

## Διαχρονική διερεύνηση των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα (1975-2000)

Μαίρη Γεϊτόνα\*

### Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα από το 1975 μέχρι το 2000. Τα αποτελέσματα εμφανίζουν μεγαλύτερους ετήσιους ρυθμούς μεταβολής των κοινωνικών δαπανών από το ΑΕΠ, καθώς επίσης σημαντικές αυξήσεις –διαχρονικά– των δαπανών υγείας και πρόνοιας σε σχέση με τις δαπάνες για συντάξεις. Τα 3/4 των δαπανών για κοινωνική προστασία διατίθενται από τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ το 1/4 από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το σύστημα κοινωνικής προστασίας δεν έχει επιτύχει την καθολική πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων και κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, εξαιτίας της αποσπασματικής ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους διαχρονικά. Παρατηρούνται σημαντικές οργανωτικές και διαχειριστικές αδυναμίες, οι οποίες εμποδίζουν το συντονισμό και τη λειτουργική διασύνδεση των κοινωνικών υπηρεσιών. Τα πρόσφατα μεταρρυθμιστικά εγχειρήματα αποσκοπούν στη μακροοικονομική αποδοτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και στην περιφερειακή ανασυγκρότηση και επιχειρησιακή διασύνδεση μεταξύ των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (ΕΣΥ) και Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΣΚΦ).

### 1. Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι σε διεθνές επίπεδο παρατηρείται έντονη κινητικότητα σε τομείς που άπτονται της κοινωνικής πολιτικής,

---

\* Επίκουρος Καθηγήτρια, στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Αντιπρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Φροντίδας (ΕΟΚΦ).

στους τρόπους άσκησης και διαχείρισής της, καθώς επίσης σε ζητήματα σχετικά με την έκταση ή τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Ιδιαίτερα με τη δεδομένη συγκυρία, στην οποία επικρατεί διεθνώς το φάσμα της παγκοσμιοποίησης, το ενδιαφέρον και η θέση της επιστημονικής κοινότητας σε θέματα της κοινωνικής πολιτικής αποκτά ιδιαίτερο βάρος, για το λόγο ότι σε πολλές ευρωπαϊκές κυρίως χώρες, επιχειρούνται μεταρρυθμίσεις σε βασικούς άξονες της κοινωνικής πολιτικής, όπως στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και πρόνοιας. Οι λόγοι που ευθύνονται και δικαιολογούν αυτή την κινητικότητα βασίζονται σε κοινές και τεκμηριωμένες βιβλιογραφικά και εμπειρικά παραδοχές, οι οποίες συγκλίνουν στις απόψεις ότι η οικονομική ανάπτυξη ή τα επιτεύγματα της οικονομικής προόδου δε διασφαλίζονται χωρίς ταυτόχρονη κοινωνική ανάπτυξη και ότι οι πιο έντονες κοινωνικές ανισότητες παρατηρούνται στις χώρες της μεγάλης οικονομικής αφθονίας (Rawls, 1971· Ginsburg, 1979· Higgins, 1981· Hill and Bramley, 1986· Burden, 1998).

Αποτελεί κοινό και σύνηθες φαινόμενο, σε χώρες με ανοδική πορεία της οικονομίας τους, η ύπαρξη κοινωνικών ομάδων, όπως ανέργων, κοινωνικά αδυνάτων, μεταναστών, οι οποίες δεν απολαμβάνουν ισότιμα την κοινωνική ασφάλεια ή κοινωνική ευημερία και κατά συνέπεια, δεν είναι ικανοποιημένες από την ποιότητα ζωής τους, πρωταρχικά κοινωνικά δικαιώματα όχι μόνο του πολίτη του 21ου αιώνα αλλά και υποχρεώσεις του κοινωνικού κράτους σήμερα (Galbraith, 1980· Townsend et al., 1988· Cochrane, 1993· Kouchner, 1996).

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί αποσπασματικά και παρουσιάζει ενδογενείς αδυναμίες οι οποίες ταυτίζονται με τη δημιουργία, ανάπτυξη και εξέλιξη του κράτους-πρόνοιας στη χώρα (Κρεμαλής, 1990· Σακελλαρόπουλος, 1999· Αμίτσης, 2001). Η συγκεκριμένη εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη των υφιστάμενων δυσχερειών του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα, μέσα από τη διαχρονική, αναλυτική και συνθετική, διερεύνηση των κοινωνικών πόρων. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρείται η καταγραφή των δημοσίων δαπανών για υγεία, πρόνοια και για συντάξεις, οι οποίες έχουν διατεθεί από το 1975 μέχρι το 2000, ανάλογα με την πηγή προέλευσης των πόρων τους.

Η σημαντικότητα της μελέτης έγκειται στον εντοπισμό των διαχειριστικών στρεβλώσεων που παρουσιάζει σήμερα το σύστημα της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, ως προς το συντονισμό και τη λειτουργική διασύνδεση όχι μόνο των κοινωνικών υπηρε-

σιών αλλά και των χρηματοοικονομικών ροών. Αξίζει να επισημανθεί ότι προς επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων εστιάζονται οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, που ήδη λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα, στους τρεις προαναφερθέντες τομείς της κοινωνικής προστασίας.

## 2. Υλικό - μεθοδολογία

Το υλικό της μελέτης προέρχεται από τους ετήσιους κοινωνικούς προϋπολογισμούς (1975-2000) και αφορά τις δαπάνες για παροχές σε είδος και σε χρήμα που διατέθηκαν από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης που υπάγονται στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή άλλων υπουργείων, καθώς επίσης τις επιχορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού. Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις πηγές χρηματοδότησης των δαπανών για συντάξεις, για υγεία και για πρόνοια με κριτήρια διάκρισης την προέλευσή τους από την κοινωνική ασφάλιση ή τον κρατικό προϋπολογισμό. Κατά συνέπεια, η μεθοδολογία εστιάζεται στη συνολική καταγραφή και την περιγραφική ανάλυση των πηγών χρηματοδότησης των υπό μελέτη κοινωνικών παροχών.

Οι δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης αφορούν πρώτον, παροχές για συντάξεις αναπηρίας, γήρατος και επιζώντων μελών της οικογένειας, δεύτερον, παροχές ασθένειας σε είδος και σε χρήμα, τρίτον, παροχές πρόνοιας, κυρίως εφάπαξ βοηθήματα και διάφορα επιδόματα καθώς και τις δαπάνες διοίκησης. Στα πλαίσια της ευρείας κοινωνικής διάστασης των παροχών πρόνοιας των ασφαλιστικών οργανισμών και με σκοπό την απόκτηση κατά το δυνατόν πληρέστερης εικόνας σχετικά με τα οικονομικά των κοινωνικών παροχών στη χώρα, στις παροχές πρόνοιας της κοινωνικής ασφάλισης εμπεριέχονται εκτός των οικογενειακών επιδομάτων και άλλα επιδόματα, όπως τα επιδόματα στράτευσης, ανεργίας, εκπαίδευσης, απασχόλησης, επιμόρφωσης και κατάρτισης των νέων και των εργαζομένων, καθώς και διάφορες επιδοτήσεις σε περιπτώσεις έκτακτων ζημιών.

Οι δαπάνες του τακτικού προϋπολογισμού περιλαμβάνουν τις γενικές δαπάνες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των Περιφερειακών Διοικήσεων, τις επιχορηγήσεις όλων των νοσηλευτικών και προνοιακών ιδρυμάτων της χώρας, τη δαπάνη για υγει-

ονομική περίθαλψη και για συντάξεις των δημοσίων υπαλλήλων, των πολιτικών και των στρατιωτικών συνταξιούχων. Επίσης, εμπεριέχονται διάφορα βοηθήματα και επιδόματα προνοιακού χαρακτήρα τα οποία στοχεύουν στην κάλυψη βασικών αναγκών σε άτομα τα οποία δε διαθέτουν πόρους για να τις καλύψουν ή αδυνατούν βιολογικά, άτομα τα οποία δεν καλύπτονται από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς επίσης παροχές οι οποίες δεν αναφέρονται μόνο στην κοινωνική και βιολογική προστασία των προστατευομένων αλλά επεκτείνονται στην εξασφάλιση προϋποθέσεων ένταξης ή επανένταξης αυτών στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό της χώρας. Επιπρόσθετα, στις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού εμπεριέχονται επιχορηγήσεις προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με σκοπό την κάλυψη ελλειμμάτων, κυρίως του κλάδου των συντάξεων ή προς διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα ή σωματεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

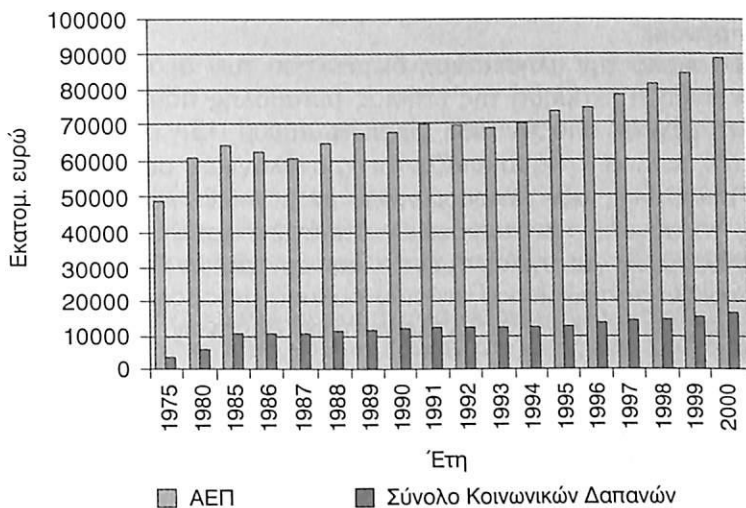
Στη συγκεκριμένη εργασία, το άθροισμα των δημοσίων δαπανών για υγεία, πρόνοια και για συντάξεις, ανεξάρτητα από την πηγή χρηματοδότησής τους, ταυτίζεται με το σύνολο των κοινωνικών δαπανών που διατίθεται από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, χωρίς σε αυτές να περιλαμβάνονται οι δαπάνες για εκπαίδευση, καθώς επίσης διάφορες κοινωνικές παροχές προερχόμενες από κοινωφελή σωματεία ή φορείς για το λόγο ότι δεν καταγράφονται στους κοινωνικούς προϋπολογισμούς. Όλα τα μεγέθη έχουν μετατραπεί σε σταθερές τιμές (1994=100) και σε εκατομμύρια ευρώ.

### 3. Αποτελέσματα

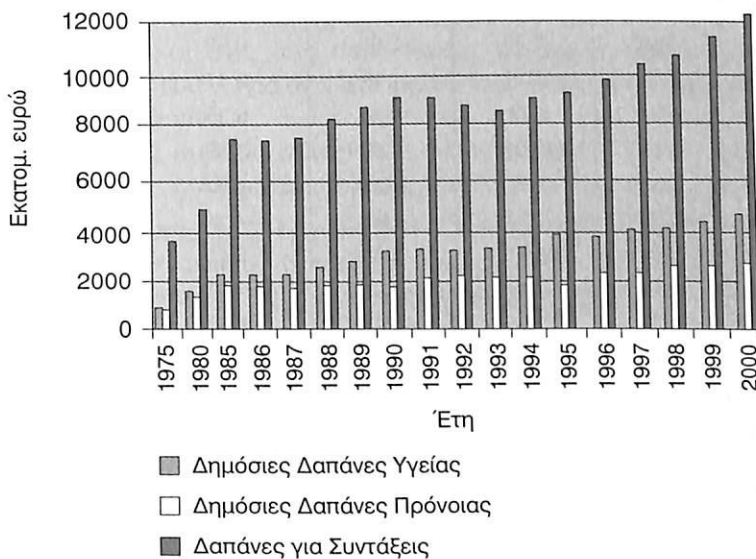
Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, η Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες-μέλη της Ε.Ε. υστερεί σημαντικά ως προς το ποσοστό των κοινωνικών δαπανών που διατίθενται από το ΑΕΠ. Η Ελλάδα το 1999 διέθετε για κοινωνικές παροχές το 21.6% του ΑΕΠ, δεύτερη από το τέλος στην κατάταξη μετά την Ιρλανδία (16.1%), απέχοντας κατά έξι ποσοστιαίες μονάδες από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (27.7%) (Eurostat, 2001).

Στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η εξέλιξη του ΑΕΠ και των κοινωνικών δαπανών συνολικά από το 1975 μέχρι το 2000 στην Ελλάδα, όπου γίνεται εμφανής η μικρή συμμετοχή αλλά και σταθερή πορεία των κοινωνικών δαπανών διαχρονικά σε σχέση με το Α-

**Διάγραμμα 1**  
Εξέλιξη ΑΕΠ και κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα  
(σε σταθερές τιμές)



**Διάγραμμα 2**  
Εξέλιξη των δαπανών για υγεία, πρόνοια και συντάξεις στην Ελλάδα  
(σε σταθερές τιμές)



ΕΠ. Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών για υγεία, πρόνοια και συντάξεις, όπου απεικονίζεται σαφώς το μεγάλο μερίδιο των κοινωνικών δαπανών που απορροφούν οι συντάξεις σε σχέση με τις δαπάνες για υγεία και για πρόνοια.

Με σκοπό την πληρέστερη διερεύνηση των δεδομένων, κρίθηκε σκόπιμη η εκτίμηση της ετήσιας μεταβολής που παρουσιάζουν όλα τα μεγέθη από το 1985 μέχρι το 2000.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται χρονολογικές σειρές των ρυθμών μεταβολής των μακροοικονομικών μεγεθών που αφορούν το ΑΕΠ, το σύνολο των κοινωνικών δαπανών, καθώς και τις επιμέρους δαπάνες για υγεία, πρόνοια και συντάξεις. Για τη διαχρονική διερεύνηση του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής του ΑΕΠ σε σύγκριση με το σύνολο των κοινωνικών δαπανών, κρίθηκε σκόπι-

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ρυθμοί μεταβολής του ΑΕΠ, των δημοσίων δαπανών για υγεία, πρόνοια και συντάξεις στην Ελλάδα  
(σε ποσοστά, σε σταθερές τιμές 1994=100)

Έτη	ΑΕΠ	Δαπάνες υγείας	Δαπάνες πρόνοιας	Δαπάνες για συντάξεις	Σύνολο κοινωνικών δαπανών
1986	-2,95	-1,06	-5,83	-1,39	-1,89
1987	-3,08	-0,35	-2,84	0,99	0,23
1988	7,03	12,97	4,45	9,47	9,62
1989	4,51	8,13	-0,40	5,75	5,58
1990	0,28	13,89	-3,99	3,63	5,14
1991	3,33	0,88	25,53	-0,97	2,06
1992	-0,22	-1,76	4,99	-4,28	-2,56
1993	-1,61	2,10	-5,01	-3,05	-2,05
1994	2,35	-0,13	-0,21	5,48	3,34
1995	4,28	15,06	-22,24	1,58	2,01
1996	1,61	-2,35	40,56	5,13	6,32
1997	4,89	5,93	-0,75	5,61	4,92
1998	3,85	1,02	15,59	2,82	3,83
1999	3,80	5,30	-0,51	6,25	5,15
2000	5,34	6,80	3,80	8,20	7,32

Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί και Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί (1985-2000).

μη η εκτίμηση δύο οικονομετρικών υποδειγμάτων (Dritsakis and Sarrí, 1998· Υφαντόπουλος, 1988) που βασίζονται στην παρακάτω εκθετική εξίσωση:

$$Y_t = Y_0 e^{\lambda t}$$

Όπου:  $Y_t$  = το ΑΕΠ ή οι Κοινωνικές δαπάνες την τρέχουσα περίοδο  $t$ .

$Y_0$  = το ΑΕΠ ή οι Κοινωνικές δαπάνες την αρχική περίοδο 0.

$\lambda$  = ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής για το ΑΕΠ και τις κοινωνικές δαπάνες αντίστοιχα

$t$  = οι τιμές της χρονολογικής σειράς από το 1985-2000

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω συνάρτηση, εκτιμήθηκε ο συντελεστής  $\lambda$  για το ΑΕΠ και τις κοινωνικές δαπάνες. Προκειμένου να αποτιμήσουμε την πραγματική ετήσια μεταβολή και οι δύο χρονολογικές σειρές έχουν ληφθεί σε σταθερά μεγέθη. Τα αποτελέσματα των οικονομετρικών προσεγγίσεων παρουσιάζονται συνοπτικά στις παρακάτω εξισώσεις (1) και (2):

$$\text{ΑΕΠ} = 2E+07e^{0.0244t} \quad R^2 = 0.8745 \quad (1)$$

$$\text{Κοινωνικές Δαπάνες} = 2E+06e^{0.0511t} \quad R^2 = 0.661 \quad (2)$$

Από τις παραπάνω εκτιμήσεις προκύπτει ότι ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι μεγαλύτερος στην περίπτωση του ΑΕΠ ( $R^2 = 0.87$ ) σε σχέση με τις κοινωνικές δαπάνες ( $R^2=0.66$ ). Μπορούμε βέβαια και στις δύο περιπτώσεις να χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα του  $\lambda$  για την εκτίμηση του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής που είναι:

Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής ΑΕΠ = 2.4%

Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής Κοινωνικών δαπανών = 5.1%

Επομένως, από τη διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης του ΑΕΠ και των κοινωνικών δαπανών, διαπιστώνεται ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των κοινωνικών δαπανών είναι μεγαλύτερος του ΑΕΠ.

Η μελέτη του πίνακα 2 κατευθύνει σε διαπιστώσεις οι οποίες συνδέονται άμεσα με τις δεδομένες κοινωνικές και οικονομικές συγκυρίες της υπό μελέτη περιόδου. Η δεκαετία του '80 εμφανίζει αύξηση όλων γενικά των κοινωνικών δαπανών, γεγονός το οποίο ιστορικά ερμηνεύεται από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στη χώρα και την καθολική επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης στον ελληνικό πληθυσμό. Οι οικονομικές επιπτώσεις αυτών των πολιτικών

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Δημόσιες δαπάνες για παροχές υγείας, πρόνοιας και για συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ (σταθερές τιμές 100=1994)

Έτη	Υγεία	Πρόνοια	Συντάξεις	Δαπάνες διοίκησης*	Σύνολο κοινωνικών δαπανών
1975	1.7	0.7	5.8	1.2	9.4
1980	2.6	1.4	6.8	0.9	11.7
1985	3.5	2.1	10.7	0.7	17.0
1990	4.5	1.8	12.1	0.8	19.5
1995	4.8	1.6	11.0	1.3	18.7
2000	4.7	2.2	11.9	1.0	19.8

\* Αφορούν δαπάνες μόνο των ασφαλιστικών φορέων· οι δαπάνες διοίκησης των παροχών του κρατικού προϋπολογισμού εμπεριέχονται στις αντίστοιχες δαπάνες κατά κλάδο.

Πηγή: Κοινωνικοί προϋπολογισμοί (1975-2000).  
Εθνικοί Λογαριασμοί (1975-2000).

συνέβαλαν στην αύξηση των κοινωνικών δαπανών περίπου κατά οκτώ ποσοστιαίες μονάδες, ήτοι από το 11.7% το 1980 έφθασαν στο 19.5% το 1990 του ΑΕΠ. Παρά τους συγκριτικά αργούς ρυθμούς εξέλιξης των δαπανών πρόνοιας, διαπιστώνεται ότι οι δαπάνες πρόνοιας εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης σε σχέση με τους κλάδους της υγείας και των συντάξεων. Από τη συγκριτική μελέτη της ποσοστιαίας κατανομής των κοινωνικών δαπανών ως προς το ΑΕΠ, μεταξύ των δεδομένων της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (21,6%) και των εθνικών κοινωνικών προϋπολογισμών (19,8%), διαπιστώνεται απόκλιση περίπου κατά 1.8 ποσοστιαίες μονάδες. Η απόκλιση αυτή οφείλεται αφενός μεν, στο ότι οι κοινωνικοί προϋπολογισμοί δε χρησιμοποιούν τη μεθοδολογία εκτίμησης των δαπανών κοινωνικής προστασίας της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (χρήση συστήματος ESSPROS) και αφετέρου, στο ότι διαφεύγουν από τη συνολική εκτίμηση των κοινωνικών δαπανών φορείς οι οποίοι δεν υπάγονται στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή άλλων Υπουργείων, ούτε επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Όσον αφορά στην κατανομή των κοινωνικών δαπανών ανάλογα με την πηγή χρηματοδότησής τους (Πίνακας 3) διαπιστώνεται ότι



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας κατά Πηγή Χρηματοδότησης  
(σε σταθερές τιμές, σε εκατομ. Ευρώ)

Έτη	Συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας	Δαπάνες ασφαλιστικών οργανισμών	Ποσοστό επί των συνολικών	Δαπάνες κρατικού προϋπολογισμού	Ποσοστό επί των συνολικών
1975	4,578	3,304	72,2	1,274	27,8
1980	7,021	5,259	74,9	1,762	25,1
1985	10,846	7,860	72,5	2,986	27,5
1990	13,033	9,069	69,6	3,963	30,4
1995	13,520	9,960	73,7	3,560	26,3
2000	17,623	13,351	75,8	4,273	24,2

Πηγή: Κοινωνικοί προϋπολογισμοί (1975-2000).

τα 3/4 των δημοσίων δαπανών για κοινωνική προστασία διατίθενται από φορείς της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ μόνο το 1/4 από τον κρατικό προϋπολογισμό. Με βάση τη διαπίστωση ότι βασικός χρηματοδότης της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα είναι η κοινωνική ασφάλιση, κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθεί η κατανομή των δαπανών της κοινωνικής ασφάλισης, κατά κατηγορία παροχών. Στον Πίνακα 4 εμφανίζεται ο κλάδος των συντάξεων να α-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών για κοινωνικές παροχές των ασφαλιστικών φορέων  
(σταθερές τιμές, 100=1994)

Έτη	Υγεία	Πρόνοια	Συντάξεις	Δαπάνες διοίκησης	Συνολική δαπάνη
1975	19.0	7,7	54.8	18.5	100
1980	20.3	12.3	57.6	9.8	100
1985	14.9	11.8	68.0	5.5	100
1990	15.3	9.5	68.9	6.3	100
1995	19.4	13.9	64.9	1.8	100
2000	18.1	10.8	64.4	6.7	100

Πηγή: Κοινωνικοί προϋπολογισμοί (1975-2000).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5**  
**Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών για κοινωνικές παροχές**  
**των ασφαλιστικών φορέων**  
**(σταθερές τιμές, 100=1994)**

Έτη	Υγεία	Πρόνοια	Συντάξεις	Συνολική δαπάνη
1975	15.4	5.9	78.7	100
1980	27.8	11.3	60.9	100
1985	35.4	13.5	51.1	100
1990	41.9	8.8	49.3	100
1995	37.8	16.7	45.5	100
2000	40.9	12.2	46.9	100

Πηγή: Κοινωνικοί προϋπολογισμοί (1975-2000).

ποροφά το 2000 το 65% περίπου των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, αύξηση η οποία από το 1975 μέχρι το 2000 προσεγγίζει τις δέκα ποσοστιαίες μονάδες. Αντίθετα, παρατηρείται ότι οι δαπάνες των ταμείων για υγεία εμφανίζουν μείωση κατά μια ποσοστιαία περίπου μονάδα, ενώ οι παροχές πρόνοιας παρουσιάζουν αύξηση κατά τρεις ποσοστιαίες μονάδες. Πρέπει να επισημανθεί ότι η έμφαση στην προνοιακή πολιτική των ασφαλιστικών ταμείων εκδηλώνεται κυρίως μέσω της επιδοματικής πολιτικής, της ενίσχυσης της απασχόλησης ή της επαγγελματικής κατάρτισης.

Όσον αφορά δε τη δεύτερη πηγή χρηματοδότησης των κοινωνικών παροχών στη χώρα, τον κρατικό προϋπολογισμό (πίνακας 5), διαπιστώνεται σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '80 λόγω της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ και μια εμφανής προσπάθεια ελέγχου των δαπανών υγείας, κατά τη δεκαετία του '90. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στην πρόνοια, παρά το γεγονός ότι είναι συγκριτικά μικρή σε σχέση με τις άλλες παροχές, παρουσιάζει έντονα αυξητικές τάσεις στις αρχές της δεκαετίας του '80 και του '90. Αναφορικά με τη χρηματοδότηση των συντάξεων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, η συμμετοχή του παρουσιάζεται διαχρονικά μειωμένη παρά το γεγονός ότι στις δαπάνες αυτές εμπεριέχονται επιχορηγήσεις των συντάξεων προς τα ασφαλιστικά ταμεία, οι οποίες κατά το τέλος της δεκαετίας του '90 προσέγγιζαν περίπου το 35-40% των συνολικών κοινωνικών δαπανών ετησίως του κρατικού προϋπολογισμού. Πρέπει να επισημανθεί ότι από τα δεδομένα του ίδι-

ου του πίνακα διαπιστώνεται ισομερής διαχρονικά μετακύληση πόρων του κρατικού προϋπολογισμού από τις συντάξεις προς την υγεία, γεγονός το οποίο τεκμηριώνει και παγιώνει την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στη χώρα.

#### 4. Συζήτηση και συμπέρασμα

Στη συγκεκριμένη εργασία επιχειρείται η διαχρονική μελέτη των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα, των προερχομένων από την κοινωνική ασφάλιση και τον κρατικό προϋπολογισμό, δεδομένου ότι η ανάπτυξη και δόμηση της κοινωνικής προστασίας στη χώρα συνδέεται άμεσα με τις πηγές χρηματοδότησής της (Προβόπουλος και Υφαντόπουλος, 1990; Σακελλαρόπουλος 1999). Το σκεπτικό της ενσωμάτωσης των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών στις δαπάνες για κοινωνική προστασία στηρίζεται στην από κοινού αποδοχή σήμερα, ότι η κοινωνική ασφάλιση ταυτίζεται σε όλες τις χώρες με μια μεγάλης κλίμακας μετατόπιση πόρων από τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό στους απόμαχους της εργασίας, από τους υγιείς στους ασθενείς ή τους σωματικά ή πνευματικά αναπήρους και από τους εύπορους στους φτωχούς. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι η συνθετική παρουσίαση των δαπανών για κοινωνική προστασία βασίζεται στη λογική του αναδιανεμητικού χαρακτήρα που έχει πλέον η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα, και όχι στη λογική της ανταποδοτικότητας (*quid pro quo*). Εξάλλου, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ασφαλιστικοί φορείς στις περισσότερες χώρες αποτελούν όχημα άσκησης κοινωνικής πολιτικής, διαπιστώνεται ότι η χρηματοδότησή τους δεν περιορίζεται μόνο στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων αλλά επεκτείνεται και σε έσοδα από τη γενική ή ειδική φορολογία. Με αυτόν τον τρόπο υποδηλώνεται ο τριμερής (*tripartite*) χαρακτήρας χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, σε διεθνές επίπεδο, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας για την Ελλάδα (Κρεμαλής, 1990· Προβόπουλος και Υφαντόπουλος, 1990· Burden, 1998).

Από την περιγραφική, αναλυτική και συνθετική καταγραφή και διερεύνηση των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα, συνάγονται τα εξής συμπεράσματα:

Διαχρονικά ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των κοινωνικών δαπανών είναι μεγαλύτερος του ΑΕΠ, γεγονός που σημαίνει

ότι βασικοί άξονες της κοινωνικής πολιτικής εξελίσσονται ανεξάρτητα της εκάστοτε οικονομικής πολιτικής ή της οικονομικής κατάστασης της χώρας. Κρίνεται αναγκαίο να γίνουν κάποιες επισημάνσεις, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό δικαιολογούν τις επιμέρους εξελίξεις. Οι ετήσιοι αυξητικοί ρυθμοί που εμφανίζουν οι κοινωνικές δαπάνες, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία έτη της δεκαετίας του '80, οφείλονται στην επέκταση βασικών τομέων της κοινωνικής πολιτικής αυτήν τη χρονική περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, η μεγάλη αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας ταυτίζεται με την επέκταση και ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν. 1397/83 περί εγκαθίδρυσεως του ΕΣΥ). Οι μικρότεροι ρυθμοί μεταβολής καθώς και οι –σε μεγαλύτερη συχνότητα– αρνητικοί ετήσιοι ρυθμοί που εμφανίζουν τα τρία υπό διερεύνηση μεγέθη, στις αρχές της δεκαετίας του '90, θα μπορούσαν να αποδοθούν στην προσπάθεια επίτευξης των κριτηρίων του Μάαστριχτ με σκοπό την ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική ένωση (ΟΝΕ). Όσον αφορά τις μεγάλες αυξήσεις που παρατηρούνται στις δαπάνες πρόνοιας κατά τα έτη 1991-92 και 1996-98, πρέπει να επισημανθεί ότι οι χρονολογίες αυτές ταυτίζονται με μεταρρυθμιστικά εγχειρήματα στο χώρο της πρόνοιας, τα οποία αντλούσαν πόρους από τα ταμεία της ΕΕ (διαρθρωτικά ταμεία, 2ο ΚΠΣ).

Είναι γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών απορροφάται από τις συντάξεις. Οι δαπάνες για συντάξεις εμφανίζουν έντονους αυξητικούς ρυθμούς σε σχέση με τις δαπάνες υγείας και πρόνοιας, ιδιαίτερα κατά τα μέσα της δεκαετίας του '80, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζουν σταθερότητα. Οι λόγοι που συνδράμουν στη μεγαλύτερη μεταβολή των συντάξεων δεν συνδέονται μόνο με το δημογραφικό πρόβλημα, τη γήρανση του πληθυσμού, αλλά και με την επέκταση και ελαστική εκχώρηση του δικαιώματος σύνταξης σε άτομα ή κοινωνικά στρώματα που στην πραγματικότητα δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο μεγάλος αριθμός συνταξιούχων λόγω αναπηρίας στη χώρα, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα παρουσιάζεται μεταξύ των χωρών με τους πλέον θετικούς δείκτες υγείας (Eurostat, 2001). Οι τέτοιου είδους πολιτικές παρέμβασης της κεντρικής διοίκησης, διαχρονικά, στα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων, συνετέλεσαν στην αδυναμία για ορθολογική διαχείριση των συντάξεων από τα ασφαλιστικά ταμεία και στην αναγκαιότητα κάλυψης των διαχειριστικών ελλειμμάτων τους από τον κρατικό προϋπολογισμό (Σολωμός, 1999). Κατά συνέπεια, διαπιστώνεται ότι το 65% για συντάξεις που διατίθεται

από τις συνολικές δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων, είναι πλασματικό και υποεκτιμημένο, καθόσον διαφεύγουν επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό. Εκτιμάται ότι το συνολικό κόστος των συντάξεων στα ασφαλιστικά ταμεία κυμαίνεται μεταξύ 70-75% των συνολικών δαπανών τους.

Από την επεξεργασία των δεδομένων επιβεβαιώνεται ότι πηγή χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, κατά προτεραιότητα, είναι οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η διαπίστωση αυτή τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι οι πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα στην Ελλάδα, ταυτίζονται με την καθιέρωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, βασισμένου στο γερμανικό πρότυπο Bismark, ενώ οι τελευταίες δεκαετίες κλείνουν με την υιοθέτηση του βρετανικού πρότυπου Beveridge. Πράγματι, στον τομέα της δημόσιας υγείας σήμερα, παρατηρείται συνεχής και αυξανόμενη συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού (40,9%) καθώς και στασιμότητα στη συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης (18,1%) (πίνακες 4 και 5). Η σταδιακή μετάβαση από το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτέλεσε διαχρονικά προϊόν πολιτικών πιέσεων, συντεχνιακών συγκρούσεων, καθώς επίσης οικονομικών δυσχερειών.

Την ίδια εικόνα παρουσιάζει ο τομέας της πρόνοιας, στον οποίο η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού –στη συγκεκριμένη περίπτωση έχει απόλυτα αναδιανεμητικό χαρακτήρα– εμφανίζεται να κατέχει μεγαλύτερο μερίδιο σε σύγκριση με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η αύξηση στις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για την πρόνοια που παρατηρείται κατά τη δεκαετία του '90 οφείλεται στα σημαντικά έργα υποδομής, χρηματοδοτούμενα από το δεύτερο ΚΠΣ, τα οποία εντάσσονταν στις εγχειρούμενες τότε μεταρρυθμίσεις σχετικά με την ενοποίηση και συντονισμό των προνοιακών φορέων (Ν. 2646/98 περί ίδρύσεως του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας ΕΟΚΦ).

Συμπερασματικά, από τη συνθετική και αναλυτική διερεύνηση των κοινωνικών παροχών στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι ο κλάδος των συντάξεων αντλεί κατά προτεραιότητα τους πόρους του από τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης μέσω εισφορών των κοινωνικών εταίρων, ενώ οι κλάδοι υγείας και πρόνοιας αντλούν πόρους κατά προτεραιότητα προερχόμενους μέσω άμεσης και έμμεσης φορολογίας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης διαπιστώνεται ότι η ποσοστιαία συμμετοχή των δαπανών για πρόνοια και για υγεία στο σύνολο των κοινωνικών δαπανών, από το 1975 μέχρι το 2000, σχεδόν τριπλασιάστηκε, ενώ των δαπανών για συ-

ντάξεις διπλασιάστηκε, δεδομένου ότι αυτές απορροφούν το μεγαλύτερο τμήμα των κοινωνικών δαπανών.

Με σκοπό την πληρέστερη διερεύνηση και καταγραφή των κοινωνικών παροχών στη χώρα, κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στους παρακάτω περιορισμούς της μελέτης.

- Στην παρούσα εργασία δεν περιλαμβάνονται οι μη κερδοσκοπικού και κοινωφελούς χαρακτήρα φορείς, όπως η Εκκλησία, οι εθελοντικές οργανώσεις, φιλανθρωπικά ιδρύματα και σωματεία, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιαίτερα ευαίσθητους τομείς της κοινωνικής φροντίδας.
- Στην ίδια υπόθεση εργασίας βασίζεται και η μη συνεκτίμηση των δαπανών του κερδοσκοπικού ιδιωτικού τομέα, δεδομένου ότι στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, οι ιδιωτικές δαπάνες είναι υψηλές (40-42% των συνολικών δαπανών υγείας) συμπεριλαμβανομένων υψηλών ποσοστών συνασφάλισης και παραοικονομίας (Kygiourou et al., 1998, 2001). Είναι σαφές ότι τα χαρακτηριστικά αυτά ανατρέπουν όχι μόνο τον αναδιανεμητικό ή ανταποδοτικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα αλλά και τις θεμελιώδεις αρχές περί ισότητας στην πρόσβαση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι διαπιστώσεις που προκύπτουν από τη σφαιρική παρουσίαση του συστήματος κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα δεν είναι ενθαρρυντικές, παρά το γεγονός ότι η Πολιτεία ενισχύει την αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων, καθώς επίσης των αρχών περί ισότητας στην παροχή και ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση των κοινωνικών υπηρεσιών. Εντοπίζονται οργανωτικές και διαχειριστικές δυσλειτουργίες οι οποίες οφείλονται στην αποσπασματική ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους διαχρονικά και στη μη καθολική και οργανωμένη στόχευσή του στην πρόληψη των κοινωνικών κινδύνων και την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Οι αδυναμίες αυτές είναι ενδογενείς και ταυτίζονται με τη δημιουργία, ανάπτυξη και εξέλιξη του κράτους-πρόνοιας στη χώρα.

Η διάκριση μεταξύ των φορέων άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα είναι πολύ διακριτή, παρά το γεγονός ότι όλοι οι φορείς εποπτεύονται σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα από το κράτος. Γίνεται ακόμη πιο ορατή όταν περνάει τα όρια του ενός κοινωνικού κινδύνου (ασθένεια) και ταυτίζεται με πολλούς οι οποίοι συνήθως συνυπάρχουν (αναπηρία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός) και ως εκ τούτου, προσεγγίζει γενικότερα τον τομέα της

κοινωνικής φροντίδας (social care). Η αυστηρή και απόλυτη, μέχρι σήμερα, οριοθέτηση των κοινωνικών παροχών μεταξύ των φορέων υγείας και πρόνοιας ή μεταξύ των πηγών χρηματοδότησής τους (κοινωνικής ασφάλισης ή κρατικού προϋπολογισμού) δυσχεραίνει το συντονισμό, την ταχεία επίλυση και διαχείριση των σύγχρονων και σύνθετων κοινωνικών προβλημάτων, όπως αυτά εμφανίζονται σήμερα, (τοξικομανία, αλκοολισμός, παραβατική συμπεριφορά νέων, παιδική εγκληματικότητα, AIDS, ανεργία κ.ά.).

Η διεθνής εμπειρία και πρακτική καθώς και οι υφιστάμενες οργανωτικές και διαχειριστικές δυσλειτουργίες της Ελληνικής πραγματικότητας, συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η αντιμετώπιση των σύγχρονων μορφών κοινωνικών κινδύνων επιβάλλει τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύγονται οι συγκρούσεις ή και παραλείψεις αρμοδιοτήτων και επιτυγχάνονται ο συντονισμός των ενεργειών, η διασύνδεση και συνέχεια της κοινωνικής φροντίδας (social care), χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν τη σύγχρονη αντίληψη για την κοινωνική προστασία. Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των παραπάνω, αποτελεί η απουσία της παραδοσιακής και αυστηρής οριοθέτησης μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Στα πλαίσια αυτά, επικεντρώνονται οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στη χώρα, σε όλους τους τομείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής, στην κοινωνική ασφάλιση, την υγεία και την πρόνοια. Αναμένεται ότι οι μεταρρυθμίσεις αυτές δεν πρόκειται πλέον να δράσουν αποσπασματικά και μεμονωμένα, για το λόγο ότι αποσκοπούν στη μακροοικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς επίσης στην περιφερειακή ανασυγκρότηση και επιχειρησιακή διασύνδεση μεταξύ των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (ΕΣΥ) και Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΣΚΦ).

## Βιβλιογραφία

- Αμίτσης Γ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος πρόνοιας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
- Burden T., *Social policy and welfare*. Pluto Press, London, 1998.
- Cochrane A., «Comparative approaches and social policy», in A. Cochrane and J. Clarke (eds), *Comparing Welfare States*, Sage, London, 1993.
- Dritsakis N., Sarri K., «GDP and Public Expenditure on Health Care: The case of Greece», *Journal of Liberal Arts* 4 (1), 1998, σελ. 129-137.

- Galbraith J.K., *The nature of mass poverty*, Penguin, Harmondsworth-US, 1980.
- Ginsburg N., *Class, capital and social policy*, Macmillan, London, 1979.
- Eurostat, *The social situation in the European Union 2001*, European Commission, Luxembourg, 2001.
- Higgins J., *States of Welfare*, Blackwell, Oxford, 1981.
- Hill M., Bramley G., *Analysing social policy*, Blackwell, Oxford, 1986.
- Kyriopoulos J., Geitona M., Karalis G., «Hidden economy, Private Spending and Informal Copayment in Health Care: The role of the medical manpower in Greece», in D. Heffley et al. (eds), *Human resources supply and cost containment in the health system*, FICOSSER-NSPH-Exandas, 1998, σελ. 269-281.
- Kyriopoulos J., Economou Ch., Dolgeras A., «Side payments in the Greek Health Sector: The Dilemma of Equity and Efficiency», in J. Kyriopoulos et al. (eds), *Health Economics in the new era*, FICOSSER-NSPH-Exandas, 2001, σελ. 107-119.
- Kouchner B., *La dictature medicale*. Editions Robert Laffont, Paris, 1996.
- Κρεμαλής Κ., *Κοινωνική Πρόνοια: διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*, Πανεπιστήμιο της Αθήνας, Αθήνα, 1990.
- Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Γ., *Ειδικά Θέματα Κοινωνικής Πολιτικής*. εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 1990.
- Rawls J., *A theory of social justice*, Harvard University Press, 1971.
- Σακελλαρόπουλος Θ., «Αναζητώντας το νέο κοινωνικό κράτος», στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 1999.
- Σολωμός Γ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση σε Μετάβαση*, εκδ. Νέα Σύνορα-Λιβάνη, Αθήνα, 1999.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M., *Inequalities in Health*, Penguin Books, London, 1988.
- Υφαντόπουλος Ι., *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα: Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1988, σελ. 134-139.

