

# ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ "ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ" ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

---

Γεώργιος Ζυγογιάννης, Οικονομολόγος  
Νίκος Λεάνδρος, Δρ Οικονομικών Επιστημών

## 1. Εισαγωγή

Η αυξανόμενη σημασία της Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο της κοινωνικο-οικονομικής πραγματικότητας και των εξελίξεων που σημειώθηκαν στη χώρα μας κατά την περίοδο 1945-1967. Αν και η προσπάθεια δημιουργίας ενός "Κράτους Πρόνοιας" χαρακτηρίζει το Ευρωπαϊκό γίγνεσθαι ευρύτερα, εν τούτοις η Ελληνική εμπειρία παρουσιάζει πολλές ιδιομορφίες αποτέλεσμα τόσο των κοινωνικών συνθηκών που επικράτησαν κατά τη πρώτη μεταπολεμική περίοδο, όσο και του τύπου οικονομικής ανάπτυξης που υιοθετήθηκε τελικά.

Κύρια επιδίωξη της εισήγησης είναι να εξετάσει τις αλλαγές και τη δυναμική του ρόλου της Κοινωνικής Ασφάλισης, να διερευνήσει βασικές οικονομικές επιπτώσεις αυτών των αλλαγών και να αναλύσει ορισμένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του Ελληνικού "Κράτους Πρόνοιας" της περιόδου 1945-1967. Όπως επισημαίνουμε, η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίστηκε στις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών αλλά και σε κοινωνικούς πόρους προερχόμενους από έμμεση φορολογία. Το γεγονός αυτό διαφοροποιεί τη χώρα μας από το σύνολο σχεδόν των ευρωπαϊκών κρατών δεδομένου ότι οι έμμεσοι φόροι δημιουργούν σημαντικά προβλήματα κυρίως γιατί επηρεάζουν ανοδικά τις τιμές στις οποίες κατά κανόνα μετακυλιόνται. Από την πλευρά των δαπανών παρατηρούμε ότι η αύξηση των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας προήλθε κατά κύριο λόγο από την αύξηση του μεριδίου των συντάξεων ενώ αντίθετα οι παροχές ασθένειας και ανεργίας παρέμειναν σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα. Παράλληλα, εντάθηκε ο πολυκερματισμός του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος γεγονός που συνέβαλε - από κοινού με την επιδείνωση των δημογραφικών δεδομένων και την κρατική εκμετάλλευση των αποθεματικών των ταμείων - στη σταδιακή διόγκωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινωνική ασφάλιση.

## 2. Η Επέκταση του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας

Η πορεία ανάπτυξης των θεσμών Κοινωνικής Προστασίας στη χώρα μας κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα και μέχρι το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου χαρακτηρίστηκε από δύο κυρίως δεδομένα. Από τη μια μεριά, από την πολύ περιορισμένη κρατική παρέμβαση στον τομέα των κοινωνικών ασφαλίσεων και συντάξεων και από την άλλη - σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των τεράστιων αναγκών και της κρατικής αδιαφορίας - από την

προσπάθεια των εργατικών και επαγγελματικών ενώσεων ν' αναπτύξουν αυτόνομα, αυτοδιοικούμενα και αυτοχρηματοδοτούμενα ασφαλιστικά ταμεία. Τα δεδομένα αυτά διαμόρφωσαν τον πολύ περιορισμένο κι αποσπασματικό χαρακτήρα του συστήματος Κοινωνικής Προστασίας κατά την προπολεμική περίοδο.<sup>1</sup> Το 1927 υπήρχαν ήδη 41 ασφαλιστικά ταμεία που όμως είχαν στις τάξεις τους μόλις 191.925 ασφαλισμένους και 22.676 συνταξιούχους. Συνεπώς, το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του οικονομικά ενεργού πληθυσμού έφτανε περίπου το 7%.<sup>2</sup> Δέκα χρόνια αργότερα, ο αριθμός των ασφαλιστικών φορέων είχε υπερδιπλασιαστεί, φτάνοντας τους 92, ενώ οι ασφαλισμένοι είχαν αυξηθεί σε 375.354 και οι συνταξιούχοι σε 48.329.<sup>3</sup> Αποφασιστικό βήμα στην παραπέρα εξέλιξη του θεσμού της Κοινωνικής Ασφάλισης αποτέλεσε η σύσταση και λειτουργία του ΙΚΑ το 1937 που αρχικά λειτούργησε μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι το 1946 οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ήταν 224.354 και οι συνταξιούχοι 12.420, αντιπροσώπευαν δηλαδή μικρό μόνο μέρος του συνολικού εργατοϋπαλληλικού δυναμικού της χώρας.<sup>4</sup>

Σημαντικές αλλαγές πραγματοποιούνται κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο καθώς σημειώνεται γρήγορη επέκταση των θεσμών Κοινωνικής Προστασίας και Πρόνοιας, σειρά κρατικών παρεμβάσεων και αύξηση των δαπανών Κοινωνικής Προστασίας. Βασικές τομές στην πορεία διαμόρφωσης του ασφαλιστικού συστήματος αποτελούν:

1. Η σταδιακή επέκταση της ασφάλισης του ΙΚΑ σ' όλα τα πρόσωπα που παρέχουν εξαρτημένη εργασία μέσα στα όρια της χώρας. Το 1967 ο αριθμός των ασφαλισμένων στο ίδρυμα έφτασε τις 850.000.

2. Η ίδρυση του Οργανισμού Ανεργίας το 1945 με σκοπό την επιδότηση ορισμένων κατηγοριών ανέργων. Στον οργανισμό αυτό ενσωματώθηκε το 1954 και ο Λογαριασμός Στρατευομένων Μισθωτών, ενώ το 1958 συστήνεται με το Ν.Δ. 3868/58 ιδιαίτερος κλάδος, ο Διανεμητικός Λογαριασμός Οικογενειακών Επιδομάτων Μισθωτών (ΔΛΟΕΜ) με αντικείμενο την παροχή οικογενειακών επιδομάτων. Τελικά, ο οργανισμός αυτός μετονομάζεται με το Ν.Δ. 212/69 σε Οργανισμό Απασχόλησεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ).

3. Η δημιουργία του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με το Ν. 4169/1961 "περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων" με σκοπό τη συνταξιοδοτική και ιατροφαρμακευτική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού ο οποίος αν και ξεπερνούσε στις αρχές της δεκαετίας του '60 το 50% του πληθυσμού της χώρας παρέμενε εκτός του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Οι θεσμικές αυτές παρεμβάσεις είχαν σαν αποτέλεσμα την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού και τη διαμόρφωση από τις αρχές της δεκαετίας του '60 ενός συστήματος Κοινωνικής Προστασίας και Πρόνοιας όπου συνυπάρχουν στοιχεία τόσο της επαγγελματικής κοινωνικής ασφάλισης (που συνεχίζουν να παίζουν πρωτεύοντα ρόλο), όσο και της καθολικής κοινωνικής ασφάλειας. Η ίδρυση του

1. Βλ. Γ. Προβόπουλος, *Κοινωνική Ασφάλιση, Μακροοικονομικές Οψεις του Χρηματοδοτικού Προβλήματος* ΙΟΒΕ, Αθήνα, 1987, ιδιαίτερα Κεφάλαιο 2, και Γ. Ψφάντοπούλος "Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΟΚ", *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, Καλοκαίρι 1990, ειδικό τεύχος 73Α.

2. ΕΣΥΕ, *Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1930*.

3. ΕΣΥΕ, *Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1939*.

4. Γ. Ψφάντοπούλος, *ορ. cit.*, 1990, σελ. 226.

ΟΓΑ ιδιαίτερα, σηματοδοτεί μια μετατόπιση από τις αρχές της αυτοβοήθειας που χαρακτηρίζουν τα κλασικού τύπου συστήματα επαγγελματικής κοινωνικής ασφάλισης προς τις αρχές της καθολικής κοινωνικής ασφάλειας με χρηματοδότηση από κοινωνικούς πόρους και γενικά φορολογικά έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού. Στη δεύτερη περίπτωση, οι παροχές προς τους ασφαλισμένους δεν αποτελούν συνάρτηση των ανύπαρκτων άλλωστε εισφορών τους αλλά, αντίθετα, εξασφαλίζεται ομοιόμορφο σύστημα προστασίας.

Η αύξηση των εσόδων και δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών σαν ποσοστό του καθαρού εθνικού εισοδήματος υπογραμμίζει την επέκταση του συστήματος Κοινωνικής Προστασίας κατά την υπό εξέταση περίοδο. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα 1, τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών αυξήθηκαν από 3,15% του εθνικού εισοδήματος το 1948, σε 6,23% το 1960 και 10,16% το 1967. Τα έξοδα επίσης αυξήθηκαν από 2,42% του εθνικού εισοδήματος το 1948, σε 5,61% το 1960 και 9,80% το 1967.

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε ότι καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου 1948-1967 το οικονομικό ισοζύγιο των ασφαλιστικών οργανισμών παρέμεινε πλεονασματικό. Δυστυχώς, η ευνοϊκή οικονομική συγκυρία δεν αξιοποιήθηκε καθώς το κράτος επέβαλε διάφορες δεσμεύσεις στη διαχείριση των αποθεματικών των ασφαλιστικών οργανισμών που δεν επέτρεψαν την αποτελεσματική τους χρησιμοποίηση. Ειδικότερα, με τον Α.Ν. 1611/50 τα ασφαλιστικά ταμεία αναγκάστηκαν να καταθέτουν τα διαθέσιμά τους στην Τράπεζα της Ελλάδος με επιτόκιο που όριζε κάθε φορά η Νομισματική Επιτροπή. Η ρύθμιση αυτή κατέληξε σε σημαντική απώλεια εσόδων καθώς το επιτόκιο των καταθέσεων αυτών οριζόταν σταθερά χαμηλότερο από το επιτόκιο ταμειευτηρίου των εμπορικών τραπεζών και συχνά χαμηλότερο και από τον πληθωρισμό.<sup>5</sup>

Εάν στα έξοδα των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης προσθέσουμε τις δαπάνες του Τακτικού Προϋπολογισμού για συντάξεις και Υγεία-Πρόνοια, τότε προκύπτει η συνολική δαπάνη για Κοινωνική Προστασία η οποία σαν ποσοστό του καθαρού εθνικού εισοδήματος ανήλθε σε 9,03% το 1960, 11,7% το 1965 και 13,47% το 1967.<sup>6</sup> Η εισοδηματική δηλαδή ελαστικότητα των δαπανών Κοινωνικής Προστασίας διαμορφώθηκε σε επίπεδα αισθητά υψηλότερα της μονάδας, με αποτέλεσμα την άνοδο του σχετικού μεγέθους τους κατά 4,44 ποσοστιαίες μονάδες στην περίοδο 1960-67. Βέβαια, παρά την πρόοδο, το ύψος των δαπανών Κοινωνικής Προστασίας παρέμεινε στη χώρα μας σε σχετικά χαμηλό επίπεδο έναντι των περισσότερων χωρών της Δ. Ευρώπης. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1965, οι δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας σαν ποσοστό του καθαρού εθνικού εισοδήματος έφταναν στη Δ. Γερμανία το 21%, στη Γαλλία το 20,4%, στην Ιταλία το 19,0%, στην Ολλανδία το 18,8% και στο Βέλγιο το 18,3%.<sup>7</sup>

Η αύξηση των δαπανών και η επέκταση του συστήματος Κοινωνικής Προστασίας σχετίζονται ασφαλώς με την εγκατάλειψη μεταπολεμικά του *laissez faire* και τις νέες αντιλήψεις που κυριάρχησαν διεθνώς αναφορικά με το ρόλο του κράτους. Η αναγωγή των

5. Δες σχετικά Γ. Προβόπουλος, *Η Κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση. Το Πρόβλημα του ΙΚΑΙΟΒΕ*, Αθήνα, 1985, σελ. 55-58.

6. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, *Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1973*.

7. EEC, *Report on the Development of the Social Situation in the Community in 1974*, Brussels, 1975, σελ. 268-269.

πολιτικών διαχείρισης της ζήτησης σε κεντρικό μοχλό διατήρησης ενός οικονομικού περιβάλλοντος θετικού στην απρόσκοπτη συνέχιση των διαδικασιών οικονομικής μεγέθυνσης, είχε σαν αποτέλεσμα ν' αντιμετωπίζεται η ανάπτυξη του "κράτους ευημερίας" και σαν μια οικονομική αναγκαιότητα. Πολύ περισσότερο που στην κατεστραμμένη μεταπολεμική Ευρώπη επιτακτική ήταν η ανάγκη και η πίεση ευρύτερων στρωμάτων του πληθυσμού για την κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων και τη διαμόρφωση θεσμών αναδιανομής υπέρ των οικονομικά ασθενεστερών.<sup>8</sup> Βέβαια στην περίπτωση της Ελλάδας επέδρασαν και οι ιδιαίτερες οικονομικές πολιτικές και κοινωνικές συγκυρίες που διαμορφώθηκαν μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου με αποτέλεσμα οι θεσμοί Κοινωνικής Προστασίας ν' αποκτήσουν ορισμένα διακριτικά χαρακτηριστικά. Στην εξέταση αυτών των ζητημάτων είναι αφιερωμένο και το υπόλοιπο της εισήγησης.

### 3. Απουσία Ασφαλιστικής Ενότητας

Το πρώτο που θα πρέπει να επισημάνουμε είναι ότι παρά τις προσπάθειες εκσυγχρονισμού και ορθολογικοποίησης το Ελληνικό κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα παρέμεινε εξαιρετικά πολύπλοκο και κατακερματισμένο σε μια πληθώρα φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, πρόνοιας, ασθένειας και αλληλοβοήθειας. Μάλιστα ο αριθμός τους παρουσίασε σταδιακή αύξηση κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο με αποτέλεσμα στα τέλη της δεκαετίας του '60 να λειτουργούν στη χώρα μας 240 φορείς κοινωνικής ασφάλισης.<sup>9</sup> Μια απόπειρα αντιμετώπισης του προβλήματος που επιχειρήθηκε με τον Α.Ν. 1846/51 δεν είχε ουσιαστικά αποτελέσματα. Αν και το άρθρο 5 του παραπάνω νόμου απαγόρευε τη σύσταση νέων ταμείων κύριας ασφάλισης, εντούτοις ομάδες εργαζομένων με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη κατάφεραν να ιδρύσουν ανεξάρτητα κλαδικά ταμεία ασφάλισης μισθωτών παραβιάζοντας την αρχή του νόμου (π.χ. εργαζόμενοι στη ΔΕΗ το 1966, ΕΤΒΑ το 1965).

Η κλαδική κατάτμηση, η απουσία ενός κεντρικού επιτελικού οργάνου και η διάσπαση της εποπτείας των ασφαλιστικών οργανισμών σε σειρά υπουργείων, εμπόδισαν τη δημιουργία πνεύματος κοινής ασφαλιστικής αντίληψης. Σαν συνέπεια παγιώθηκαν και βαθμιαία εντάθηκαν σημαντικές ανισότητες ανάμεσα σε ομάδες εργαζομένων τόσο ως προς την καταβολή των εισφορών, όσο και ως προς τη χορήγηση των παροχών (ύψος σύνταξης, εφάπαξ, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κλπ). Στην κατεύθυνση αυτή συνέβαλε η κατοχύρωση κοινωνικών πόρων υπέρ Ταμείων που καλύπτουν σχετικά υψηλές εισοδηματικές ομάδες ασφαλισμένων. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται αναμφίβολα αντίστροφη προοδευτικότητα καθώς τμήματα του πληθυσμού που κατά τεκμήριο καταλαμβάνουν σχετικά υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια κατόρθωσαν να μετακυλίσουν σημαντικό μέρος του κόστους της ασφαλιστικής τους κάλυψης στο σύνολο του πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως σύμφωνα με τα στοιχεία του Κοινωνικού Προϋπολογισμού του 1969, οι κοινωνικοί πόροι

8. B.A. I. Gough, *The Political Economy of the Welfare State*, Macmillan Press, London, 1979; R. Mishra, *The Welfare State in Crisis*, Wheatsheaf, Sussex, 1984; C. Offe, *Contradictions of the Welfare State*, Hutchinson, London, 1984; και M. Bulmer, J. Lewis and D. Pichaud (eds), *The Goals of Social Policy*, Unwin Human, London, 1989.

9. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, *Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1970*.

σαν ποσοστό επί των συνολικών εσόδων αποτελούσαν το 71,6% στο Ταμείο Ασφάλισης Χρηματιστών, το 71,2% στο Ταμείο Ασφάλισης Νομικών, το 61,2% στο Ταμείο Σύνταξης Ηθοποιών, το 53,3% στο Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τύπου και το 34,7% στο ΤΣΑΥ. Την ίδια χρονιά, το ΙΚΑ το οποίο κάλυπτε συνταξιοδοτικά τα πλέον χαμηλόμισθα στρώματα των εργατοϋπαλλήλων είχε έσοδα από κοινωνικούς πόρους τα οποία μόλις κι έφταναν το 1,2% των συνολικών εσόδων.

Στο σημείο αυτό είναι ενδιαφέρον να υπενθυμίσουμε το βασικό συμπέρασμα της μελέτης του Δ. Καράγιωργα αναφορικά με την κατανομή των φορολογικών βαρών στην Ελλάδα.<sup>10</sup> Με βάση τα στοιχεία που περιέχονται στην Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1964, ο Δ. Καράγιωργας υπολόγισε ότι ενώ οι παροχές μειώνουν το βαθμό ανισοκατανομής του εισοδήματος, οι εισφορές ενεργούν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Συνολικά η Ελλάδα χαρακτηριζόταν στα μέσα της δεκαετίας του '60, από υψηλό βαθμό ανισοκατανομής του εισοδήματος σε σύγκριση με πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και η λειτουργία του φορολογικού της συστήματος επέτεινε την οξυτήτα του προβλήματος.

Ανάλογα συμπεράσματα προέκυψαν και για την αναδιανεμητική επίδραση της Κοινωνικής Ασφάλισης στα μέσα της δεκαετίας του '60. Όπως είναι φυσιολογικό, οι παροχές μειώνουν το βαθμό ανισοκατανομής του εισοδήματος η επίδρασή τους όμως περιορίζεται από το γεγονός ότι οι εισφορές ενεργούν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Βέβαια, η συνολική αναδιανεμητική επίδραση του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Budget Incidence) έχει χαρακτήρα προοδευτικό και η κατανομή των ωφελειών ευνοεί τις ασθενέστερες εισοδηματικά κοινωνικές ομάδες.<sup>11</sup> Από την άποψη αυτή μπορεί να υποστηριχθεί ότι η κοινωνική ασφάλιση ενισχύει τη μέση ροπή για κατανάλωση στην οικονομία δεδομένου ότι οι μεταβιαστικές πληρωμές κατευθύνονται κατά κύριο λόγο προς άτομα με οριακή ροπή για κατανάλωση υψηλότερη από εκείνη των ατόμων που καταβάλλουν τις ασφαλιστικές εισφορές. Συνεπώς το σύστημα ενισχύει τη συνολική ζήτηση και την απασχόληση επιδρώντας αντικυκλικά σε περίοδο ύφεσης.<sup>12</sup>

Το γεγονός ότι παρά τις όποιες μεταβολές κυρίαρχο χαρακτηριστικό του Ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος παρέμεινε η κλαδική κατάτμηση έχει μια ακόμα περισσότερο μακροπρόθεσμη επίδραση. Η ανισότητα στους όρους χρηματοδότησης και παροχών μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων ενίσχυσε - σε συνδυασμό βέβαια με σειρά άλλων παραγόντων - τα φαινόμενα πολυδιάσπασης του συνδικαλιστικού κινήματος. Η δημιουργία θεσμικών (εισφορές, συντάξεις, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κλπ) ανισοτήτων ανάμεσα στους συνδικαλιστικούς φορείς και στους εργαζόμενους που αυτοί εκφράζουν, σταδιακά διαμόρφωσε ένα πολύπλοκο πλέγμα συμφερόντων και αντιθέσεων που εμποδίζουν την ανάληψη ενωτικών πρωτοβουλιών.<sup>13</sup> Οι συχνές κρατικές παρεμβάσεις, οι ταμειακά αθεμελίωτες ρυθμίσεις και γενικότερα η "εκχώρηση" προνομίων με στόχο την "από τα πάνω"

10. Σ. Καράγιωργας, 'The Distribution of Tax Burden by income groups in Greece', *Economic Journal*, Vol. 83, June 1973; και Σπουδαί, τόμος 27, 1977.

11. Βλέπε επίσης Ν. Τάττου 'Μερικές Οικονομικές Επιπτώσεις της Κοινωνικής Ασφάλισης', Σπουδαί, τόμος 33, 1983; και Γ. Προβόπουλου, *op cit* 1987, ιδιαίτερα σ. 131-137.

12. Βλ. P. Saunders and F. Klau 'The Role of the Public Sector Causes and Consequences of the Growth of Government', OECD, *Economic Studies* No4, Spring 1985; και OECD, *Reforming Public Pensions*, Paris, 1988.

13. Βλ. Θ. Κατσινέβα, *Εργασιακές Σχέσεις στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Επιστημονικές Μελέτες 2, Αθήνα, 1983.

προώθηση φιλικά προσκείμενων σωματείων, επέτειναν την ασφαλιστική ανισότητα και την πολιτικοσυνδικαλιστική πόλωση.

#### 4. Έσοδα και Δαπάνες των Ασφαλιστικών Οργανισμών

Η εξέταση της σύνθεσης των εσόδων και δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και επιτρέπει να αποκτήσουμε σαφέστερη εικόνα των εξελίξεων για ολόκληρη τη μεταπολεμική περίοδο μέχρι το 1967. Τα στοιχεία που παραθέτουμε στον Πίνακα 2, υπογραμμίζουν τη σημασία τριών βασικών παρατηρήσεων αναφορικά με τις πηγές χρηματοδότησης των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης:

1. Το ειδικό βάρος των εργοδοτικών εισφορών στη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών μειώνεται σημαντικά μετά το 1950 (από 44,4% το 1950 σε 36% το 1967) ενώ αντίθετα το ποσοστό συμμετοχής των εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι αυξάνεται σ' όλη τη διάρκεια της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου (από 29,5% το 1948 σε 38,4% το 1967).

2. Κοινωνικοί πόροι προερχόμενοι από ειδικά επιβαλλόμενους φόρους (earmarking) αποτελούν ένα αξιόλογο ποσοστό των συνολικών εσόδων των ασφαλιστικών οργανισμών σ' όλη τη διάρκεια της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου. Βέβαια, το ειδικό τους βάρος μειώνεται μεταξύ 1948 και 1960 (από 24,9% σε 10,8%) όμως αυξάνεται μετά την ίδρυση του ΟΓΑ φτάνοντας το 18% το 1967.

3. Το ποσοστό συμμετοχής της κρατικής επιχορήγησης στη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών παραμένει ιδιαίτερα χαμηλό, φτάνοντας μόλις το 1% το 1967.

Η ιδιαίτερη σημασία της κοινωνικής εισφοράς - σε αντίθεση με την κρατική επιχορήγηση - στη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών αποτελεί μια από τις χαρακτηριστικότερες ιδιομορφίες του Ελληνικού κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος και από την άποψη αυτή διαφοροποιεί τη χώρα μας από το σύνολο σχεδόν των Ευρωπαϊκών κρατών. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα 3, όπου παρουσιάζεται η ποσοστιαία διάρθρωση των εσόδων και δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών 6 Ευρωπαϊκών κρατών το 1965, σε καμία από τις αναφερόμενες χώρες η κοινωνική εισφορά δεν αποτελεί σημαντική πηγή χρηματοδότησης. Αντίθετα, η συμμετοχή της κρατικής επιχορήγησης κυμαίνεται στο 22-23% σε Βέλγιο, Βρετανία, Δ. Γερμανία και Ιταλία και περίπου στο 6,5% σε Γαλλία και Ολλανδία.

Γενικότερα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα συστήματα καθολικής κάλυψης του πληθυσμού προσφεύγουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι τα συστήματα κλαδικής Κοινωνικής Ασφάλισης σε χρηματοδότηση από επιχορηγήσεις προερχόμενες από έσοδα του τακτικού προϋπολογισμού. Ακραία παραδείγματα αυτής της πρακτικής αποτελούν η Αυστραλία η οποία παρουσίαζε το 1965 ποσοστό συμμετοχής της κρατικής επιχορήγησης στα συνολικά έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών ύψους 79,4% η Μάλτα με αντίστοιχο ποσοστό 65,4%, η Ιρλανδία με 63,3% και η Δανία με 53,9%.<sup>14</sup> Στις παραπάνω περιπτώσεις, η συμμετοχή της κοινωνικής εισφοράς ήταν μηδενική. Σε χώρες στις οποίες το ασφαλιστι-

14. ILO, *The Cost of Social Security 1972-1974*, Geneva, 1979, Πίνακας 7.

κό σύστημα παρουσιάζει κλαδική κατάτμηση κυριότερη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ασφαλιστικές εισφορές χωρίς ούτε σ' αυτή την περίπτωση να παρουσιάζεται -πλην ελαχίστων εξαιρέσεων- αυξημένη κοινωνική εισφορά μέσω της επιβολής έμμεσης φορολογίας.<sup>15</sup> Εξάλλου, είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι οι έμμεσοι φόροι δημιουργούν σημαντικά προβλήματα κυρίως γιατί επηρεάζουν ανοδικά τις τιμές στις οποίες κατά κανόνα μετακυλίνουνται.<sup>16</sup> Ιδιαίτερα δυσμενές είναι το αποτέλεσμα στην περίπτωση θεαμοθέτησης φόρων υπέρ τρίτων οι οποίοι υπεισέρχονται στο κόστος παραγωγής των προϊόντων, υποβαθμίζοντας την ανταγωνιστικότητα της χώρας. Κι αυτό γιατί υπάρχει αντικειμενική αδυναμία υπολογισμού και επιστροφής τους κατά την εξαγωγή των προϊόντων στο εξωτερικό. Πέραν αυτών, ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός φόρων υπέρ τρίτων που υπάρχει στην Ελλάδα συνεπάγεται και υψηλό δημοσιονομικό και κοινωνικό κόστος, καθώς και σοβαρή παρέμβαση στην κατανομή των πόρων με χαρακτήρα μάλιστα αντίστροφα προοδευτικό.<sup>17</sup>

Αντίθετα, οι φόροι εισοδήματος και περιουσίας δεν επηρεάζουν σε γενικές γραμμές το κόστος παραγωγής και συνεπώς δεν έχουν την αρνητική επίδραση στις τιμές, την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και την απασχόληση που αποδίδεται στους εμμέσους φόρους.<sup>18</sup> Είναι λοιπόν κατανοητή η προτίμηση της μεγάλης πλειοψηφίας των κρατών στη χρηματοδότηση του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης από τα γενικά έσοδα του Προϋπολογισμού τα οποία σε μεγάλο βαθμό προέρχονται από την άμεση φορολογία. Το γεγονός ότι η χώρα μας, με την καθιέρωση πληθώρας φόρων υπέρ τρίτων και τη γενικότερη έμφαση στην έμμεση φορολογία, αποτελεί εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα θα πρέπει μάλλον να αποδοθεί στις "εξαιρετικές" συνθήκες που επικράτησαν στην Ελλάδα μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Αν και η εκτενής αναφορά στο ζήτημα αυτό δεν είναι δυνατή στα πλαίσια αυτής της εισήγησης, εντούτοις ορισμένες επισημάνσεις είναι πιστεύουμε αναγκαίες.

Η αντίφαση ανάμεσα στο θεωρητικό σχήμα που διακηρύσσονταν μεταπολεμικά σαν βασική αρχή της οικονομίας - οικονομία της αγοράς και των δυνάμεων του ανταγωνισμού - και της πραγματικότητας της έντονης κρατικής παρέμβασης και των συνεχώς διευρυνόμενων γραφειοκρατικών μηχανισμών αποτέλεσε σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της ευρύτερης αναπτυξιακής διαδικασίας.<sup>19</sup> Η διόγκωση των γραφειοκρατικών φαινομένων, οι συχνά ασφυκτικές διοικητικές παρεμβάσεις (όπως για παράδειγμα στη διαχείριση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων) και η γενικότερη διεύρυνση των λειτουργιών του κράτους (μεταξύ των άλλων και στην Κοινωνική Ασφάλιση) προκλήθηκαν και εξυπηρετήσαν ορισμένες βασικές αναγκαιότητες:

15. *Ibid*

16. Βλ. L.H.Thompson "The Social Security Reform Debate", *Journal of Economic Literature*, Vol. 21, Dec. 1983; I.O. *Financing Social Security: The Options - An International Analysis*, Geneva, 1984; και Γ. Προβόπουλου, *op.cit* 1987.

17. Το ζήτημα αυτό αναλύεται στη μελέτη του Θ. Γεωργιάκου, *Εμμεσοί Φόροι και Βιομηχανία εκ στην Ελλάδα*, ΙΟΒΕ, Αθήνα, 1977.

18. Βλ. E. Nowotny, "Inflation and Taxation: Reviewing the Macroeconomic Issues", *Journal of Economic Literature*, vol. 18, Σεπτ. 1980; Δ. Κορδάγωργα, *Δημόσια Οικονομία: Οι Δημοσιονομικοί Θεσμοί Παράλυσης*, Αθήνα, 1981; και J. Stiglitz, *Οικονομική του Δημόσιου Τομέα*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 1992.

19. Βλέπε σχετικά με αυτό το θέμα Ν. Μουζέλης, *Νεοελληνική Κοινωνία: Οικίες Υπανάπτυξης*, Αθήνα, 1979; Γ. Σαμαράς, *Κράτος και Κεφάλαιο στην Ελλάδα, Σύγχρονη Εποχή*, Αθήνα, 1982; Τ. Γιαννίτσας, *Η Ελληνική Βιομηχανία, Ανάπτυξη και Κρίση*, Gutenberg, Αθήνα, 1983; Κ. Βεργόπουλος et al. *Το Κράτος στον Περιφερειακό Καπιταλισμό*, Εξάντας, Αθήνα 1985; και Κ. Τσοουκαλάς, *Κράτος, Κοινωνία, Εργασία στη Μεταπολεμική Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1986.

Κατ' αρχήν, την ανάγκη κοινωνικής και πολιτικής ενσωμάτωσης ευρύτερων στρωμάτων του πληθυσμού ιδιαίτερα στις συνθήκες οξυτάτης πολιτικής διαπάλης της περιόδου 1944-1967 και με δεδομένη την ισχυρή επίδραση των ιδεών της Αριστεράς.<sup>20</sup> Χαρακτηριστική έκφραση αυτών των επιδιώξεων αποτέλεσε τόσο η επέκταση του συστήματος Κοινωνικής Προστασίας όσο και η ικανοποίηση αιτημάτων ορισμένων κοινωνικών ομάδων για πρόσθετες και συχνά χαριστικές παροχές, απόδοση κοινωνικών πόρων, εξαίρεση από τις γενικές διατάξεις της ασφαλιστικής νομοθεσίας κλπ.

Από την άλλη μεριά, η επιδίωξη εξασφάλισης των ευνοϊκότερων κατά το δυνατόν συνθηκών για την ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας είχε συχνά σαν αποτέλεσμα νομοθετικές ρυθμίσεις, θέσπιση νέων κινήτρων, επιδοτήσεις, κλπ με βασική επιδίωξη να βελτιωθεί η αποδοτικότητα των επενδύσεων και η κερδοφορία του Κεφαλαίου.<sup>21</sup> Από την άποψη αυτή είναι χαρακτηριστική η μείωση της συμμετοχής των εργοδοτικών εισφορών στα συνολικά έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών σε αντίθεση με την αύξηση της συμμετοχής των εισφορών που κατέβαλαν οι ασφαλισμένοι (δες Πίνακα 2). Επίσης, η θεσμοθέτηση του καθεστώτος απορρόφησης των αποθεματικών της κοινωνικής ασφάλισης από το τραπεζικό -πιστωτικό σύστημα και η πολιτική χαμηλών επιτοκίων για τις υποχρεωτικές καταθέσεις στην Τράπεζα Ελλάδος αποτέλεσαν στην ουσία μηχανισμούς κοινωνικοποίησης του κόστους της μεταπολεμικής εκβιομηχάνισης.

Η εξέταση της διάρθρωσης των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών κατά την περίοδο 1948-1967 (Πίνακας 2) αποκαλύπτει ορισμένες ακόμα "ιδιαιτερότητες" του Ελληνικού κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος. Μια πρώτη παρατήρηση αφορά τη σταθερή αύξηση του ποσοστού των συντάξεων στις συνολικές δαπάνες (από 42,6% κατά το 1948 σε 58,9% το 1967) σαν αποτέλεσμα κυρίως της μεταβολής της σχέσης ασφαλισμένων προς συνταξιούχους σε βάρος των πρώτων. Βέβαια, η εξέλιξη αυτή συμβαδίζει με αντίστοιχα φαινόμενα στις περισσότερες χώρες της Δ. Ευρώπης.<sup>22</sup> Εκεί όπου η Ελλάδα διαφοροποιείται σημαντικά είναι το ειδικό βάρος των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ενώ στη χώρα μας οι παροχές ασθένειας αντιπροσώπευαν το 1965 μόλις το 15,1% των συνολικών δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών, σε άλλες χώρες της Δ. Ευρώπης όπως για παράδειγμα η Ολλανδία, η Ιταλία, η Δ. Γερμανία, το Βέλγιο και η Γαλλία κυμαίνονταν μεταξύ 30-40% (δες στοιχεία Πίνακα 3).

Η ανεπαρκής έκταση και η χαμηλή ποιότητα της προστασίας που προσέφερε η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα, η αναποτελεσματικότητα, τα λειτουργικά και διαφθωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και το χαμηλό ύψος των δαπανών του δημοσίου είχαν σαν αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία να είναι

20. Όπως επισημαίνει ο Κ. Τσουκαλάς: "Μερικά χρόνια μετά το τέλος του πολέμου, το ένα τρίτο περίπου των μισθωτών στις πόλεις και ίσως το μισό των μη χειρωνακτών μισθωτών ήταν άμεσα ή έμμεσα εξαρτημένο από το Κράτος. Μου φαίνεται ότι η μόνη πιθανή σφαιρική ερμηνεία είναι η πολιτική με την αυστηρή έννοια του όρου". Κ. Τσουκαλάς, "Σκέψεις γύρω από τον Κοινωνικό Ρόλο της Δημόσιας Απασχόλησης στην Ελλάδα" σε Κ. Βεργόπουλος, *et al*, *op cit*, 1985, σελ. 115.

21. Χαρακτηριστικά ο Τ. Γιαννίσης υπογραμμίζει: "Η σημασία των κινήτρων που παίρνουν τη μορφή επιστροφών από δασμούς, φόρους, τέλη, εισφορές και άλλες μορφές κινήτρων είναι τεράστια..... Ο κρατικός τομέας με τη μεταφορά πόρων στηρίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα κέρδη του ιδιωτικού στη βιομηχανία και συνεπώς οι επιδοτήσεις, οι "επιτυχίες" και οι πρωτοβουλίες του τελευταίου δεν στηρίζονται στους μηχανισμούς της αγοράς, αλλά στο ρόλο του Κράτους". Τ. Γιαννίσης, *op cit*, 1983, σελ. 106.

22. ILO, *The Cost of Social Security 1972-1974*, Geneva, 1979.



ιδιαίτερα υψηλές στη χώρα μας.<sup>23</sup> Πράγματι, καθ' όλη τη διάρκεια της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία διατηρήθηκαν περίπου στο 4% της συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης<sup>24</sup> γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα σε μια από τις πρώτες θέσεις διεθνώς.<sup>25</sup> Στην εξέλιξη αυτή συνέβαλαν :

- Οι υψηλές δαπάνες για υπηρεσίες και φάρμακα που δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς. Η κλαδική κατάτμηση που χαρακτηρίζει το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα οδήγησε σε μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα της ιατρικής και νοσοκομειακής περιθαλψης του πληθυσμού.

- Η ύπαρξη και διεύρυνση των κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην προσέλαση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την προσφυγή στον ιδιωτικό τομέα.<sup>26</sup> Η ανεπάρκεια και κακή οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών (λίστες αναμονής, ράντζα στους διαδρόμους, μακρύς χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία κλπ) συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας.

- Η δυσπιστία των ασθενών στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου - κυρίως λόγω της γενικότερης υποβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών - με συνέπεια τη μεγάλη ροή ασθενών από την επαρχία στην Αθήνα και την τάση να επισκέπτονται 2, 3 ή περισσότερους γιατρούς προκειμένου να αποκτήσουν μια πιό " ολοκληρωμένη" γνώμη .

- Η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και τις πραγματικές αμοιβές του γιατρού, όπως και οι πρόσθετες αμοιβές των γιατρών για έξοδα εγχειρίσεων, συμβούλια κλπ.

- Οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία.

- Η φυγή σημαντικού αριθμού ασθενών για θεραπεία στο εξωτερικό (κυρίως Βρετανία και ΗΠΑ) φαινόμενο μοναδικό για τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Το χαμηλό επίπεδο των παρεχομένων από το δημόσιο τομέα υγειονομικών υπηρεσιών - ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και για ομάδες ασθενών με ειδικές ανάγκες - μπορεί να αποδοθεί στο συσχετισμό των κοινωνικών δυνάμεων της εποχής και αποκαλύπτει την έλλειψη πολιτικής προτεραιότητας οικοδόμησης κοινωνικής πολιτικής. Είναι χαρακτηριστικό εξάλλου, ότι παρά τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης της Ελληνικής οικονομίας, οι κρατικές επενδύσεις στον τομέα Υγεία - Πρόνοια παρέμειναν σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα. Το 1957, οι σχετικές δαπάνες ανήλθαν σε 32,6 δισ. δρχ. ποσό που αποτελούσε το 1,47% των συνολικών κρατικών επενδύσεων. Δέκα χρόνια αργότερα, στο τέλος δηλαδή

23. Σχετικά με τα προβλήματα του τομέα υγείας στην Ελλάδα ιδιαίτερα κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο βλέπε Α. Wood - Fitsatakas, *An Analysis of the Health and Welfare Services in Greece*, ΚΕΠΕ, Αθήνα, 1970, Γ. Ψφοντόπουλος, Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1988, G. Gutenschwager, *Η Πολιτική Οικονομία της Υγείας στη Νεότερη Ελλάδα*, ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1989, και σειρά εισηγήσεων που δημοσιεύθηκαν στον τόμο *Οικονομία και Υγεία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών και Υγείας, Αθήνα, 1989.

24. Υπουργείο Συντονισμού, *Εθνικοί Λογαριασμοί*.

25. Για το ζήτημα αυτό δες τις εισηγήσεις των Η. Μόσιαλου " Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα" και Γ. Ψφοντόπουλου "Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα" που δημοσιεύθηκαν στον τόμο, *Οικονομία και Υγεία*, op cit, 1989.

26. Για παράδειγμα, το 1965 στην ευρύτερη περιφέρεια πρωτεύουσας αντιστοιχούσαν 75,9 άτομα για κάθε κρεβάτι νοσοκομείου ενώ το αντίστοιχο νούμερο στην Ήπειρο ήταν 410,9 άτομα, στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα κι Εύβοια 439,4 άτομα και στη Θράκη 505,5 άτομα. ΕΣΥΕ, *Δελτίον Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής*, 1965.

της υπό εξέταση περιόδου, ο τομέας της Υγείας και Πρόνοιας μόλις και απορροφούσε 79,3 δια. δρχ. ή 1,1% των συνολικών κρατικών επενδύσεων.<sup>27</sup>

Οι παροχές ανεργίας παρέμειναν επίσης σε χαμηλά επίπεδα και το 1965 αντιπροσώπευαν το 3,7% του συνόλου των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών (5,3% το 1967 - Πίνακας 2). Το ποσοστό αυτό είναι εξαιρετικά χαμηλό εάν πάρουμε υπ' όψη μας ότι μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μέχρι τη δεκαετία του '70, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μαζική και χρόνια ανεργία και υποαπασχόληση.<sup>28</sup> Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 1961, η ανεργία και η υποαπασχόληση έθιγαν 863.000 άτομα, δηλαδή το 23,6% του συνολικού εργατικού δυναμικού. Το 1971, οι άνεργοι ήταν 101.728 ενώ οι υποαπασχολούμενοι υπολογίζονταν σε 450-500 χιλιάδες άτομα, δηλαδή η ανεργία και η υποαπασχόληση έθιγαν από κοινού το 15% του εργατικού δυναμικού. Η σταδιακή άμβλυνση του προβλήματος στη δεκαετία του '60 και μεταγενέστερα, δεν οφείλεται βέβαια στην ανύπαρκτη κρατική μέριμνα αλλά στη μαζική μετανάστευση.<sup>29</sup> Το χαμηλό ποσοστό των παροχών ανεργίας και γενικότερα ο μονόπλευρος προσανατολισμός των ασφαλιστικών οργανισμών στην εξυπηρέτηση των συνταξιοδοτικών τους υποχρεώσεων, υπογραμμίζει την αξία αυτής της διαπίστωσης.

Η χρόνια και μαζική ανεργία και υποαπασχόληση της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου, σε συνδυασμό με το περιορισμένο ύψος των κονδυλίων για αντιμετώπιση της ανεργίας συνέβαλαν στη διαμόρφωση ευνοϊκών όρων για την εργοδοτική πλευρά στην αγορά εργασίας. Το γεγονός ότι η προσδοκώμενη πραγματική εισοδηματική απώλεια για τον εργαζόμενο σε περίπτωση απόλυσής του, παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα αύξησε για το σωματείο το "κόστος διαφωνίας" του με τις απαιτήσεις του εργοδότη περιορίζοντας έτσι τη διαπραγματευτική ισχύ του συνδικαλιστικού κινήματος.<sup>30</sup>

Είναι ενδεικτικό ότι την περίοδο 1953-1966, ο ετήσιος μέσος όρος ημερών απεργίας ανά 1.000 μισθωτούς ήταν στη χώρα μας σχετικά χαμηλός (Ελλάδα 157,2, σύνολο ΕΟΚ 214,8). Αντίθετα, μετά την πτώση της δικτατορίας η συχνότητα των απεργιών αυξήθηκε κατά πολύ. Για παράδειγμα, τη διετία 1976-77 ο ετήσιος μέσος όρος ημερών απεργίας ανά 1.000 μισθωτούς ήταν 605,5.<sup>31</sup> Η ενίσχυση της θέσης του κεφαλαίου έναντι της εργασίας στήριξε τις διαδικασίες συσσώρευσης παραγωγικού κεφαλαίου κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο. Από την άποψη αυτή, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η έλλειψη μιας συνεκτικής πολιτικής κοινωνικής πρόνοιας σχετίζεται με την επιβολή ενός τύπου οικονομικής ανάπτυξης που βασίζεται -*inter alia*-στη συμπίεση του εργατικού κόστους και τη στήριξη κυρίως σε κλάδους έντασης εργασίας.

27. ΕΣΥΕ, *Στατιστική Επετηρίς Δημοσίων Οικονομικών*.

28. Βλ. Σ. Μπαμπινιώση και Κ. Σούλα, *Η Ελλάδα στην Περιφέρεια των Αναπτυσσόμενων Χωρών*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1976; και Μ. Νικολινάκος, *Μελέτες πάνω στον Ελληνικό Καπιταλισμό*, Νέα Σύνορα, Αθήνα, 1976.

29. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, μεταξύ 1955 και 1968, μετανάστευσαν συνολικά 836.728 άτομα. Δες ΕΣΥΕ, *Ο Πληθυσμός της Ελλάδος κατά το Δεύτερον Ημίαι του 20ού Αιώνα*, Αθήνα, 1980, σελ. 96.

30. Σχετικά με τη θεωρία της διαπραγματευτικής ισχύος βλ. L. Reynolds, *Labour Economics and Labour Relations*, New Jersey, 1970; A. Cartter and R. Marshall, *Labour Economics*, Irwin, Illinois, 1972; και Ρ. Φακιολά, *Ο Συνδικαλισμός στην Ελλάδα Παπαζήσης*, Αθήνα, 1978.

31. Θ. Κατσονέδας, *op cit*, 1983, σελ. 142-145.

## 5. Συμπεράσματα

Η εξέταση της πορείας ανάπτυξης του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και της διάρθρωσης των εσόδων και δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών επιτρέπει να διατυπώσουμε ενδιαφέροντα συμπεράσματα αναφορικά με ορισμένες ιδιομορφίες του Ελληνικού "Κράτους Πρόνοιας" της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου.

Η αύξηση των δαπανών και η επέκταση των θεσμών Κοινωνικής Προστασίας -παρά το θετικό χαρακτήρα αυτής της εξέλιξης - δεν αντιμετώπισε ολοκληρωμένα τις διαρθρωτικές αδυναμίες, τα προβλήματα και τις αντιφάσεις που διέπουν το ελληνικό κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα. Μάλιστα, το πρόβλημα της κλαδικής κατάτμησης και κατ' επέκταση των μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ τμημάτων εργαζομένων τόσο ως προς την καταβολή των εισφορών, όσο και ως προς τη χορήγηση των παροχών, οξύνθηκε παραπέρα. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με την προϋπάρχουσα πολυδιάσπαση του συνδικαλιστικού κινήματος και τις συχνές προσπάθειες της κυβερνητικής εξουσίας να παρέμβει "από τα πάνω" υπέρ φιλικών σωματείων ή για να "καλοπιάνει" τμήματα εργαζομένων. Ο πελατειακός χαρακτήρας του πολιτικού μας συστήματος αλλά και οι ανάγκες ενσωμάτωσης ευρύτερων στρωμάτων του πληθυσμού στις συνθήκες που διαμορφώθηκαν μετά το τέλος του εμφυλίου, οδήγησαν στην εξέλιξη αυτή η οποία με τη σειρά της βοήθησε στην ενίσχυση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του ελληνικού κοινωνικο-οικονομικού σχηματισμού.

Η επιβολή φόρων υπέρ τρίτων για τη χρηματοδότηση ορισμένων ασφαλιστικών οργανισμών επίσης συνδέεται και εξηγείται από τον πελατειακό χαρακτήρα του πολιτικού μας συστήματος και την απουσία ασφαλιστικής ενότητας. Κι αυτό παρά το γεγονός ότι πρόκειται για ρύθμιση η οποία επηρεάζει ανοδικά τις τιμές, υποβαθμίζει την ανταγωνιστικότητα των προϊόντων στο εξωτερικό και παρεμβαίνει στην κατανομή των πόρων με χαρακτήρα μάλιστα αντίστροφα προοδευτικό. Από την άλλη μεριά, το κυβερνητικό ενδιαφέρον για την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα υγείας και την αντιμετώπιση της ανεργίας, παρέμεινε πολύ περιορισμένο. Σαν συνέπεια, το κόστος απώλειας της εργασίας διατηρήθηκε ιδιαίτερα υψηλό καθ' όλη τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, συμβάλλοντας έτσι στην περαιτέρω εξασθένηση της εργασίας έναντι του κεφαλαίου.

Παίρνοντας υπ' όψιν και τα παραπάνω, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο, καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του "Κράτους Πρόνοιας" στη χώρα μας έπαιξε η αντίθεση ανάμεσα στην ανάγκη κοινωνικής ενσωμάτωσης και πολιτικής διαχείρισης ενός συστήματος υπό αμφισβήτηση και στην ανάγκη ενίσχυσης της κερδοφορίας του κεφαλαίου και των προοπτικών συσσώρευσης σε διευρυμένη κλίμακα. Η αντίθεση αυτή οδήγησε στην εμφάνιση αντιφατικών φαινομένων όπως για παράδειγμα η θεσμοθέτηση κοινωνικών πόρων παράλληλα με τη δέσμευση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων και η αύξηση των δαπανών Κοινωνικής Προστασίας παράλληλα με την κρατική αδιαφορία για την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα υγείας και την αντιμετώπιση της ανεργίας. Οι στρεβλώσεις που δημιουργήθηκαν σαν αποτέλεσμα αυτών των αντιφάσεων και αδυναμιών σε συνδυασμό με τη σταδιακή επιδείνωση των δημογραφικών δεδομένων και την αύξηση του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ήταν αναπόφευκτο να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία του κοινωνικο-ασφαλιστικού μας συστήματος. Οι ρίζες

των σημερινών προβλημάτων (χαμηλό επίπεδο παροχών, γραφειοκρατική και αναποτελεσματική λειτουργία, διαχειριστικά ελλείμματα) σε μεγάλο βαθμό μπορούν ν' αναζητηθούν στις συνθήκες που διαμορφώθηκαν στη διάρκεια της περιόδου 1945-1967.

### Πίνακας 1

#### Εσοδα και Δαπάνες των Ασφαλιστικών Οργανισμών, 1948-1967 (εκ. δρχ. - τρέχ. τιμές)

	1948	1950	1955	1960	1965	1967
Σύνολο εσόδων	577	1020	3124	5600	13454	17717
Ως % του Καθ. Εθν. Εισ.	3,15%	3,52%	5%	6,23%	8,82%	10,16%
Σύνολο Δαπανών	444	717	2644	5044	12401	17092
Ως % του Καθ. Εθν. Εισ.	2,42%	2,47%	4,23%	5,61%	8,13%	9,8%
Πλεόνασμα	133	303	480	556	1053	625

Πηγή: Υπουργείο Συντονισμού, Εθνικοί Λογαριασμοί.

Πίνακας 2  
Ποσοστιαία Διάρθρωση των Εσόδων και Δαπανών των Ασφαλιστικών Οργανισμών,  
1948-1967.

ΕΣΟΔΑ

	1948	1950	1955	1960	1965	1967
Εισφορές Εργοδοτών	40,3	44,4	44	40,9	35,8	36
Εισφορές Ασφαλισμένων	29,5	32,5	36,5	41,4	38,2	38,4
Κοινωνική εισφορά	24,9	15,3	12,5	10,8	18,8	18
Κρατική επιχορήγηση	1,7	2	0,1	0,2	1	1
Πρόσοδοι περιουσίας και λοιπά έσοδα	3,6	5,8	6,9	6,7	6,2	6,6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100	100	100	100	100

ΕΞΟΔΑ

Συντάξεις	42,6	46,3	52,7	50,3	54,8	58,9
Παροχές πρόνοιας	)	)	)	)	13,4	10,5
Παροχές ανεργίας	)44,1	)38,8	)37,1	)34,6	3,7	5,3
Παροχές ασθένειας	)	)	)	)	15,1	13,7
Λοιπές δαπάνες	13,3	14,9	10,2	15,1	13	11,6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100	100	100	100	100

Πηγή: Υπουργείο Συντονισμού, Εθνικοί Λογαριασμοί, 1948- 1967.

Πίνακας 3  
Ποσοστιαία Διάρθρωση των Εσόδων και Δαπανών των Ασφαλιστικών Οργανισμών 6  
Ευρωπαϊκών κρατών, 1965.

## ΕΣΟΔΑ

	Βέλγιο	Βρετανία	Γαλλία	Δ.Γερμανία	Ιταλία	Ολλανδία
Εισφορές Εργοδοτών	16,4	37,5	67,8	36,9	58,7	35,9
Εισφορές Ασφαλισμ.	24,2	36,1	20,5	37	13,1	53,4
Κοινωνική εισφορά	---	---	3,8	---	0,2	---
Κρατική επιχορήγηση	22,7	22,9	6,6	22,2	22,5	6,4
Πρόσοδοι περιουσίας και λοιπά έσοδα	6,7	3,5	1,3	3,9	5,5	4,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## ΔΑΠΑΝΕΣ

Συντάξεις	31,1	69,2	32,4	57,4	49,4	69,2
Παροχές ασθενείας	38,1	18,9	39,5	35,4	30,7	18,9
Παροχές ανεργίας	6,8	3	0,1	1,7	3,2	3
Λοιπές δαπάνες	24	8,9	28	5,5	16,7	8,9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>