά χαμηλότερης ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, επενδύσεις από πολυεθνικές εταιρείες στο χώρο της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ιδιωτικοποιήσεις προηγμένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και αποκλεισμό από αυτά των οικονομικά ασθενέστερων [4, 26, 32].

Ωστόσο, η παγκοσμιοποίηση μπορεί να ασκήσει και ευεργετική επίδραση στα συστήματα υγείας. Έτσι, οι πολίτες των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών μπορούν να ταξιδεύσουν και να έχουν πρόσβαση σε καλύτερα υγειονομικά συστήματα, καταβάλλοντας συνήθως το ανάλογο οικονομικό τίμημα, προσφέροντας κέρδη και στις χώρες υποδοχής. Διευκολύνεται η πρόσβαση κρατών και ασθενών σε πρώτης γραμμής φάρμακα και ιατρική τεχνολογία και επιτρέπεται η άμεση χρήση ερευνητικών επιτευγμάτων, που παλαιότερα θα γίνονταν ευρέως διαθέσιμα με μεγάλη καθυστέρηση. Επιπλέον, η κινητικότητα ιατρών και νοσηλευτών, εφόσον γίνεται προγραμματισμένα, με κριτήρια και έλεγχο, μπορεί να προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας ευκαιρίες εργασίας σε προηγμένες υγειονομικά χώρες, ενώ οι τελευταίες μπορούν, χωρίς να δαπανήσουν πόρους στην εκπαίδευση, να προσλάβουν έμπειρους επιστήμονες [4, 27, 33].

Είναι βέβαιο ότι η παγκοσμιοποίηση συνοδεύεται από ευκαιρίες και προκλήσεις όσον αφορά στην υγεία του ανθρώπου. Νέα εργαλεία, όπως προγράμματα εμβολιασμών, φάρμακα, στρατηγικές παγκόσμιας καταγραφής νόσων και παρεμβάσεις σε συνθήκες υγιεινής και συστήματα υγείας, είναι δυνατόν να περιορίσουν ή να εμποδίσουν τη μετάδοση ασθενειών [27]. Τα εργαλεία αυτά, σε συνδυασμό με εξελιγμένα συστήματα επικοινωνιών, προηγμένα πληροφοριακά συστήματα και ιατρική τεχνολογία αιχμής μπορεί να βελτιώσουν καθοριστικά επιστημονικές, οικονομικές και πολιτισμικές ανισότητες που υφίστανται διεθνώς και να ελαττώσουν δραματικά τη

θνησιμότητα και θνητότητα παγκοσμίως [34, 35].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ΚΠ είναι προϊόν κοινωνικής, πολιτισμικής και οικονομικής προόδου και συνιστά πλέον αναμφισβήτητο και σημαντικότερο θεσμό στο σύγχρονο κόσμο. Ιστορικά εξελίχθηκε προς διάφορες κατευθύνσεις, οι οποίες αποκρυστάλλωθηκαν σε τρεις κύριες μορφές, τη σοσιαλδημοκρατική, τη συντηρητική και φιλελεύθερη, με πολλές παραλλαγές και ιδιομορφίες. Στην εξελικτική του πορεία, το ΚΠ πέρασε από πολλές περιόδους αμφισβήτησης και πιέσεων για προσαρμογή σε παράγοντες όπως η εκάστοτε δημογραφική κατάσταση και ο διεθνής ανταγωνισμός.

Σήμερα, οι τρέχουσες πολιτικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, η κρίση της οικογένειας, η μετανάστευση και η παγκόσμια οικονομική κρίση ασκούν ξανά πίεση στα ΚΠ για μεταρρύθμιση και προσαρμογή. Παρά το γεγονός ότι οι προκλήσεις είναι παρεμφερείς για όλους τους λαούς, το κάθε κράτος έχει τη δική του ιστορία, σύστημα αξιών και πολιτικές δομές που επηρεάζουν τις αποφάσεις. Παράλληλα, ο κάθε τύπος ΚΠ φαίνεται να αντιμετωπίζει διαφορετικές δυσκολίες και πιθανόν θα αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο στην ανάγκη για εξέλιξη.

Ωστόσο, σ'ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον παγκοσμιοποίησης, το μέγεθος των προβλημάτων που απειλούν τα εθνικά ΚΠ (πληθυσμιακές μετακινήσεις, νέες ασθένειες, επιδημίες) είναι τέτοιο που επιβάλλει διεθνείς συνεργασίες και συμφωνία

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

σε κοινές δράσεις. Η επένδυση στη γνώση, την έρευνα και την τεχνολογία είναι ίσως προαπαιτούμενο για τη βιωσιμότητα του ΚΠ. Το μέλλον αναμένεται δυσσώονο για τη διατήρηση των κοινωνικών υπηρεσιών και δικαιωμάτων. Ωστόσο, οι επιλογές και οι

δυνατότητες είναι πολλαπλές και ο σύγχρονος πολιτισμός μπορεί να εγγυηθεί την προσήλωση στα ανθρωπιστικά ιδεώδη, την επιτυχή προσαρμογή του ΚΠ, τη βιώσιμη διατήρηση και εξέλιξη του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Briggs A. The Welfare State in Historical Perspective. *Eur J Sociol.* 1961;2:221-258.
2. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
3. Steckel RH, Larsen CS, Sciulli PW, et al. The History of European Health Project: a history of health in Europe from the late Paleolithic era to the present. *Acta Univ Carol Med Monogr.* 2009;156:19-25.
4. Andersen J. Welfare States and Welfare State Theory. Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet, Denmark, 2012:1-38.
5. Σακελλαρόπουλος Θ. Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κρατους. Αθήνα: Κριτική 1999.
6. Andersen E. Why we Need a New Welfare State. Oxford University Press, Oxford-New York, 2002.
7. Edebalk PG, Olsson M. Poor relief, taxes and the first Universal Pension Reform: the origin of the Swedish welfare state reconsidered. *Scand J Hist.* 2010;35:391-402.
8. Muntaner C, Borrell C, Ng E, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociol Health Illn.* 2011;33:946-964.
9. Richter M, Rathman K, Nic Gabhainn S, et al. Welfare state regimes, health and health inequalities in adolescence: a multilevel study in 32 countries. *Sociol Health Illn.* 2012;34:858-879.
10. Raphael D. Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations. *Scandinavian journal of public health* 2014;42:7-17.
11. Abel-Smith B, Titmuss K. Selected writings of R. Titmuss: The Philosophy of welfare: Allen & Unwin, 1987.

12. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική, Βασικές Έννοιες, Ιστορική Εξέλιξη, Φορείς και Πρότυπα. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειον Πανεπιστήμιον, Αθήνα, 2006.
13. Matsaganis M. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *J Eur Soc Policy*. 2011;21:501-510.
14. Τσιάντου Β, Κυριόπουλος Γ. Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2010;27:834-40.
15. Craig G. Cuning, unprincipled, loathsome': the racist tail wags the welfare dog. *J Soc Policy*. 2007;36:605-623.
16. Harling P. *The Modern British State: An Historical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 2001.
17. Kundnani A. *The End of Tolerance: Racism in 21st Century Britain*. Pluto Press, London, 2007.
18. Williams F. *Social Policy: A Critical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 1992.
19. Vickers T. *Racism and Politics in British State Welfare*. Newcastle, 2013:1-8.
20. Piven F. *Race and the Politics of Welfare Reform: The University Michigan Press*, Michigan, 2003.
21. Palier B. *Ordering change: Understanding the "Bismarckian" Welfare Reform Trajectory*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 2010.
22. Nikolentzos A, Mays N. Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983-2001)? *J Eur Soc Policy*. 2008;18:163-176.
23. Delnoij DM. Bismarck or Beveridge: primary care matters. *Eur J Public Health*. 2013;23:349.
24. Μπούτσιου Σ, Σαράφης Π. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2013;5:147-161.
25. Kruk M. *Globalization and Global Health Governance: implications for Public Health*. The Changing Landscape of Global Public Health Conference. Columbia University, New York, 2010:1-11.
26. Mendelson M, Divinsky P. *Canada 2015: Globalization and the Future of Canada's Health and Health Care*. 2002:1-35.
27. WHO. *Health and Globalization*. 2010.
28. Bettcher D, Yach D, Guindon E. *Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges*. *Bulletin of the World Health Organization* 2000.
29. Wilson M. *Infectious Diseases: an Ecological Perspective*. *Br Med J*. 1995;311.

30. Nash M. The antibiotic Crisis. Time 2001:90.
31. National Intelligence Council C. The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States. National Intelligence Estimate 2000.
32. Canadian Health Services Research Foundation C. Globalization and Canada's healthcare system. 2002:1-16.
33. Lister J. WHO Commission on Social Determinants of Health Globalization and Health Systems Change. Ottawa, 2008.
34. Somvanshi PR, Venkatesh KV. A conceptual review on systems biology in health and diseases: from biological networks to modern therapeutics. Syst Synth Biol. 2014;8:99-116.
35. Σωτηριάδου Σ, Σαράφης Π, Μαλλιάρου Μ. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο, η στρατηγική της Λισσαβώνας και το ενεργητικό και δυναμικό κράτος πρόνοιας: πλαίσιο, εξελίξεις και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2010;2:105-114.

---

## REVIEW

### *The welfare state dispute and the influence of globalization in the population health status*

**K. Paschos<sup>1</sup>, M. Malliarou<sup>1</sup>, P. Bamidis<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Health Care Management MSc course, Hellenic Open University, and <sup>2</sup> Ass. Professor, Medical School, Aristotele University of Thessaloniki, Greece

#### ABSTRACT

The welfare state (WS) constitutes a very important structural institution of modern societies. Its development has been impressive during the 20th century, substantially contributing to the cultural progress and financial growth globally. Its types and reforms are declined in various models and typologies, such as the typology presented by Titmuss (1970), Esping-Andersen (1990), Mishra (1984) and Castels (1989). The Esping-Andersen methodology is one of the most

widely accepted, which classifies the WS into three types: the liberal, corporatist and social-democratic. However, WS goes through a period of crisis-dispute nowadays, while its traditional mainstays confront a concurrent crisis, including family, labour unions and state structures (organizational and political). Researchers think that the existing WS models are unable to respond to contemporary challenges, such as low birth rate, population aging, family crisis and immigration.

The last decades WS encounters a severe dispute and consequently the necessity of its transformation through radical reforms and alterations is obvious. Furthermore, the rapidly evolving globalization influences national economies, societies and institutions worldwide. The broad and prompt transportation of goods and people around the world promotes disease dissemination, epidemic outbreaks, causes sharp alterations in population health status and challenges the reliability of health systems-services. In the near future the WS may endure crucial transformations, which will target the improvement of competency, the youth education and research aiming to innovation. The difficulties are serious and the challenges crucial. However, a plethora of available options with the contribution of modern technology and knowledge hold out the hope that WS should survive eventually, serving superior humanitarian ideals in a viable and credible way.



**Keywords:** welfare state, reform, globalization, health system, typology



Citation

**K. Paschos, M. Malliarou, P. Bamidis. The welfare state dispute and the influence of globalization in the population health status. Scientific Chronicles 2016; 21(1): 50-65**

Συγγραφέας επικοινωνίας

Κωνσταντίνος Πάσχος, E-mail addresses: [kostaspaschos@yahoo.gr](mailto:kostaspaschos@yahoo.gr)