

**Τ.Ε.Ι.ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ**



Πτυχιακή εργασία  
**«Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην  
κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα»**

Επιβλέπων καθηγητής  
**Αναπλ. καθηγητής Θεόδωρος Β. Σταματόπουλος**

Σπουδάστρια  
**Βανταράκη Χριστίνα Α.Μ. 7281 ΠΤΖ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

**ΜΑΙΟΣ 2011**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1</b>
-----------------------	----------

## **ΜΕΡΟΣ 1**

<b>1.1 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4.1 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΑ .....</b>	<b>35</b>

## **ΜΕΡΟΣ 2**

<b>2.1 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ-ΙΣΤΟΡΙΑ ΘΕΣΜΟΥ, ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ. Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΣΟΔΩΝ .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ .....</b>	<b>55</b>

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>62</b>
---------------------------	-----------

<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>63</b>
------------------------	-----------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>70</b>
--------------------------	-----------

## **ΣΧΗΜΑΤΑ**

Σχήμα 1-1 .....	18
Σχήμα 1-2 Ελληνικό σύστημα υγείας .....	21
Σχήμα 1-3 Δαπάνες υγείας .....	27
Σχήμα 1-4 Δαπάνες υγείας .....	27
Σχήμα 1-5 Πραγματική αύξηση στις δαπάνες για παροχές της τρίτης ηλικίας στις χώρες της νότιας Ευρώπης .....	34
Σχήμα 1-6 Κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους ως %του ΑΕΠ .....	35

## **ΠΙΝΑΚΕΣ**

Πίνακας 1-1 Αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους .....	10
Πίνακας 1-2 Αναλογία (Ε/Σ) πριν το νέο συνταξιοδοτικό .....	11
Πίνακας 1-3 Μέσο καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων του συνόλου των χωρών του ΟΑΣΑ .....	11
Πίνακας 1-4 Σύστημα αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα .....	14
Πίνακας 1-5 Τα μακροοικονομικά μεγέθη στην Ελλάδα ανά έτος .....	15
Πίνακας 1-6 Εξέλιξη των δαπανών για συντάξεις στο μέλλον .....	16

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνική ασφάλιση αποβλέπει στην προστασία ορισμένων ομάδων του πληθυσμού από συγκεκριμένους κινδύνους. Πρόκειται για ένα είδος συμβολαίου μεταξύ εργαζομένων και μη εργαζομένων, που λειτουργεί ως σύστημα διαχρονικής κατανομής του εισοδήματος μεταξύ των διάφορων γενεών, μέσω της πολιτικής διαδικασίας από το μηχανισμό της αγοράς. Βέβαια μεταξύ της ατομικής πρόνοιας και της κρατικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών παρεμβάλλεται και η συλλογική ιδιωτική πρωτοβουλία, η οποία στηρίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και έχει ομαδικό χαρακτήρα.

Ο αρχικός στόχος της κοινωνικής προστασίας ήταν η κάλυψη των ατόμων από κινδύνους που αφορούσαν την ασθένεια, το ατύχημα και το γήρας. Με την μορφή λοιπόν του Κράτους πρόνοιας δημιουργήθηκε η κοινωνική προστασία ως θεσμός για την κάλυψη των ατόμων από τους προαναφερόμενους κινδύνους. Βέβαια η κοινωνική προστασία στην αρχή δεν ήταν κρατική μέριμνα αλλά έπαιρνε διάφορες μορφές όπως αυτή της φιλανθρωπίας, της πρόνοιας και της ιδιωτικής ασφάλισης. Η βιομηχανική επανάσταση αποτελεί ορόσημο για τη δημιουργία του Κράτους –Πρόνοιας. Το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα κατά την περίοδο αυτή δεν είχαν κανένα περιουσιακό στοιχείο εκτός από τη εργασία τους, σήμαινε ότι σε περιπτώσεις ασθενειών, ατυχημάτων ,ανεργίας ήταν απροστάτευτα και εξαρτιόταν από την οικογένεια ή τη φιλανθρωπία. Το παραπάνω γεγονός οδήγησε και στην ανάγκη δημιουργίας μιας πολιτικής που θα προστάτευε αυτά τα άτομα. Το Κράτος-Πρόνοιας εμφανίζεται ιστορικά μετά τη Βιομηχανική Επανάσταση,

όταν οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες είχαν οδηγήσει πολλά άτομα σε κινδύνους όπως αυτή της ασθένειας, του ατυχήματος ή και της ανεργίας. Οι παραπάνω συνθήκες οδήγησαν ουσιαστικά στην ανάγκη διαμόρφωσης ενεργούς κοινωνικής πολιτικής για την προστασία και την ευημερία των πολιτών. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας, με τους τρεις επιμέρους χώρους που περιλαμβάνει (κοινωνική ασφάλιση, υγεία, πρόνοια), αρχίζει να αποτελεί χώρο δράσης του ίδιου του Κράτους. Με την πάροδο του χρόνου και με γνώμονα τις εκάστοτε ανάγκες διαμορφώθηκαν συγκεκριμένα μοντέλα κοινωνικής προστασίας (Μοντέλο Bismark, Μοντέλο Beveridge). (Λαζαρίδου, 2003)

## **ΜΕΡΟΣ 1**

### **1.1 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge, αλλά συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Για παράδειγμα, στα περισσότερα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, η κυβέρνηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων ή των νοσοκομείων, ενώ καλύπτει τις δαπάνες για εκπαίδευση, έρευνα, δημόσια υγεία κλπ. Στα φιλελεύθερα συστήματα όπως είναι το Αμερικανικό, ένα ποσοστό γύρω στο 40% καλύπτεται από δημόσιους πόρους που προέρχονται από την κεντρική και τις πολιτειακές κυβερνήσεις.

Προπολεμικά η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν στις περισσότερες χώρες περιορισμένη, αφού κάλυπτε κυρίως τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες για άπορους, άνεργους και ανάπηρους. Κατά την περίοδο αυτή κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν η κοινωνική ασφάλιση που άρχισε να εξαπλώνεται, η εκκλησία και τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Σταδιακά το κράτος άρχισε να παίζει το σημαντικότερο ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω αφενός της ραγδαίας οικονομικής ανόδου αλλά και της υπέρμετρης διόγκωσης των δαπανών υγείας. Βέβαια οι περισσότερες χώρες, με σημαντικότερη εξαίρεση αυτή της Μ. Βρετανίας, δε θέλησαν για διάφορους λόγους να καταργήσουν την κοινωνική ασφάλιση και να αναλάβουν εξ' ολοκλήρου τις δαπάνες υγείας.

Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω του υπουργείου υγείας και δευτερευόντως μέσω άλλων υπουργείων. Για παράδειγμα το υπουργείο άμυνας συνήθως καλύπτει χρηματοδοτικά τις ανάγκες υγείας του προσωπικού των ενόπλων δυνάμεων, το υπουργείο δικαιοσύνης τις ανάγκες υγείας των φυλακισμένων, το υπουργείο εσωτερικών τις ανάγκες υγείας των σωμάτων ασφαλείας κλπ.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταγράψει μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των συστημάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από τον

κρατικό προϋπολογισμό. Πολύ επιγραμματικά αναφέρονται ως πλεονεκτήματα τα εξής:

- ✓ Έχουν μικρό διοικητικό κόστος, αφού δεν απαιτείται η δημιουργία, επιπλέον μηχανισμών συλλογής των πόρων υγείας. Οι αναλογούντες πόροι για την υγεία συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής των φόρων, σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται σημαντικά από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής των εισφορών και χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι πολύ μεγάλος, όπως π.χ. στη Γερμανία.
- ✓ Κοστίζουν λιγότερο (π.χ. Μ. Βρετανία) και οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- ✓ Είναι κοινωνικά πιο δίκαια αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, όπου η προοδευτικότητά τους είναι περιορισμένη.

Μειονεκτούν όμως σε σχέση με συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση γιατί:

- ✓ Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνήθως -παρέχεται στον ασθενή δυνατότητα να επιλέξει, έστω και αν αυτό σημαίνει ότι θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι λόγω της γραφειοκρατίας του δημόσιου τομέα υπάρχουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας, (λίστες αναμονής, ουρές κλπ.).
- ✓ Βρίσκονται κάτω από τη συνεχή απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, γιατί εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα και γιατί έχουν να ανταγωνιστούν με άλλα υπουργεία στη διεκδίκηση της χρηματοδότησης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του συστήματος γίνεται δύσκολος. Αντίθετα στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση οι

πόροι είναι σταθεροί και συγκεκριμένοι και πολύ δύσκολα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς.

- ✓ Ο ασθενής δε γνωρίζει τι τελικά πληρώνει για την υγεία του, με αποτέλεσμα να μην ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, ο κάθε ασθενής γνωρίζει τι πληρώνει κάθε μήνα για υγεία, με αποτέλεσμα θεωρητικά να περιορίζει τη ζήτηση.

## **1.2 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Αν και η ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης αρχίζει από το 16ο αιώνα, το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας εμφανίστηκε στη Γερμανία του Bismark το 1883. Το 1911 ο Lloyd George προσαρμοσε το πρόγραμμα αυτό στα δεδομένα της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια ακολούθησαν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες,

Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης αφού:

- οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων, επιδοτούν στην ουσία τις μικρές εισφορές των χαμηλόμισθων.
- όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στην ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων τύπου Bismark. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος αυτών καθορίζεται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου. Παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που στηρίζεται στους εργοδότες και εργαζόμενους.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε αντιπαράθεση με τη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό έχουν ήδη αναφερθεί προηγουμένως. Εδώ μπορεί μόνο να αναφερθεί ότι η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια και η αδυναμία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να καλύψουν το σύνολο αυτών, ανάγκασε τον κρατικό προϋπολογισμό να επιδοτεί ελλείμματα, με αποτέλεσμα η βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης για «διμερή χρηματοδότηση» να μετατραπεί σε «τριμερή», δηλαδή εργαζόμενοι, εργοδότες και κράτος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Ελλάδας είναι η πολυπλοκότητα και ο πολυκερματισμός των υπηρεσιών. Πρόκειται για ένα μικτό σύστημα, με στοιχεία και από τα δύο κλασικά συστήματα προστασίας Beveridge και Bismark (Λαζαρίδου, 2003)

Στο μοντέλο Bismark η κάλυψη γίνεται ανά επαγγελματική οργάνωση, η χρηματοδότηση είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες) και η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία. Το μοντέλο αυτό κοινωνικής ασφάλισης εμφανίστηκε στη Γερμανία όπου με Νόμο διαμορφώθηκε το ποσοστό της εργοδοτικής και της εργατικής συνεισφοράς. Η κάλυψη γινόταν με επιλεκτικότητα, δηλαδή ανά επαγγελματικές οργανώσεις. Ο Bismark πείθει, λοιπόν, τους επαγγελματίες να συμμετάσχουν και έτσι εξασφαλίζει την αναγκαία προσφορά για την κάλυψη, ώστε να αποφευχθούν οι κοινωνικές συγκρούσεις. (Λαζαρίδου, 2003)

Το Μοντέλο Beveridge εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας, όπου συνδέεται η οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και εισάγεται μια γενική προστασία για τους πολίτες. Ο Beveridge επηρεάστηκε από τις διαπιστώσεις τη μελέτης του Rowntree για τη φτώχεια και πίστευε ότι τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν από τη φτώχεια σε διάφορες στιγμές της ζωής του ατόμου. Φαντάστηκε ότι η κοινωνική βοήθεια θα έπαιζε το ρόλο προστασίας και το Κράτος θα εξασφάλιζε παροχές ενάντια σε 5 γίγαντες (της ασθένειας, της τεμπελιάς, της άγνοιας, της περιπλάνησης και της έλλειψης θέλησης). Το θεσμικό πλαίσιο αυτού είναι ο κρατικός παρεμβατισμός, που αποδεικνύεται μέσα από διάφορους Νόμους της εποχής, όπως το 1940 new employment act (σχέσεις εργαζομένων εργοδοτών), το 1948 National health system (σύστημα



υγείας). Το νέο σύστημα που προτείνει ο Beveridge διαφέρει σημαντικά από τα προηγούμενα. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η χρηματοδότηση γίνεται από το Κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο. (Λαζαρίδου, 2003)

Το σύστημα είναι ευάλωτο σε διακυμάνσεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά ελλείμματα. Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ελλειμμάτων, χωρίς όμως ιδιαίτερη επιτυχία. Αρχικά στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης έμοιαζε με το γερμανικό σύστημα(σύστημα Bismark).Το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο που δημιουργείται είναι του ΝΑΤ. Ακολουθεί η δημιουργία του ΙΚΑ (1934) και του ΟΓΑ(1961). Ειδικότερα το 1861 ιδρύεται και το ασφαλιστικό ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων καθώς και το ασφαλιστικό ταμείο για όσους εργάζονται στα μεταλλεία. Τα περισσότερα ταμεία που δημιουργούνται τα επόμενα χρόνια αφορούν στην κάλυψη των ατόμων από εργατικά ατυχήματα, ασθένεια, και γηρατειά. Την περίοδο 1914-1933 οι κύριες χρηματοδοτικές πηγές των ταμείων ήταν οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το 1934 δημιουργείται το ΙΚΑ που καλύπτει το 1\3 του πληθυσμού και το 1961 ο ΟΓΑ. Η κρίση του 1973 δημιούργησε και στην Ελλάδα οικονομικά προβλήματα ίδια με αυτά των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής ένωσης, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η ανάγκη άσκησης ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής. Το 1980 υπάρχουν περίπου 10.530 φορείς, με μεγαλύτερους το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ, το ΟΓΑ, το ΤΑΕ , το Ταμείο του ΟΤΕ και των τραπεζών κ.α. Η επικουρική ασφάλιση εμφανίζεται το 1861 με την ίδρυση των μετοχικών ταμείων στρατού και Ναυτικού και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων. Το 1925 δημιουργούνται και επιμελητήρια .Η επικουρική σύνταξη καλύπτει τα κενά της κύριας ασφάλισης και προσφέρει παροχές σε ελεύθερους επαγγελματίες και μισθωτούς. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι αφορά σε ειδικούς κλάδους ασφάλισης και παρέχει συγκεκριμένες συντάξεις αναπηρίας και θανάτου. Με Νόμους το 1999 έγιναν αλλαγές στη δομή των ασφαλιστικών οργανισμών ,καθώς πολλοί καταργήθηκαν και άλλοι συγχωνεύτηκαν. (Λαζαρίδου, 2003)

Τα βασικά Υπουργεία που συμμετέχουν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα είναι:

1. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης
2. Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας
3. Το Υπουργείο Οικονομικών
4. Το Υπουργείο Θαλάσσιων Υποθέσεων, Νήσων και Αλιείας
5. Το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων
6. Η Βουλή των Ελλήνων
7. Υπηρεσίες Ασφάλισης και
8. Ταμεία αλληλοβοήθειας.

Πλέον όμως ο χαρακτήρας του συστήματος είναι μικτός, καθώς παρουσιάζει στοιχεία και από τα δυο μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης. Μέσω του συστήματος προσφέρονται συντάξεις γήρατος, αναπηρίας και επιζώντων. Οι συντάξεις καθορίζονται με βάση το μισθό και τα χρόνια ασφάλισης και η αναπροσαρμογή τους γίνεται συνήθως με βάση την εξέλιξη του μισθού των δημοσίων υπαλλήλων. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση αυτή είναι τριμερής (εργαζόμενοι, εργοδότες και Κράτος). Μέσα από μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι οι βασικές αδυναμίες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εστιάζονται :

- α) στην ύπαρξη ελλειμμάτων, λόγω κακής διαχείρισης.
  - β) στον πολυκερματισμό του που εκφράζεται μέσω του εύρους των συντάξεων και των παροχών .
  - γ) στην ελαστικότητα απόκτησης σύνταξης και
  - δ) στην αδυναμία ελέγχου του ακριβούς αριθμού συνταξιούχων.
- (Λαζαρίδου, 2003)

Το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης λειτουργεί ως επί τω πλείστον υπό τον κρατικό έλεγχο και η βιωσιμότητά στηρίζεται από τη χρηματοδότησή του από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Δηλαδή το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι αναδιανεμητικό και παράλληλα υπάρχει κρατική χρηματοδότηση, όπως π.χ συμβαίνει στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία και στην Πορτογαλία (Λαζαρίδου, 2003). Ενώ

αυτοχρηματοδοτούμενα επαγγελματικά ή άλλα συνταξιοδοτικά ταμεία, με αυτόνομη διαχείριση των πόρων τους και απολαβές των συνταξιούχων σύμφωνα με τα οικονομικά δεδομένα των Ταμείων, ουσιαστικά δεν υπάρχουν (με εξαίρεση τα 3 επαγγελματικά ταμεία που δημιουργήθηκαν με βάση το ν. 3029/2002). Εφόσον τα αποθεματικά του συστήματος ως σύνολο είναι ελάχιστα η τελική υποχρέωση για την κάλυψη των ελλειμμάτων των 173 ασφαλιστικών ταμείων της χώρας, είτε αυτά είναι ταμεία κύριας ασφάλισης είτε ταμεία επικουρικής ασφάλισης, τη φέρει τελικά το Δημόσιο, δηλαδή οι μελλοντικοί φορολογούμενοι. Επομένως, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης σχετίζεται με τη «μακροοικονομική ισορροπία της οικονομίας» ως σύνολο αλλά και είναι «αναλογιστικής φύσεως» καθώς σχετίζεται με το κάθε επιμέρους ταμείο χωριστά.

Η λειτουργία του βασίζεται στο ότι οι εργαζόμενοι της τρέχουσας περιόδου πληρώνουν τις συντάξεις των συνταξιούχων της τρέχουσας περιόδου (pay as you go). Σημειώνεται ότι κάποιες κατηγορίες του πληθυσμού συνταξιοδοτούνται χωρίς να έχουν πληρωθεί αντίστοιχες εισφορές (ΟΓΑ, ΕΚΑΣ, συντάξεις των προσφύγων, εφάπαξ των δικαστικών, κ.ά). Ακόμη και οι επικουρικές συντάξεις στην Ελλάδα πληρώνονται με το σύστημα των πληρωμών από τις τρέχουσες εισπράξεις, γι' αυτό και τα διαθέσιμα των Ταμείων δεν επαρκούν για να καλύψουν τις μελλοντικές συνταξιοδοτικές τους υποχρεώσεις. Επιπλέον ακόμη και οι επιπλέον εισφορές που πληρώνουν οι σημερινοί εργαζόμενοι για υψηλότερες συνταξιοδοτικές απολαβές δεν αποταμιεύονται αλλά δαπανώνται συνήθως για να πληρωθούν υψηλότερες συντάξεις στους συνταξιούχους της τρέχουσας περιόδου.

Ως εκ τούτου, τα αποθεματικά των περισσότερων Ταμείων δεν επαρκούν σε σχέση με τις δεδομένες μελλοντικές υποχρεώσεις τους. Επισημαίνεται ότι οι ετήσιες αυξήσεις των συντάξεων δεν γίνονται βάσει οικονομικών δυνατοτήτων των Ταμείων αλλά βάσει της εισοδηματικής πολιτικής της Κυβέρνησης. Μ' αυτό τον τρόπο οι μελλοντικοί φορολογούμενοι πληρώνουν και τις μεγαλύτερες συντάξεις, των οποίων τις πρόσθετες εισφορές εισπράττουν ως συντάξεις οι σημερινοί συνταξιούχοι.

Η μέση συντάξιμη ηλικία διαμορφώνεται κάτω από τα 60 έτη, ενώ και η συνταξιοδότηση στα 65 χρόνια πραγματοποιείται με ελάχιστα συντάξιμα

χρόνια. Για όσους εισήλθαν στην αγορά εργασίας πριν από την 31/12/2002 η θεσμοθετημένη ηλικία συνταξιοδότησης, για το ΙΚΑ και πολλά άλλα Ταμεία διαμορφώνεται στα 60 έτη για τις γυναίκες και τα 65 έτη για τους άνδρες, και στα 65 έτη για άνδρες και γυναίκες για όσους εισήλθαν στην αγορά εργασίας μετά την 1/1/2003. Ενώ το ποσοστό των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων (αναπηρίας, ανήλικων τέκνων, ναυτικών, βαρρέων και ανθυγιεινών, κ.ά.) είναι υψηλότερο στην Ελλάδα από ότι σε άλλες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι «η ευρεία χρήση σχημάτων πρόωρης εξόδου στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης αντικατοπτρίζει τη βασική αντίληψη που διέπει το λεγόμενο «ηπειρωτικό» μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας, όπου προτεραιότητα είναι η διατήρηση του status των ασφαλισμένων ανέργων, μέσω της παροχής γενναιόδωρων επιδομάτων» (Μέξη, 2005).

Βάσει στοιχείων του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, τα τελευταία χρόνια η μέση πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης στο ΙΚΑ τείνει να αυξηθεί (προς τα 63 έτη). Πάρα ταύτα το κύμα των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων στο Δημόσιο φαίνεται να έχει αυξηθεί λόγω και των προγραμμάτων εθελούσιας εξόδου του προσωπικού που σε μεγάλο βαθμό οφείλονται στην εκτεταμένη ανελαστικότητα της αγοράς εργασίας στους τομείς αυτούς. Τα ανωτέρω, σε συνδυασμό με τις τάσεις γήρανσης του πληθυσμού, οδηγούν στη ραγδαία μείωση της αναλογίας των εργαζομένων προς συνταξιούχους (Ε/Σ). Συγκεκριμένα:

**Πίνακας 1-1 Αναλογία των εργαζομένων προς συνταξιούχους (Ε/Σ), λόγω του νέου συνταξιοδοτικού**

<b>Αναλογία Ε/Σ</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2040</b>
	2,1	2,0	1,7	>1,25
Αριθμός συνταξιούχων	2,5 εκατ.			3,8 εκ.
Αριθμός εργαζομένων	5,3 εκατ.			4,6 εκατ.

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι ο αριθμός των συνταξιούχων αναμένεται να αυξηθεί κατά 50% περίπου μέχρι το 2040 (από 2,5 εκατ. το 2000 σε 3,8 εκατ. το 2040), ενώ ο αριθμός των εργαζομένων (των ατόμων που βρίσκονται σε εργάσιμη ηλικία) στην ίδια περίοδο προβλέπεται να μειωθεί κατά 13% περίπου (από 5,3 εκατ. το 2000 σε 4,6 εκατ. το 2040).

**Πίνακας 1-2 Αναλογία των εργαζομένων προς συνταξιούχους (Ε/Σ), πριν από το νέο συνταξιοδοτικό**

<b>Αναλογία Ε/Σ</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>
	3,0	2,8	2,6	2,1	1,7

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι η αναλογία Ε/Σ θα βελτιωνόταν σημαντικά σε σχέση με το ισχύον σενάριο και το 2030 θα βρισκόταν ακόμη στα επίπεδα των αρχών της 10ετίας του 2000.

Το ύψος της σύνταξης ως ποσοστό του εισοδήματος επί του οποίου επιβάλλονται οι εισφορές, δηλαδή τα ποσοστά αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα, είναι από τα υψηλότερα και διαμορφώνονται στο ίδιο υψηλό επίπεδο για όλους τους συνταξιούχους ανεξαρτήτως του εισοδήματος πριν τη συνταξιοδότηση. Αυτό αντίκειται στα αντίστοιχα ποσοστά αναπλήρωσης που υπάρχουν στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.

**Πίνακας 1-3 Μέσο καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων του συνόλου των χωρών του ΟΟΣΑ**

Εισοδήματα < 50% του μέσου εισοδήματος της χώρας	84,1%
Εισοδήματα = του μέσου εισοδήματος της χώρας	68,7%
Εισοδήματα > 50% του μέσου εισοδήματος της χώρας	54,5%

Στην Ελλάδα για τα κύρια ταμεία ασφάλισης, το ακαθάριστο ποσοστό αναπλήρωσης με τους φόρους είναι στα 60%-80%, ενώ το ποσοστό για τα υποχρεωτικά ταμεία επικουρικής ασφάλισης είναι στα 20%. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ το μέσο συνολικό ακαθάριστο ποσοστό αναπλήρωσης για το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης κυμαίνεται στο 84%, ενώ εν Ελλάδι μετά τους φόρους το συνολικό μέσο καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης, ανεξαρτήτως εισοδήματος ανέρχεται στο 99%.

**Πίνακας 1-4 Σύστημα αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα**

Ποσοστό αναπλήρωσης	Ελλάδα	Γαλλία	Ιρλανδία	Ιταλία	Γερμανία
	115%	80%	78%	88%	63%

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χαρακτηρίζει το σύστημα αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα γενναιόδωρο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2006). Αυτά τα υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης των συντάξεων καταβάλλονται στην Ελλάδα από το τρέχον εισόδημα ενώ παράλληλα δεν υποστηρίζονται από ικανά συσσωρευμένα αποθεματικά.

Όταν το εισόδημα επί του οποίου υπολογίζεται το ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα δεν είναι το μέσο εισόδημα του εργαζομένου αλλά το αντίστοιχο εισόδημα των τελευταίων 5-ετών και το ποσοστό αναπλήρωσης του μέσου μισθού επί του οποίου υπολογίστηκαν οι εισφορές είναι μεγαλύτερο της μονάδος τότε υπάρχει πρόβλημα στον υπολογισμό της συντάξεως. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα όταν η μισθολογική εξέλιξη του ασφαλισμένου κατά τη διάρκεια του εργάσιμου βίου του είναι ραγδαία λόγω προαγωγών ή μεταπήδησης σε θέσεις με σημαντικά αυξημένες αποδοχές. Το πρόβλημα επιδεινώνεται στις κατηγορίες εργαζομένων με επιδόματα στα οποία δεν επιβάλλονται ασφαλιστικές εισφορές στο βασικό μισθό κατά τα τελευταία έτη της εργάσιμης ζωής τους.

Παράλληλα οι συντάξεις αυξάνονται με ρυθμούς που πολλές φορές υπερβαίνουν και την αύξηση του ΑΕΠ. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται περαιτέρω το ποσοστό αναπλήρωσης σε σχέση με τα υψηλά επίπεδα που θα

ίσχυαν κατά την πρώτη καταβολή των συντάξεων. Παράλληλα με την αναντιστοιχία συνταξιούχων σε σχέση με τους εργαζομένους, αποσταθεροποιείται περαιτέρω το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Τέλος, η πληθώρα των συνταξιοδοτικών Ταμείων, ανατρέπει τον αναδιανεμητικό χαρακτήρα του Ασφαλιστικού Συστήματος. Ενώ ευνοούνται οι εργαζόμενοι του Δημοσίου οι οποίοι όντας ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη εξασφαλίζουν συντάξεις κατά πολύ υψηλότερες από τις συντάξεις αντίστοιχων εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα με ανάλογες ή/και μεγαλύτερες εισφορές. Γι'αυτό και οι συντάξεις που έχουν υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης είναι υψηλότερες και από τις αντίστοιχες συντάξεις στις χώρες του ΟΟΣΑ που στηρίζονται στις εισφορές των ίδιων των εργαζομένων. Το πρόβλημα για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εστιάζεται στις μεγάλες κατηγορίες σχετικά με τους υψηλόμισθους εργαζομένους που βγαίνουν στη σύνταξη από το 58ο έτος της ηλικίας τους ή/και νωρίτερα (ή με λιγότερα από 35 έτη υπηρεσίας) και έχουν πολύ υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης (kathimerini, 2006).

Το ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ακολουθεί τις πολιτικές απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου μετά το 2000, αποτέλεσε η Στρατηγική της Λισσαβόνας (2000), η οποία έθεσε συγκεκριμένες δεσμεύσεις για αύξηση του ποσοστού της συνολικής απασχόλησης στην Ε.Ε. στο 70% (60% για τις γυναίκες) μέχρι το 2010. (Ρομπόλης, 2006)

Απόρροια της στρατηγικής της Λισσαβόνας (έχει κριθεί ότι δεν επιτυγχάνει τους στόχους της) αποτελεί το πεδίο της απασχόλησης, η «Ευρωπαϊκή Στρατηγική Απασχόλησης» (ΕΣΑ) (διακρατική διαμόρφωση πολιτικής μέσω της παρακολούθησης και της συγκριτικής μέτρησης των αποδόσεων) και το πεδίο του κοινωνικού κράτους η «Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού» (ΑΜΣ) (νέες πρωτοβουλίες πολιτικής των κρατών-μελών για την καταπολέμηση της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας), σύμφωνα με την οποία τα κράτη-μέλη υποβάλλουν κάθε τρία χρόνια (αρχής γενομένης από τον Σεπτέμβριο του 2002) «Εθνικές Εκθέσεις» των 11 κοινών στόχων (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Λάακεν, 2001). (Ρομπόλης, 2006)

Πιο συγκεκριμένα, οι 11 στόχοι της Ανοικτής Μέθοδου Συντονισμού των ευρωπαϊκών συνταξιοδοτικών συστημάτων είναι οι εξής: Παρεμπόδιση του κοινωνικού αποκλεισμού, Διευκόλυνση των συνταξιούχων στην διατήρηση των ελαχίστων ανεκτών ορίων επιβίωσης, Προαγωγή της αλληλεγγύης μεταξύ των συνταξιούχων και των γενεών, Αύξηση των επιπέδων απασχόλησης, Επέκταση ηλικιακών ορίων εργασιακής ζωής, Διασφάλιση οικονομικής βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων σε περιβάλλον υγιών δημόσιων οικονομικών, Προσαρμογή παροχών και εισφορών με στόχο τη διασφάλιση της εξισορρόπησης τους, Διασφάλιση της επάρκειας και της οικονομικής ευρωστίας των ιδιωτικών συνταξιοδοτικών σχημάτων, Προσαρμογή σε ευέλικτα μοντέλα απασχόλησης, Ανταπόκριση για μεγαλύτερη ισότητα ανδρών και γυναικών, Ικανότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων ν' ανταποκριθούν στις νέες προκλήσεις (INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, 2003). (Ρομπόλης, 2006)

Η στρατηγική της Λισσαβόνας και οι απορρέουσες πολιτικές απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας στα κράτη-μέλη, δεν συνέβαλαν, όπως προκύπτει εκ του αποτελέσματος, στην μείωση της ανεργίας, στην διεύρυνση της κοινωνικής αποτελεσματικότητας του κοινωνικού κράτους, στην βελτίωση του επιπέδου ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής οικονομίας, στην μακροχρόνια βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων και στην διαμόρφωση των προϋποθέσεων ενός ενιαίου ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου. Αυτό γιατί, όπως υποστηρίζεται, στην στρατηγική της Λισσαβόνας ενυπάρχει, εκτός των άλλων, και μία συστατική αντίφαση, με την έννοια της επίτευξης ευρωπαϊκών στόχων με την υλοποίηση εθνικών πολιτικών (Ρομπόλης, 2006).

Την αντίφαση αυτή προσπάθησε ανεπιτυχώς να επιλύσει η Ευρωπαϊκή Συνταγματική Συνθήκη, η οποία στο κεφάλαιο: Κοινωνική Πολιτική, προέβλεπε σε ευρωπαϊκό επίπεδο την μετάβαση από το ηπειρωτικό κοινωνικό μοντέλο, στο Αγγλοσαξωνικό μοντέλο που περιορίζεται στην παροχή μίας βασικής σύνταξης (460 ευρώ τον μήνα για ένα άτομο και 710 ευρώ τον μήνα για ένα ζευγάρι) και μίας συμπληρωματικής επαγγελματικής σύνταξης με όρους ιδιωτικής ασφάλισης (Ρομπόλης, 2006).



### 1.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Οι δαπάνες για συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ και η επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και του Δημόσιου Χρέους από αυτή την εξέλιξη υπολογίστηκε από διάφορες μελέτες μία εκ των οποίων είναι η μελέτη του GAD UK (2001)<sup>1</sup>.

**Πίνακας 1-5 Τα μακροοικονομικά μεγέθη στην Ελλάδα / έτος μέχρι το 2050**

Μέσος πληθωρισμός	Μέση αύξηση πραγματικών μισθών	Μέση αύξηση των πραγματικών συντάξεων	Μέση αύξηση του ΑΕΠ
2,5%	1,75%	1%	2%

Σημειώνεται ότι κατά την περίοδο 2000-2006 η αύξηση του ΑΕΠ ήταν υπέρ-διπλάσια από τις ανωτέρω υποθέσεις ενώ παράλληλα ο ρυθμός αύξησης των εισφορών στα Ασφαλιστικά Ταμεία ήταν εξαιρετικά υψηλός ένεκα της ένταξης στο σύστημα άνω των 600.000 μεταναστών. Βέβαια αυτό θα έπρεπε να βελτίωνε τα οικονομικά του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης αλλά κατά την ίδια περίοδο η αύξηση των συντάξεων υπερέβαινε το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ και, επιπλέον, η εφαρμογή συστημάτων εθελουσίας εξόδου στο δημόσιο τομέα αύξησε τον αριθμό των συνταξιούχων (Μέξη, 2005).

Το ύψος των πληρωμών για συντάξεις στην Ελλάδα ανερχόταν στο 12,6% του ΑΕΠ το 2000, ενώ αυξήθηκε στο 13,1% το 2005. Στα επίπεδα αυτά, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για συντάξεις είναι αδικαιολόγητα υψηλότερο από τις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, εάν ληφθεί υπόψη ότι: α) ένα μεγάλο μέρος των σημερινών συντάξεων πληρώνεται, όπως προαναφέρθηκε, χωρίς οι δικαιούχοι να έχουν καταβάλει εισφορές στο παρελθόν, β) ένα άλλο μεγάλο μέρος των συντάξεων έχουν παραχωρηθεί σε

<sup>1</sup> Impact Of The 2001 Census On National Population Projections, 2001, Government Actuary's Department, UK

εργαζόμενους που ήταν πολύ νέοι όταν βγήκαν στη σύνταξη ή είχαν πολύ λίγα χρόνια εργασίμου ζωής και, γενικότερα, γ) η πληρωμή των συντάξεων στην Ελλάδα πραγματοποιείται από το τρέχον εισόδημα και όχι από την απόδοση συσσωρευμένων συνταξιοδοτικών αποταμιεύσεων από το παρελθόν.

Όσον αφορά την εξέλιξη των δαπανών για συντάξεις στο μέλλον (που προσδιορίζονται από τις σημερινές παραμέτρους του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και τις υποθέσεις για τις δημογραφικές και μακροοικονομικές εξελίξεις), εκτιμώνται τα κάτωθι:

#### **Πίνακας 1-6 Εξέλιξη των δαπανών για συντάξεις στο μέλλον**

2010	2020	2030	2050
12,6-13%	15,4%	19,6%	24,8%

Είναι προφανές ότι η πληρωμή από το τρέχον ΑΕΠ τόσο μεγάλων ποσοστών για συντάξεις δεν είναι δυνατή.

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης επιβάρυνε τον Προϋπολογισμό κατά 4,8% του ΑΕΠ το 2000 και παρέμεινε στο ίδιο ποσοστό του ΑΕΠ μέχρι το 2005, παρά την υψηλή μέση αύξηση του ονομαστικού ΑΕΠ κατά την περίοδο 2000-2005 η οποία ξεπέρασε το 8,0%, και την μέση ετήσια αύξηση των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών (κατά 9,2%). Έτσι, ο επιχορηγήσεις του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης πιέζουν έντονα τη δημοσιονομική προσαρμογή σε περίοδο ανάπτυξης.

Οι σημαντικές ρυθμίσεις του 1990-1992 τροχοπεδούν το ρυθμό αύξησης των δαπανών για συντάξεις μετά το 2025, αλλά οι ρυθμίσεις αυτές δεν αρκούν για να επιβιώσει το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην παρούσα του μορφή.

Αν το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης διατηρήσει τις προαναφερθείσες παραμέτρους του μέχρι το 2050, και οι συντάξεις θα αυξάνονται σε πραγματικούς όρους κατά 1% ετησίως τότε δε θα μπορέσει να επιβιώσει στην παρούσα μορφή του. Ως αποτέλεσμα των βασικών

διαρθρωτικών χαρακτηριστικών του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, το ποσοστό της μέσης σύνταξης στο ΑΕΠ ανά απασχολούμενο στην Ελλάδα το 2000 ήταν πολύ υψηλότερο από όλες τις χώρες της ΕΕ-15. Η υπέρμετρη αυτή απόκλιση έναντι των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών έγκειται στο γεγονός ότι στα περισσότερα άλλα Ευρωπαϊκά Συστήματα έχουν ήδη ληφθεί μέτρα προσαρμογής και εξασφάλισης της βιωσιμότητάς τους.

Επομένως αν διατηρηθούν οι σημερινές παράμετροι λειτουργίας του το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης θα καταρρεύσει πέραν του 2015. Άλλωστε, κατά τη διάρκεια της επόμενης 10ετίας θα ενταθούν οι πιέσεις για αύξηση των πρωτογενών δαπανών του Τακτικού Προϋπολογισμού από την άνοδο των επιχορηγήσεων στο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η διατήρηση των σημερινών παραμέτρων και πολιτικών συνεπάγεται ότι:

Σημειώνεται ότι ο μέσος εργαζόμενος μετά το 2040 θα διαθέτει το 72% του μισθού του για να πληρώνει την κύρια και την επικουρική σύνταξη των συνταξιούχων της περιόδου εκείνης, έναντι του 47% του μισθού του που διέθεται το 2006 και του 50% του μισθού του που διέθεται το 2010.

#### **1.4 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Τρία είναι τα σημαντικά ερωτήματα: ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης.

Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι οι εξής (Παρασκευόπουλος, 2009):

1. Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν

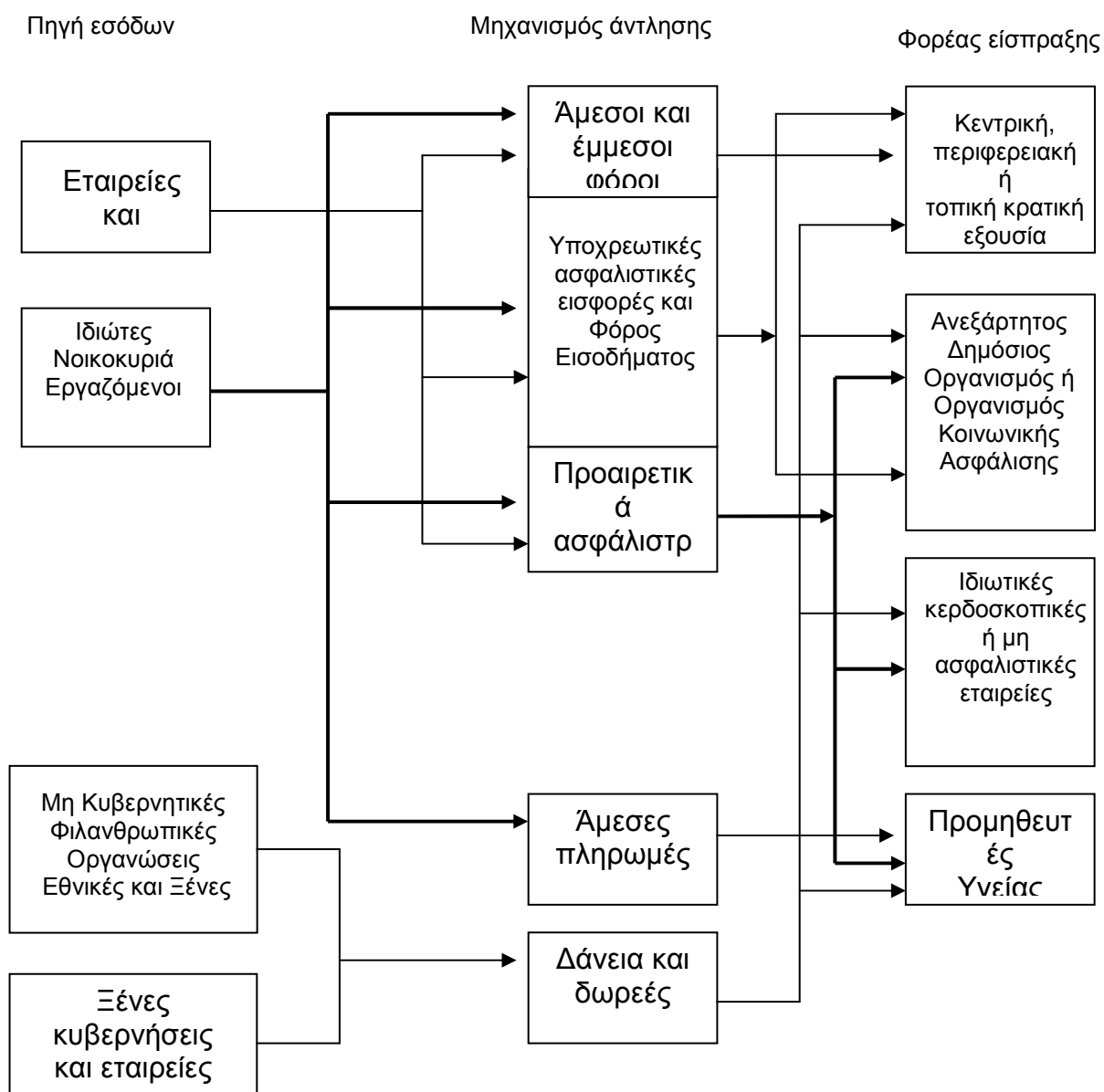
οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

2. Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.

3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη .

Σχηματικά η παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα είναι ως εξής:

**Σχήμα 1-1 : Σχηματική παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα**



Πηγή: Kutzin, J. (2001), A descriptive framework for country-level analysis of health, Health Policy 56(3): 171-204, p.174, όπως αναφέρεται στον Bassett M το 2005, στο άρθρο του Frameworks for analyzing health systems, health financing and the regulation of health insurance.

Οι πηγές χρηματοδότησης της υγείας είναι οι ακόλουθες (OECD, 2008):

#### Υπουργείο Υγείας ή και άλλα Υπουργεία

1. έσοδα από γενική φορολογία (φόρος εισοδήματος, Φ.Π.Α. κ.ά)
2. έσοδα από ειδικούς φόρους (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα)
3. ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων, που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών

#### **Υποχρεωτική καθολική ασφάλιση**

1. εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών
2. εισφορές αυτοαπασχολούμενων
3. εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με :
4. το ύψος του εισοδήματός τους

Η διαδικασία την οποία ακολουθεί η Ελλάδα με τις εισφορές μέσω της φορολογίας έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

#### Πλεονεκτήματα

- δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στους χρήστες.
- έχει χαμηλότερο διοικητικό κόστος.
- είναι δυνατή η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους.

#### Μειονεκτήματα

- η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής.
- επικρατεί αβεβαιότητα, όσον αφορά τον προγραμματισμό και

την ανάπτυξη.

- υπάρχει γενική απροθυμία πληρωμής φόρων.

Το σύστημα, από την άλλη ,της κοινωνικής Ασφάλισης έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Συγκεκριμένα:

#### Πλεονεκτήματα

- μέσω των εισφορών τους, οι εργαζόμενοι έχουν γνώση για το κόστος των υπηρεσιών υγείας.
- μέσω των εργοδοτικών εισφορών, επιχειρείται η αναδιανομή του κεφαλαίου.

#### Μειονεκτήματα

- διοικητικό κόστος υψηλό (διαδικασίες συλλογής – είσπραξης εισφορών και διαδικασίες χρηματοδότησης.
- μετάκληση των εργοδοτικών εισφορών στην κατανάλωση.
- στοιχεία ανισότητας στην φοροδοτική ικανότητα των πολιτών και στην κοινωνική δικαιοσύνη.
- αδυναμία εφαρμογής πολιτικής συγκράτησης του κόστους.

Τέλος το σύστημα που χρησιμοποιείται κυρίως στην Αμερική μέσω της Ιδιωτικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

#### Κύριο χαρακτηριστικό

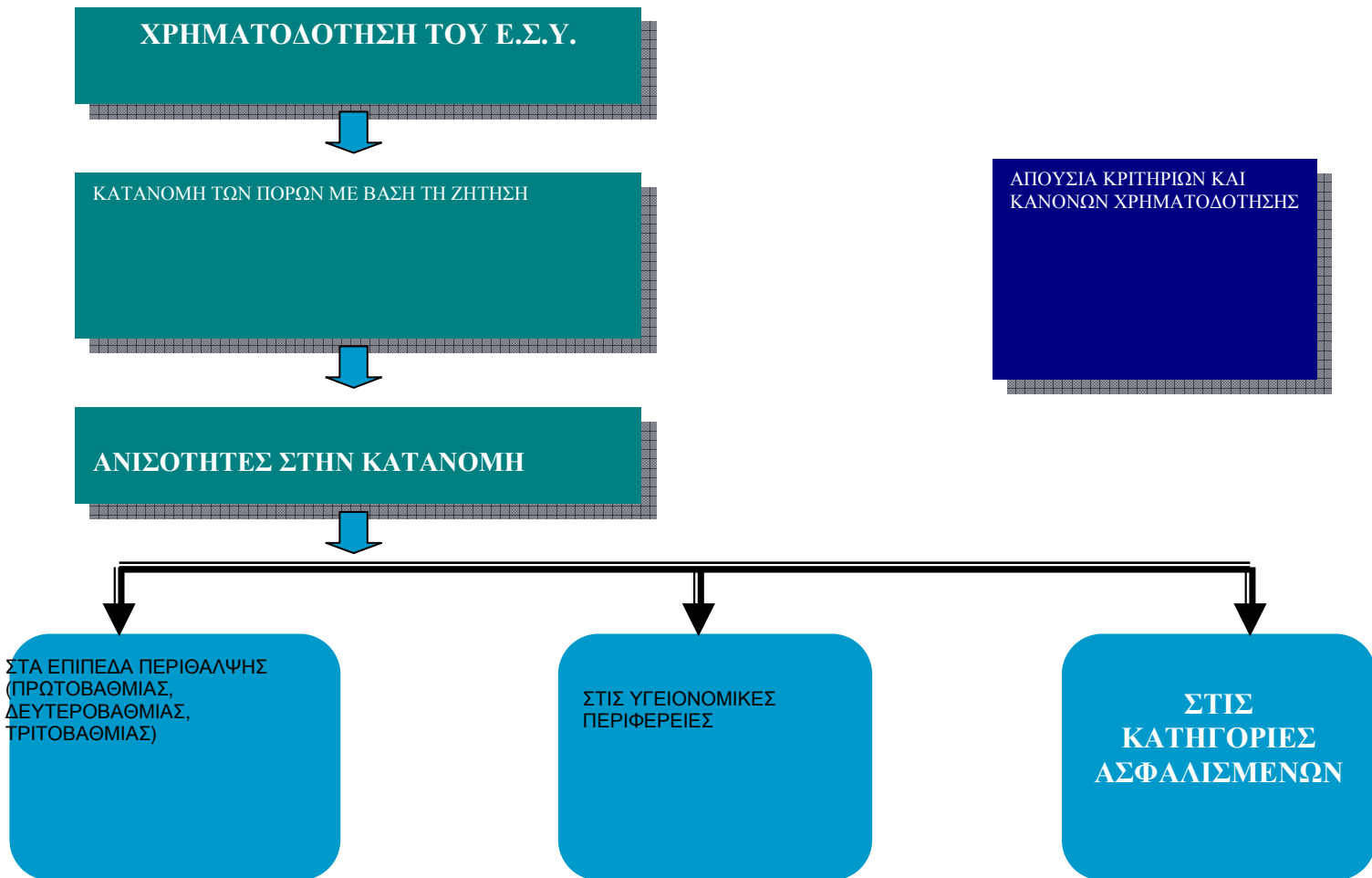
ο ανταγωνισμός ανάμεσα σε ένα πλήθος εταιρειών, που προσφέρει εναλλακτικές λύσεις διαφορετικών προϊόντων ασφάλισης και δυνατότητες επιλογής.

#### Μειονεκτήματα

- το πρόβλημα της αντίστροφης επιλογής
- ο αυξημένος αριθμός ανασφάλιστων ατόμων
- το υψηλό διοικητικό κόστος (20%)
- η αδυναμία πραγματοποίησης οικονομιών κλίμακας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σε σχέση με τη χρηματοδότηση της υγείας μέσα από την κοινωνική ασφάλιση κάποια ουσιαστικά προβλήματα τα οποία και παρουσιάζουμε στο ακόλουθο Σχήμα :

**Σχήμα 1-2 Ελληνικό Σύστημα Υγείας**



Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από [http://www.econ.uoi.gr/seminars\\_oikonomia\\_koinonia/dialeksi4/Dimosia\\_Perithalpsi\\_2008.ppt](http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonomia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt)

Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης από την

άλλη είναι οι ακόλουθες (Υφαντόπουλος, 2006):

1. Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες: Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια (δωρεές από μη κυβερνητικούς οργανισμούς) για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας. Στην Αφρική για παράδειγμα το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50%. Τα σημεία προβληματισμού είναι τα ακόλουθα:

1. Αυξάνουν οι δωρεές την καθαρή δαπάνη υγείας ή απλώς υποκαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης

2. Όταν τα έσοδα της εξωτερικής βοήθειας δεν διοχετεύονται κεντρικά προς τα ταμεία του κράτους, τότε προκύπτουν προβλήματα, καθώς αναπτύσσονται αποσπασματικά και μη συντονισμένα υγειονομικά προγράμματα διατηρώντας έτσι χαμηλή την απόδοση του συστήματος υγείας.

3. Η εξωτερική βοήθεια είναι επιρρεπής στις προτεραιότητες των δωρητών και ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια πηγή χρηματοδότησης με μακροχρόνιο ορίζοντα.

2. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Η κατάσταση της Ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η ακόλουθη (Υφαντόπουλος, 2006):

□ Σε λίγες χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση-καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης (opt out) - λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα.

□ Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι της, έχουν ευχερέστερη



πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού (καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα) και τυγχάνουν αναβαθμισμένης ξενοδοχειακής νοσηλείας στο δημόσιο τομέα.

- Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες θεσμοθετημένες συμπληρωμένες κατά τη λήψη δημοσίων υπηρεσιών υγείας, αναιρώντας έτσι, την επίδραση του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, στον περιορισμό της άσκοπης χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών .

- Το 92% του πληθυσμού στη Γαλλία διέθετε το 2006 ιδιωτικά συμβόλαια υγείας, τα οποία στην πλειοψηφία τους είχαν τη μορφή της συμπληρωματικής ασφάλισης (για την κάλυψη των δαπανών της θεσμοθετημένης συμμετοχής). Σε εξίσου υψηλά επίπεδα κυμαίνονταν το 2006 η αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας στην Ελβετία και τον Καναδά όπου το 80% και το 65% του πληθυσμού αντίστοιχα, χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση ως συμπληρωματικό μέσο (ως προς την υποχρεωτική κοινωνική) για την αντιμετώπιση των οικονομικών συνεπειών λόγω ασθένειας .

- Στον αντίποδα, βρίσκονται χώρες όπως η Ιταλία (15,6% το 1999), η Πορτογαλία (14,8% το 2000), η Ισπανία (13% το 2000) καθώς και η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, και η Ελλάδα όπου τα ποσοστά του καλυπτόμενου πληθυσμού ανήλθαν το 2000 σε 10%.

- Στην Ελλάδα το ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού – αν και χαμηλό συγκριτικά με άλλες χώρες- εντούτοις κατέγραψε σημαντική αύξηση την τελευταία εικοσαετία. Έτσι, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη αγγίζοντας μόλις το 2% στις μέρες μας υπολογίζεται περίπου στο 10%.

3. Οι πληρωμές των χρηστών: Πρόκειται για τη λιγότερο ισότιμη ως προς την οικονομική επιβάρυνση πηγή χρηματοδότησης καθώς βασίζεται στο ατομικό ή το οικογενειακό διαθέσιμο εισόδημα και ως εκ τούτου δεν προάγει

την κοινωνική αλληλεγγύη και δημιουργεί προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση. (Βλέπε Πίνακες)

Είδος	Ορισμός
Άμεσες πληρωμές	Πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα και δεν καλύπτονται από κανενός είδους προπληρωμή ή ασφάλιση (αυτές είναι συνήθως προαιρετικές)
Άτυπες πληρωμές	Ανεπίσημες πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες που θεωρητικώς προσφέρονται δωρεάν. Επίσης, αναφέρονται και ως «φακελάκι» ή «πληρωμές κάτω από το τραπέζι»
Συμμετοχή στο κόστος	Αναφέρεται στη θεσμοθετημένη ανάληψη μέρους του κόστους των παρεχόμενων φροντίδων από τους ασφαλισμένους πολίτες. Συχνά απαντάται και ως «χρεώσεις των χρηστών»

Είδος	Ορισμός
<i>Συμπληρωμή</i> ( <i>co-payment</i> )	Οι χρήστες πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσό ανά υγειονομικό προϊόν ή υπηρεσία, ανεξάρτητα από το συνολικό κόστος (π.χ. € 5 για κάθε φάρμακο ή για κάθε ιατρική επίσκεψη).
<i>Συνασφάλιση</i> ( <i>co-insurance</i> )	Οι χρήστες πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσοστό επί του συνολικού κόστους, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα (π.χ. το 20% του συνολικού κόστους κάθε φαρμάκου ή κάθε οπεικονιστικής εξέτασης).
<i>Αφαιρετέο ποσό</i> ( <i>Deductible</i> )	Αποτελεί ποσό που πληρώνεται από τον ασθενή πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική κάλυψη (π.χ. τα πρώτα €50 του κόστους διαμονής σε ένα νοσοκομείο). Το αφαιρετέο ποσό μπορεί να εφαρμόζεται ανά υπηρεσία ή στο σύνολο των δαπανών που εκτελέστηκαν κατά τη διάρκεια μιας ασφαλιστικής περιόδου. Υψηλό (προκαθορισμένο) αφαιρετέο ποσό συνήθως συνεπάγεται χαμηλότερα ασφάλιστρα.

Παρακάτω κατατάσσουμε μαζί και την Ελλάδα στα διάφορα συστήματα υγείας ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης τους. Συγκεκριμένα:

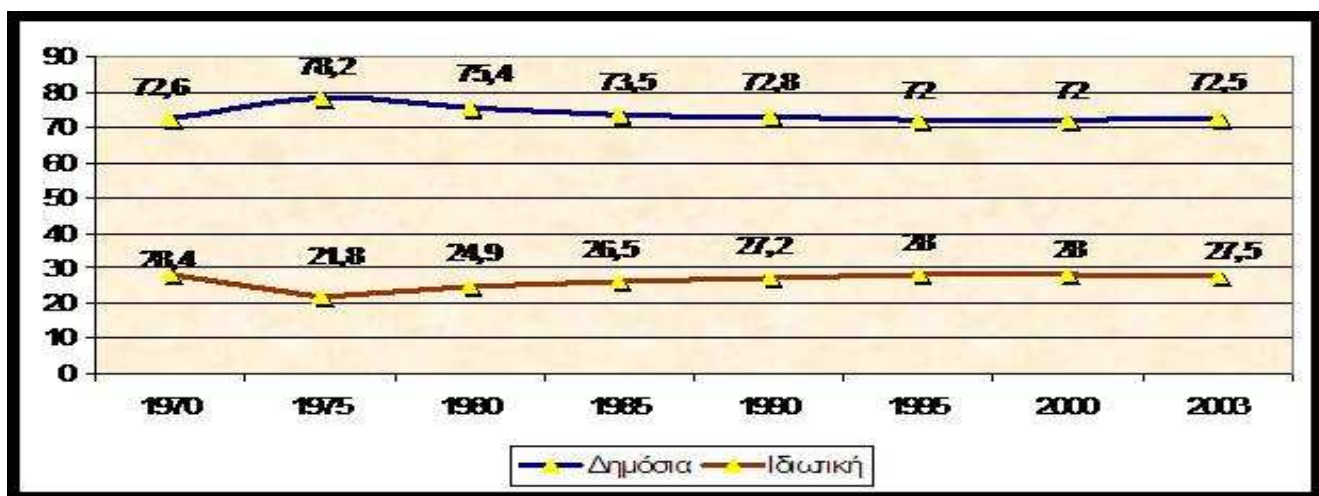
**Πίνακας 1-7 Συστήματα Χρηματοδότησης στην Ευρώπη**

<b>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</b>	<b>ΜΙΚΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</b>
<b>ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΓΑΛΛΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΙΑΠΩΝΙΑ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ</b>	<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</b>
<b>ΔΑΝΙΑ, ΕΛΛΑΔΑ, ΙΡΛΑΝΔΙΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΑ, ΙΣΠΑΝΙΑ, ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ, ΝΟΡΒΗΓΙΑ, ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ, ΣΟΥΗΔΙΑ,</b>	<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,</b>
<b>ΚΑΝΑΔΑΣ</b>	<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,</b>
<b>ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ, Ν. ΖΗΛΑΝΔΙΑ</b>	<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ. ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</b>
<b>ΕΛΒΕΤΙΑ, Η.Π.Α.</b>	<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</b>

Πηγή: ΑΔΕΔΥ/ΓΣΕΕ/ΙΝΕ.,(2008), Συστήματα Χρηματοδότησης στην Ευρώπη, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από <http://www.gsee.gr/>

Η ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων και ιδιωτικών πηγών στη χρηματοδότηση της συνολικής υγειονομικής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ σε επιλεγμένα έτη :

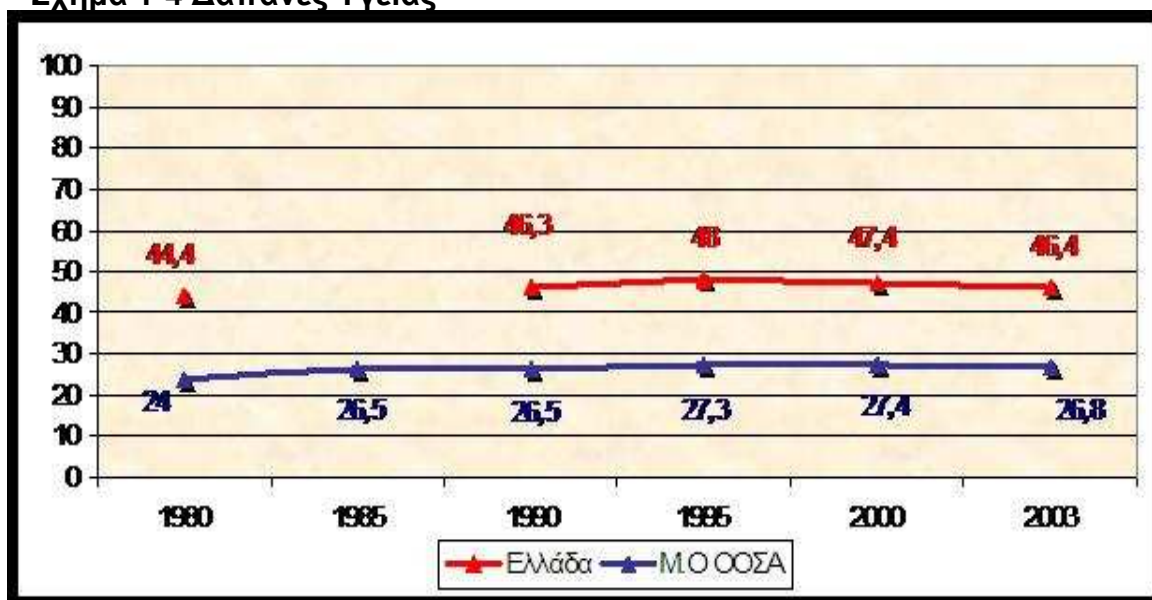
Σχήμα 1-3 Δαπάνες Υγείας



Πηγή: OECD,(2008), Health Data, Ανακτήθηκε στις 10-4-2009 από <http://oecd.com>

Η ποσοστιαία συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και ο μέσος όρος των υπολοίπων χωρών του ΟΟΣΑ, σε επιλεγμένα έτη είναι η ακόλουθη:

Σχήμα 1-4 Δαπάνες Υγείας



Πηγή: OECD,(2008), Health Data, Ανακτήθηκε στις 10-4-2009 από <http://oecd.com>

Σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών ανάλογα με το εκάστοτε σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι μικτή με την έννοια ότι δεν υπάρχει υπεροχή του ενός τρόπου χρηματοδότησης απέναντι στον άλλο. Αντίθετα, το κύριο σημείο διαφοράς σε σχέση με τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ είναι η υψηλή ιδιωτική δαπάνη.

Το σύστημα χρηματοδότησης που έχει επιλέξει η Ελλάδα παρουσιάζει τα ακόλουθα προβλήματα. Συγκεκριμένα (Μανιφέστο, 2008):

1. Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του Νοσοκομείου και έχει ως συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών .
2. Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί ταυτίζεται περισσότερο με τις ημέρες νοσηλείας, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο παράγοντας «φιλοξενία».
3. Η τιμή ημέρας έχει αποδειχθεί πληθωριστική, με την έννοια ότι τα Νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας .
4. Τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό, επίσης, χαρακτήρα .(Βλέπε παρακάτω Πίνακα)

**Πίνακας 1-8 Χρηματοδοτήσεις Νοσοκομείων**

<b>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ΕΚΑΤ. €)</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Φορολογία %	1015 63	1112 64	1512 70	1722 71	1867 68	1983 70	2205 69	2521 70
Κοινωνική Ασφάλιση α/	557 35	571 33	600 27	650 27	838 30	795 28	921 29	992 28
Πληρωμές Χρηστών %	32 2	43 3	60 3	50 2	53 2	60 2	69 2	77 2
<b>Total</b> %	<b>1604</b> <b>100</b>	<b>1726</b> <b>100</b>	<b>2172</b> <b>100</b>	<b>2422</b> <b>100</b>	<b>2757</b> <b>100</b>	<b>2838</b> <b>100</b>	<b>3195</b> <b>100</b>	<b>3590</b> <b>100</b>

Πηγή: European Observatory on Health Care Systems [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

Τα προβλήματα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

- Η έλλειψη οικονομικών πόρων .Απαιτείται η συνεχής επανεξέταση του τρόπου διάθεσης των κονδυλίων που διατίθενται σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων υγείας του λαού .

- Η Κατανομή των πόρων .Ίσως το σοβαρότερο και δυσκολότερο πρόβλημα χρηματοδότησης είναι η άνιση κατανομή των πόρων τόσο γεωγραφικά όσο και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού και μορφών υπηρεσιών υγείας .

- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών .Οι πρωταρχικές αιτίες των αυξήσεων αυτών βρίσκονται στην αυξημένη χρήση των υπηρεσιών

που με τη σειρά της απορρέει από αυξημένη ζήτηση λόγω ανόδου του βιοτικού επιπέδου, του επιπέδου εκπαίδευσης, των συγκοινωνιών, την αύξηση των πόρων του τομέα υγείας, κ.λ.π. Η αύξηση του κόστους επίσης συνδέεται με την ανάπτυξη των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης που διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φυσικά στην αλματώδη άνοδο της ιατρικής τεχνολογίας.

- Έλλειψη Συντονισμού .Αλληλοσυγκρουόμενα ή επικαλυπτόμενα προγράμματα πολλών φορέων λειτουργούν χωρίς συντονισμό. Η πιο συνηθισμένη και σοβαρή περίπτωση έλλειψης συντονισμού είναι μεταξύ των προγραμμάτων του κεντρικού υπουργείου ή του εθνικού φορέα υγείας και των άλλων ασφαλιστικών φορέων Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα στην Ελλάδα είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη των κέντρων υγείας, των ιατρείων του Ι.Κ.Α. και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων που συχνά χρησιμοποιούνται από ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. και μη.

- Οι Αντιπαραγωγικές δαπάνες .Κακή χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού: ειδικευμένο προσωπικό συχνά χρησιμοποιείται σε θέσεις κατώτερες από ότι η εκπαίδευσή που δικαιολογεί. Νοσοκομειακός τομέας: ανέγερση μεγάλων και δαπανηρών μονάδων στα αστικά κέντρα, συχνά σε βάρος κονδυλίων που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο παραγωγικά στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή νοσοκομείων σε επαρχιακά αστικά κέντρα με πολύ αμεσότερο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Τα μέτρα που έχουν παρθεί κατά καιρούς στην Ελλάδα αλλά και σε πολλές χώρες της Ευρώπης είναι τα ακόλουθα:

1. Συμμετοχή των χρηστών στο κόστος (cost-sharing) .Το μέτρο στοχεύει στον περιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, δηλαδή στον περιορισμό του φαινομένου του ηθικού κινδύνου (moral hazard) .

2. Η επιλογή της μη-συμμετοχής (Opting out): είναι η επιλογή της μη- κάλυψης από την υποχρεωτική ασφάλιση (κοινωνική ασφάλιση). Η επιλογή αυτή συνήθως προσφέρεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα ή σε αυτοαπασχολούμενους. Το μέτρο δεν εφαρμόζεται σε κράτη όπου υπάρχει



υποχρεωτική καθολική κάλυψη του πληθυσμού (δηλαδή σε κράτη με Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας).

Δικαίωμα πληρωμής πολύ χαμηλής εισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση (No-claim bonuses) .Προσφέρεται σε άτομα που κάνουν περιορισμένη χρήση του δημοσίου συστήματος υγείας, π.χ. σε άτομα των οποίων η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας περιορίζεται μόνο στους ετήσιους προσυμπτωματικούς ελέγχους- check-ups, οπότε σε αυτή την περίπτωση καταβάλλουν μόνον τις ασφαλιστικές εισφορές ενός μήνα. Είναι προφανές ότι το μέτρο εφαρμόζεται σε συστήματα οργανωμένα κατά το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης και στοχεύει στην παροχή ελευθεριών επιλογής στους ασφαλισμένους, αλλά προσφέρει μειωμένη προστασία σε άτομα που λόγω χαμηλού εισοδήματος αδυνατούν να συνεισφέρουν στην ασφάλιση με αποτέλεσμα τη μείωση της ασφαλιστικής τους προστασίας.

3. Ανώτατο όριο στις δαπάνες (expenditure ceilings) .Σύμφωνα με αυτό το μέτρο τίθεται ανώτατο όριο στο σύνολο των καλυπτόμενων δαπανών υγείας.

4. Περιορισμό της υπερπροσφοράς των γιατρών. Αρκετές χώρες έχουν περιορίσει τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών στις ιατρικές σχολές, λαμβάνοντας υπόψη τις μελλοντικές ανάγκες. Άλλες πάλι χώρες, δεν χορηγούν άδειες ασκήσεως επαγγέλματος σε γιατρούς, στις περιοχές που ο πλεονάζων αριθμός γιατρών ανά ειδικότητα υπερβαίνει το 50%.

5. Περιορισμό στον αριθμό των νοσοκομειακών κρεβατιών .

6. Πολιτικές αντικατάστασης (Substitution Policies) .Αυτές συνίστανται στην αντικατάσταση μιας δαπανηρής υγειονομικής φροντίδας με μια λιγότερο δαπανηρή. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται για παράδειγμα στην ανάπτυξη των «χειρουργείων μιας ημέρας-day surgery» και στην αύξηση των προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας σε αντικατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης όπου αυτό είναι εφικτό και, γενικά, στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τη μελέτη της Zervou (2001) για την εξέλιξη της χρηματοδότησης του συνταξιοδοτικού συστήματος, δηλαδή την εξέλιξη των δαπανών για κύριες και επικουρικές συντάξεις και των εσόδων για την κάλυψη του κόστους των συντάξεων, στις δεκαετίες 1981-1990 και 1991-2000, και για

τους προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου ανάπτυξης των δαπανών για συντάξεις και των εσόδων του ασφαλιστικού συστήματος, με ανάλογη μεθοδολογική προσέγγιση που συναντάμε σε μελέτες της World Bank. Σύμφωνα με τη διαχρονική αξιολόγηση του επιπέδου ανάπτυξης των συνταξιοδοτικών δαπανών η οποία βασίζεται στην ανάλυση του δείκτη εξάρτησης (αριθμός συνταξιούχων ανά ασφαλισμένο) και του δείκτη μεταβίβασης που μετράει τη γενναιοδωρία του συνταξιοδοτικού συστήματος. Η δημογραφική επίδραση ήταν και είναι πολύ μεγάλη στο δείκτη εξάρτησης. Η αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων και η αύξηση της γενναιοδωρίας του συστήματος είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που ερμηνεύουν την αύξηση του κόστους των συντάξεων στη δεκαετία του '80. Ο δείκτης μεταβίβασης αν και παρέμεινε σχεδόν σταθερός μετά το έτος 1993 για την κύρια σύνταξη και ενώ μειώθηκε για την επικουρική σύνταξη δεν αντιμετώπισε τη μεγάλη αύξηση του δείκτη εξάρτησης. Η εξέλιξη των εσόδων για την κάλυψη του κόστους των συντάξεων ερμηνεύεται και από το δείκτη συνέπειας (πραγματικά έσοδα / εν δυνάμει έσοδα) που εκτιμά την ικανότητα του συστήματος να εισπράττει τα έσοδα από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Η αύξηση της ασφαλιστικής βάσης αυξάνει τη συνέπεια του κλάδου κύριας ασφάλισης και τα έσοδα του στη δεκαετία του '80, χωρίς όμως τα έσοδα αυτά να είναι επαρκή για να καλύψουν το κόστος για τις κύριες συντάξεις. Στη δεκαετία του '90, ο δείκτης συνέπειας μειώνεται σημαντικά με αποτέλεσμα τα πραγματικά έσοδα να είναι πολύ μικρότερα των θεωρητικών εσόδων για την κύρια ασφάλιση. Επίσης, η αύξηση της ασφαλιστικής βάσης αυξάνει τη συνέπεια του κλάδου επικουρικής ασφάλισης στη δεκαετία του 80, όμως το επίπεδο των εσόδων δεν είναι ικανοποιητικό. Ο δείκτης συνέπειας συνεχίζει να αυξάνει και κατά τη δεκαετία του 90, αλλά τα πραγματικά έσοδα του κλάδου παραμένουν μικρότερα των "εν δυνάμει" εσόδων. (Ζερνου, 2001)

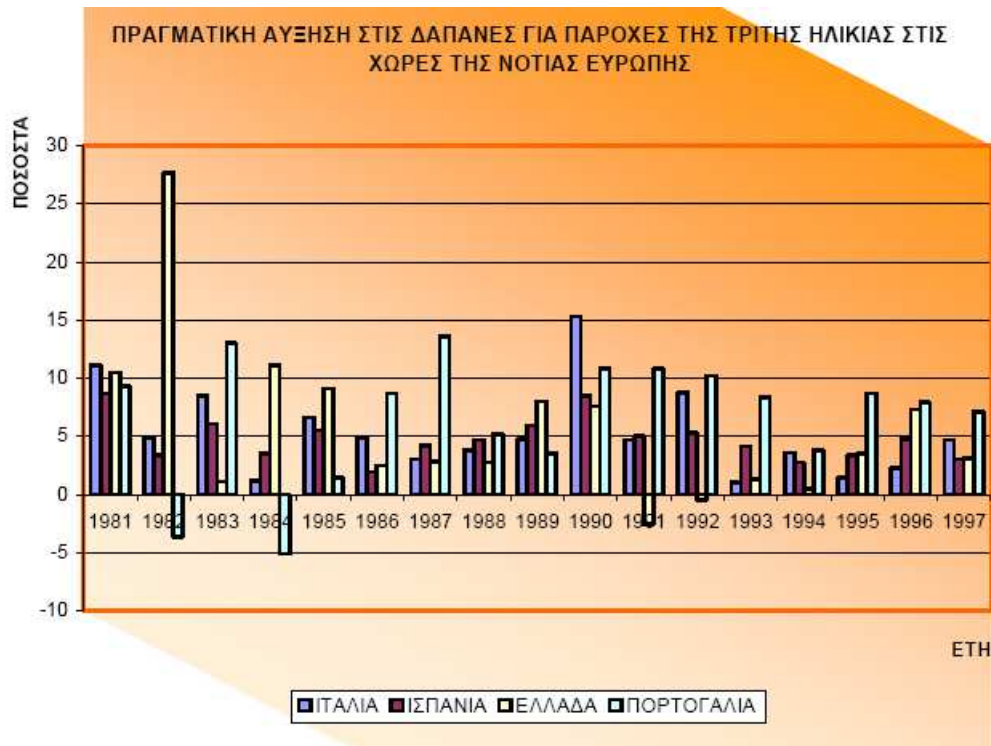
Βάση του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης που υπάρχει στην Ελλάδα έχουν δημιουργηθεί ελλείμματα και το γενικό σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης είναι ελλειμματικό και το ειδικό πλεονασματικό. Επίσης υπάρχει ένα σχέδιο κάλυψης για άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία δεν έχουν πληρώσει συνεισφορές και βρίσκονται σε οικονομική ανάγκη ,για παράδειγμα λόγω

αρρώστιας, το οποίο και χρηματοδοτείται από τη φορολογία. (Λαζαρίδου, 2003)

Αναφορικά με την ηλικία συνταξιοδότησης στην Ελλάδα παρατηρούμε μια σαφή τάση αύξησης στην ηλικία συνταξιοδότησης και για τα δυο φύλα. Το όριο ηλικίας για την απόκτηση πλήρους σύνταξης και στα δύο φύλα φτάνει τα 65 έτη για όσους εργάζονται μετά το 1993. Βέβαια υπάρχει η δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης για τα δύσκολα και ανθυγιεινά επαγγέλματα ενώ παράλληλα προστατεύονται και οι αναπηρικές συντάξεις και οι συντάξεις επιζώντων. (Λαζαρίδου, 2003)

Σχετικά με την αναπροσαρμογή των συντάξεων παρατηρούμε διαχρονικά μια τάση αλλαγής. Στην Ελλάδα πριν το 1990 γίνεται με βάση την παραγωγικότητα ενώ μετά το 1990 γίνεται με βάση τους μισθούς των δημοσίων υπαλλήλων. Έπειτα οι συντάξεις χρηματοδοτούνται από τις συνεισφορές των ασφαλισμένων και των επιχειρήσεων, με σαφή όμως τάση για αύξηση των δαπανών από κοινωνικούς πόρους και κρατικές επιχορηγήσεις. Όσον αφορά την κατανομή των δαπανών για κοινωνική προστασία διαπιστώνουμε ότι οι δαπάνες για συντάξεις στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί περισσότερο από τις άλλες δαπάνες, λόγω της αύξησης στην κάλυψη του πληθυσμού αλλά και του πραγματικού επιπέδου παροχών ανά δικαιούχο. Αυτό σημαίνει ακριβώς ότι η κύρια έμφαση δίνεται στον τομέα προστασίας των ηλικιωμένων με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα ενεργούς εφαρμογής κοινωνικής πολιτικής και σε άλλους τομείς. Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί ότι οι πραγματικές αυξήσεις στις δαπάνες για παροχές της τρίτης ηλικίας δεν συμβαδίζουν με τις μεγάλες αυξήσεις των δαπανών για τις συντάξεις, καθώς οι δεύτερες έχουν αυξηθεί με πολύ αργότερο ρυθμό. (Λαζαρίδου, 2003)

**Σχήμα 1-5 : Πραγματική αύξηση στις δαπάνες για παροχές της τρίτης ηλικίας στις χώρες της Νότιας Ευρώπης**

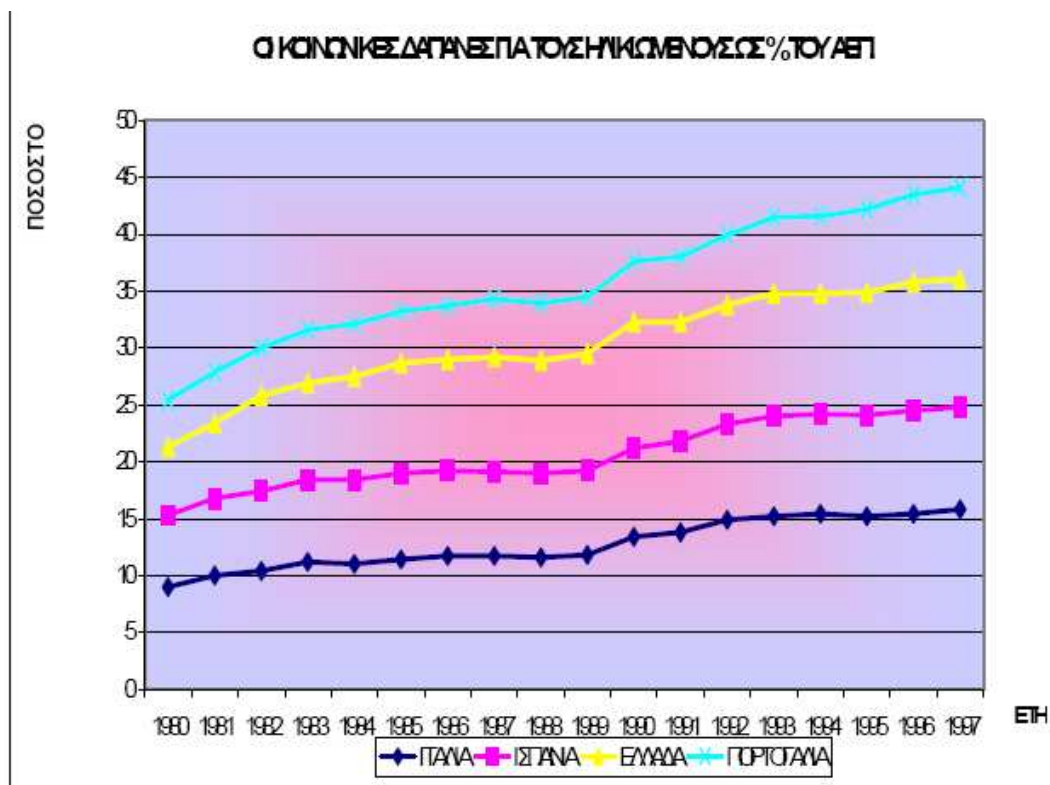


Πηγή: Λαζαρίδου, 2003

Όσον αφορά την πραγματική εξέλιξη δαπανών για τους ηλικιωμένους μειώνονται στην Ελλάδα, τη δεκαετία του 1990.

Βέβαια, υπάρχει σαφής τάση αύξησης των κοινωνικών δαπανών για τους ηλικιωμένους.

**Σχήμα 1-6 : Κοινωνικές δαπάνες για τους ηλικιωμένους ως % του ΑΕΠ**



Πηγή: Λαζαρίδου, 2003

### 1.4.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΙΚΑ

Οι εισφορές για τον κλάδο ασθένειας του Ι.Κ.Α. αλλά και των υπόλοιπων ταμείων ασφάλισης (εκτός του Ο.Γ.Α.) είναι ενιαίες και ανέρχονται για τους μισθωτούς σε 2,55% για τον εργαζόμενο και 5,10% για τον εργοδότη στις αποδοχές του εργαζομένου. Για τους συνταξιούχους το ποσοστό είναι 4% από τους ίδιους και 6% από τον φορέα ασφάλισης.

Οι ανωτέρω εισφορές αποτελούν έσοδα των κλάδων ή φορέων υγείας, αν και συχνά χρησιμοποιούνται για χρηματοδότηση των ελλειμματικών κλάδων σύνταξης. Στους κλάδους υγείας δεν υπάρχει επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, με εξαίρεση τον Ο.Γ.Α (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2001).

Σε ό,τι αφορά τις δαπάνες, τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης δεν έχουν επαρκείς μηχανισμούς ελέγχου της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα

προς τον ιδιωτικό τομέα. Η έλλειψη σημαντικών μηχανισμών ελέγχου πριν και μετά την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οδηγήσει σε σημαντική υπερκατανάλωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, συμβαίνει συχνά η παράνομη πρακτική της χρέωσης της κοινωνικής ασφάλισης για ανύπαρκτες ιατρικές υπηρεσίες από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα, αφού δεν υπάρχουν μηχανογραφημένα ιατρικά αρχεία (Κυριόπουλος, 2001).

Το Ι.Κ.Α., εκτός από την ιατρική περίθαλψη που αποτελεί και τον πυρήνα της προσφοράς υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας, προσφέρει επίσης παροχή φαρμάκων, νοσοκομειακή και πρόσθετη περίθαλψη, παροχές σε χρήμα και προληπτική δράση. Από τις δαπάνες αυτές μεγαλύτερη είναι η φαρμακευτική δαπάνη (1,85 δις. ή 300Ε Κατά ασφαλισμένο) και η νοσοκομειακή (1,2 δις. ή 200Ε Κατά ασφαλισμένο), με το μεγαλύτερο μέρος στις δαπάνες νοσηλείας.

Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών του Ιδρύματος για τον κλάδο υγείας είναι, τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα υψηλός (φτάνει και το 10%), υπονομεύοντας τη μακροχρόνια βιωσιμότητα, όχι μόνο του συγκεκριμένου κλάδου αλλά και συνολικά του ΙΚΑ. Και ερχόμαστε στο σήμερα.Στα πλαίσια του επιχειρησιακού σχεδίου για το 2008-2010, το ΙΚΑ προχωρά (ECONOMIST, 2008):

1. στη διαχείριση των δαπανών υγείας από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα,
2. την πλήρη μηχανογράφηση των φαρμακευτικών δαπανών,
3. στην ηλεκτρονική επεξεργασία των λογαριασμών των συμβεβλημένων νοσοκομείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων,
4. στη μηχανογραφημένη εκκαθάριση των χρεώσεων από τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία, για ιατρικές και νοσοκομειακές πράξεις,
5. και στον καθορισμό - από τις Υγειονομικές Υπηρεσίες - ανώτατων τιμών σε σειρά υγειονομικών υλικών. ενώ έχει προβεί ήδη σε

διαγωνισμούς που αφορούν:

- στη δημιουργία L.I.S. και M.I.S. για τα 24 μεγάλα εργαστήρια, καθώς και στην αυτοματοποιημένη διαχείριση συνταγών φαρμάκων. Η μηχανογράφηση των δαπανών και η ολοκλήρωση του ΟΠΣ αντιμετωπίζει μεν το μείζον ζήτημα της παρακολούθησης και του ελέγχου των δαπανών υγείας, δεν επιλύει όμως τα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα του κλάδου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχει το ΙΚΑ.

## ΜΕΡΟΣ 2

### 2.1 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ, ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ. Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Η κοινωνική ασφάλιση δεν είναι μία σύγχρονη έννοια, αλλά έχει τις ρίζες της από το παρελθόν. Ήδη από τον 6<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. απαντάται η κοινωνική ασφάλιση αναφορικά με την ασθένεια. Οι δημοσιεύοντες ιατροί καλούνταν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους επί μισθώσει που προέκυπταν από τις υποχρεωτικές εισφορές των πολιτών, ενώ οι συντάξεις αναπηρίας ομοιάζουν με τα βοηθήματα που δίδονταν από την εκκλησία του δήμου, ενώ οι λαμβάνοντες τα εν λόγω βοηθήματα καλούνταν να εξετασθούν ετησίως από την βουλή των πεντακοσίων αν συνέχιζαν να πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις παροχής τους.

Στη βυζαντινή περίοδο η κοινωνική πρόνοια υφίσταντο σε μεγάλο βαθμό. Κατά την περίοδο αυτή ιδρύθηκαν και λειτουργούσαν τα πρώτα νοσοκομεία και άλλα κοινωνικά ιδρύματα τα οποία βασίζονταν στις αρχές τις φιλανθρωπίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Κατά τη διάρκεια της τουρκοκρατίας συγκεντρώνονταν κεφάλαια από εισφορές προς αντιμετώπιση διάφορων κινδύνων που ενδεχομένως να απειλούσαν τα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινότητας. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι ναυτικοί συνεταιρισμοί της Ύδρας, η συντεχνία των υποδηματοποιών και βυρσοδεψών της Ζακύνθου, στους οποίους ίσχυε η κοινωνική ασφάλιση των μελών τους.

Η περίοδος 1860 μέχρι 1930 σημάδεψε τη δομή του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος για αυτό και χαρακτηρίζεται και ως κλασική περίοδος των κοινωνικών ασφαλίσεων. Η εκβιομηχάνιση της παραγωγής και η ελεύθερη λειτουργία της αγοράς ενέτειναν τις κοινωνικές αδικίες. Αποτέλεσμα αυτών των κοινωνικών αδικιών ήταν η δημιουργία αρκετών ασφαλιστικών φορέων για την προστασία των εργαζομένων σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.



Οι ασφαλιστικοί φορείς που δραστηριοποιούνταν εκείνη την περίοδο ομοιάζουν σε γενικές γραμμές με την σημερινή οργάνωση των κοινωνικών ασφαλίσεων καθ' ότι, από τότε υφίστατο αναδιανομή εισοδημάτων με βάση τις ασφαλιστικές εισφορές. Οργάνωση σε ανώνυμη αυτοδιοικούμενη κοινότητα ασφαλισμένων και την χορήγηση παροχών για προκαθορισμένους κινδύνους ανεξαρτήτως της οικονομικής καταστάσεως των ασφαλισμένων.

Στα νεότερα χρόνια προτάθηκε και η δημιουργία του εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας των πολιτών επί πρωθυπουργία του Ελευθέριου Βενιζέλου. Η ιδέα αυτή δεν έχει ακόμη πραγματοποιηθεί αλλά και δεν έχει εγκαταλειφθεί.

Τα νεότερα χρόνια διαφαίνονται οι εξής τάσεις:

1. η κατοχύρωση της ασφαλιστικής προστασίας σε ανεκτά επίπεδα
2. η προσωπική και εδαφική διεύρυνση της προστασίας
3. η συγκέντρωση των κοινωνικών ασφαλίσεων σε ένα φορέα

Στο διεθνή χώρο εμφανίστηκαν και οι κοινωνικές ασφαλίσεις εν έτη 1881 επί καγκελαρία του Bismark για τη διεύρυνση του χαρακτήρα του κράτους για τη διασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας των πολιτών.

Η Γερμανία είναι ο χώρος όπου διαπλάστηκε ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων και καθιερώθηκε ένα γενικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων, στον οποίο η χρηματοδότηση στηριζόταν σε εισφορές εργοδοτών και μισθωτών. Υπήρχε μάλιστα και ανεξάρτητη διοικητική συγκρότηση για τη λειτουργία των διαφόρων ασφαλιστικών κλάδων.

Στην Αγγλία αρχικά το σύστημα κάλυπτε τις μέχρι τότε παροχές κοινωνικής πρόνοιας και αλληλοβοηθείας από τους ιδιωτικούς φορείς. Αργότερα το 1942 αναμορφώθηκε το σύστημα βάση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλειας. Ενώ από το 1975 και έπειτα εκδηλώθηκαν και τάσεις για επιστροφή στο κλασικό ανταποδοτικό μοντέλο εισφορών – παροχών.

Η Γαλλία, εν αντιθέσει με τις άλλες χώρες, καθυστέρησε να εισαγάγει το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης και αυτό οφείλεται στις αντιδράσεις των θιγόμενων επαγγελματικών κύκλων και των ανεξάρτητων ταμείων

αλληλοβοήθειας. Σημειώνεται ότι το γαλλικό σύστημα παρουσιάζει μέχρι σήμερα αρκετά πολύπλοκη δομή, και αυτό οφείλεται στην παράλληλη λειτουργία και άλλων ταμείων αλληλοβοήθειας.

Στη Ρωσία, από τα 1922 υφίστατο το δικαίωμα για σύνταξη αναπηρίας, γηρατειών και θανάτου βάση του Εργατικού Κώδικα. Γενικά οι κοινωνικές παροχές εναπόκειτο στο κράτος και στις δημόσιες υπηρεσίες οι οποίες παρείχαν δωρεάν ιατρική περίθαλψη. Η κοινωνική ασφάλιση είχε απώτερο στόχο την εξασφάλιση της ευημερίας και της υγείας του εργαζόμενου πληθυσμού.

Σημειώνεται ότι οι κοινωνικές ασφαλίσεις εξελίχθηκαν στο διεθνή χώρο όχι μόνο με πρωτοποριακές ρυθμίσεις των εθνικών νομοθεσιών, αλλά και με διακηρύξεις και διεθνείς συμβάσεις, όπως η διακήρυξη της Φιλαδέλφειας περί των αρνητικών εξωτερικοτήτων στην κοινωνική ευημερία από τις εισοδηματικές ανισότητες (Κρεμάλη, 1985).

Στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας υφίσταται περίπου 70 χρόνια και επιχειρεί να δημιουργήσει-εξασφαλίσει ασφάλεια για το σύνολο του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των αρρώστων, των ανάπηρων και των ηλικιωμένων. Η ευθύνη διαχείρισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και των οικογενειακών επιδομάτων και των επιδομάτων ανεργίας ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης χρηματοδοτείται τόσο από τις συνεισφορές επί των κερδών των εργοδοτών και επί των εργαζομένων. Καταλυτικό ρόλο για το ελληνικό σύστημα πρόνοιας ήταν η δημιουργία, το 1934, του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης), το οποίο ήταν και εξακολουθεί να είναι, απαρτίζεται από 331 Διοικητικά Κέντρα και 364 Θεραπευτήρια. Όλοι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ (περισσότεροι από 5.550.000, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που δεν είναι άμεσα ασφαλισμένοι), έχουν πρόσβαση σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο ιατρικής φροντίδας καθώς και σε μια σύνταξη, με την αποχώρησή τους από την εργασία. Κατά δεύτερον το 1961 συστάθηκε, ο ΟΓΑ (Οργανισμός Αγροτικών Ασφαλίσεων), ο οποίος καλύπτει όλο τον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Σημειώνεται ότι από το 1975, το

κράτος πρόνοιας κατοχυρώνεται και συνταγματικά (βλέπε Άρθρο 24 του Συντάγματος 1975/1986/2001).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, παρά τα οικονομικά προβλήματα, το κράτος πρόνοιας επεκτάθηκε για να περιορισθεί ο εκφυλισμός του παλιού συστήματος υγείας αλλά και η επέκταση των ιδιωτικών ιατρείων, το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας). Το πρώτο άρθρο της σχετικής νομοθεσίας (νόμος 1397/83), δήλωνε ότι «το κράτος έχει την ευθύνη να παράσχει ιατρική φροντίδα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική τους κατάσταση». Οι κύριοι στόχοι του ΕΣΥ ήταν η ισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας, η επαρκής κάλυψη των αναγκών, η βελτίωση της ποιότητας και η έμφαση στην κάθε περιοχή ξεχωριστά.

Σήμερα ο αριθμός των κλινών αυξήθηκε από τις 32.000 το 1983 σε περισσότερες από 52.000, ενώ ο αριθμός των ιατρών — συμπεριλαμβανομένων και των οδοντιάτρων— πλέον υπερβαίνει τις 54.000.

Ως αποτέλεσμα μιας πρόσφατης μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται στην 14η θέση ανάμεσα σε 191 χώρες. Όσο ενθαρρυντική κι αν ήταν η θέση αυτή, η ελληνική κυβέρνηση προχωρά σε μεγάλες επενδύσεις στον χώρο της ιατρικής φροντίδας, όπως φαίνεται στον προϋπολογισμό του 2001, στον οποίο ο υγειονομικός τομέας δέχτηκε μια σημαντική τονωτική ένεση της τάξεως του 11,5% στα έξοδα για την υγεία.

Παράλληλα, αναδιαρθρώθηκε το ΕΣΥ και μοιράστηκε σε 17 αυτόνομα και ανεξάρτητα τοπικά παραρτήματα που ονομάζονται ΠΕΣΥ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας). Αν και το κόστος της δημιουργίας των ΠΕΣΥ κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας τους (αρχίζοντας από τον Ιούνιο του 2001) πλησιάζει τα 20.000,00 Ε, το 2006 εξοικονόμησε ένα μεγάλο ποσό, το οποίο πλησίασε τα 190.755,00 Ε.

Με αυτό τον τρόπο θα βελτιώθηκε σημαντικά η ποιότητα των υπηρεσιών, αποθαρρύνοντας έτσι πολλούς Έλληνες από το να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Επιπλέον το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για να βελτιώσει το συνολικό επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών, να προσφέρει μεγαλύτερη

πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και να διαχειριστεί τους πόρους του τομέα υγείας, εφαρμόζει προγράμματα με τη βοήθεια της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών.

Δοθέντος ότι έχει αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής και έχει μειωθεί ο δείκτης γονιμότητας έχουν αυξηθεί τα προβλήματα στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό έχει επηρεάσει σταδιακά όλους τους μεγάλους οργανισμούς ασφαλίσεων, μειώνοντας το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, διατηρώντας χαμηλό το επίπεδο των συντάξεων και, αναγκάζοντας τους Έλληνες που έχουν την οικονομική ευρωστία να αναζητήσουν συμπληρωματική (ιδιωτική) ασφάλιση.

## **2.2 Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΣΟΔΩΝ**

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού, που προκαλείται από την αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής με την παράλληλη μείωση της γεννητικότητας, είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αναμένεται να αντιμετωπίσουν οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες και η Ελλάδα στις επόμενες 10ετίες. Η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται: α) Χαμηλό (ή/και αρνητικό) ρυθμό αύξησης του εργατικού δυναμικού (δηλαδή των ατόμων ηλικίας από 15-64 ετών) και της απασχόλησης, με σχετικά υψηλό ρυθμό αύξησης των ατόμων ηλικίας άνω των 64 ετών και με παράλληλη μείωση του αριθμού των ατόμων που εισέρχονται στην αγορά εργασίας.

Αν δεν αλλάξουν τα δεδομένα ως προς την απασχόληση των ηλικιωμένων, αυτό συνεπάγεται μείωση του δυνητικού ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας, β) Σημαντική μεταβολή στην ηλικιακή διάρθρωση του εργατικού δυναμικού υπέρ των περισσότερο ηλικιωμένων εργαζομένων, γ) Πτώση σε πολύ χαμηλά επίπεδα του λόγου εργαζομένων/συνταξιούχων. Ως αποτέλεσμα, στα υπό κρατικό έλεγχο συνταξιοδοτικά συστήματα, όπου οι συντάξεις της κάθε περιόδου πληρώνονται από τους εργαζόμενους της ίδιας περιόδου (*pay as you go*), αν οι παράμετροι (όρια ηλικίας συνταξιοδότησης και ποσοστά αναπλήρωσης) των συνταξιοδοτικών συστημάτων δεν προσαρμοστούν ανάλογα, η γήρανση του πληθυσμού θα έχει επίσης ως αποτέλεσμα τη

ραγδαία επιδείνωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και τη δραματική αύξηση του χρέους της γενικής κυβέρνησης ως 125,3% του ΑΕΠ.

Σημειώνεται ότι η επιδείνωση της δημοσιονομικής κατάστασης των χωρών εντείνεται περισσότερο από τη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας η οποία προκύπτει λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, όπως προαναφέρθηκε. Στα αυτοχρηματοδοτούμενα συνταξιοδοτικά συστήματα (fully funded pension systems) η γήρανση σημαίνει σημαντική συγκέντρωση αποθεματικών στην περίοδο κατά την οποία οι ασφαλισμένοι υπερβαίνουν ακόμα κατά πολύ τους συνταξιούχους, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των αγορών χρηματοοικονομικών προϊόντων, και διευκολύνουν την αποδοτική διαχείριση αυτών των αποθεματικών (Βότσης, 1997).

Τα ανωτέρω έχουν γίνει ήδη αντικείμενο εκτεταμένων συζητήσεων σε όλες τις χώρες που υφίστανται τις συνέπειες της γήρανσης και πολλές μελέτες έχουν ήδη δημοσιευτεί από τους διεθνείς Οργανισμούς που σημειώνουν το μέγεθος του προβλήματος ανά χώρα και μέτρα μακροοικονομικής πολιτικής που μπορεί να απομακρύνουν τους κινδύνους επιβράδυνσης της ανάπτυξης και υπερχρέωσης. Σε πολλές χώρες έχουν ήδη γίνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση αποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν στα συστήματα συνταξιοδότησης όσον αφορά τη δημοσιονομική τους επίπτωση.

Επίσης, μέχρι σήμερα οι επιπτώσεις της γήρανσης στην ανάπτυξη επιδιώκεται να αντισταθμιστούν με την τεράστια πρόοδο στην τεχνολογία και τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις για αύξηση της παραγωγικότητας, όπως και με την αύξηση του αριθμού των μεταναστών που εισέρχονται στις αναπτυσσόμενες χώρες και καλύπτουν τα κενά που δημιουργούνται από τη γήρανση του εγχώριου πληθυσμού στην προσφορά εξειδικευμένης και ανειδίκευτης εργασίας. Έτσι η ανάπτυξη δεν έχει επηρεαστεί στις χώρες ελεύθερας εισόδου μεταναστών ή στις χώρες που ανθεί η εξαγωγή ολόκληρων παραγωγικών δραστηριοτήτων των επιχειρήσεων σε χώρες χαμηλού κόστους (outsourcing). Άλλωστε, εκατομμύρια εργαζόμενοι εισήλθαν ουσιαστικά στην παγκόσμια προσφορά εργασίας με το άνοιγμα πολύ μεγάλων χωρών, όπως η Κίνα, η Ινδία και οι πρώην σοσιαλιστικές χώρες, στον παγκόσμιο ανταγωνισμό.

Όμως, το πρόβλημα της γήρανσης παραμένει στις αναπτυσσόμενες χώρες και στην Ελλάδα, στο βαθμό κατά τον οποίο τα ελλείμματα στην εγχώρια προσφορά εργασίας (ιδιαίτερα σε τομείς εξειδικευμένης εργασίας), δεν θα είναι δυνατό να καλύπτονται σε συνεχή βάση με αυξανόμενα ρεύματα μεταναστών. Η διαδικασία ένταξης των μεταναστών στις εγχώριες κοινωνίες των αναπτυσσόμενων χωρών γίνεται σταδιακά και με αρκετές δυσκολίες. Επιπλέον, οι κοινωνίες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της γήρανσης του εγχώριου πληθυσμού δεν είναι δυνατό να συνεχίζουν να λειτουργούν ικανοποιητικά με συνεχή μείωση του ποσοστού απασχόλησης του εγχώριου πληθυσμού, παρά τη σημαντική επέκταση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής, χωρίς να επηρεαστεί αρνητικά το επίπεδο ευημερίας αυτού του πληθυσμού. Αυτός είναι ο λόγος που σε όλες τις χώρες αναλαμβάνονται ήδη συγκεκριμένες πρωτοβουλίες για να διατηρηθεί ενεργό το κύριο μέρος του πληθυσμού και για να αυξηθούν σημαντικά τα ποσοστά απασχόλησης των ηλικιωμένων 55-65 ετών.

Πολλές χώρες θεωρούν ότι θα πρέπει να στηρίζονται όσο γίνεται στη χρησιμοποίηση με τον καλύτερο δυνατό τρόπο του εγχώριου εργατικού δυναμικού, τόσο των νέων όσο και των ηλικιωμένων, για να γίνει δυνατή η συνέχιση της αυξητικής πορείας της παραγωγικής απασχόλησης και να διατηρηθούν οι δυνητικοί ρυθμοί ανάπτυξης των οικονομιών σε ικανοποιητικά επίπεδα χωρίς υπερβολική εξάρτηση από αυξανόμενες ροές μεταναστών. Οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι θα καταστούν σε πολλές χώρες και στην Ελλάδα μια από τις σημαντικότερες πηγές εργατικού δυναμικού και αυτό θα πρέπει να γίνει κατανοητό τόσο από τους σχεδιαστές της πολιτικής και τις Κυβερνήσεις των χωρών όσο και από τις επιχειρήσεις.

Όπως έχει ήδη προβλέψει ο Peter F. Drucker από το 2001, οι πολιτικοί σε όλες τις χώρες θα συνεχίσουν για κάποιο διάστημα να υπόσχονται ότι θα περισώσουν τα υπάρχοντα συνταξιοδοτικά συστήματα με τα σημερινά τους χαρακτηριστικά, αλλά τόσο οι ίδιοι όσο και οι ψηφοφόροι τους (ιδιαίτερα δε οι εργαζόμενοι που εισέρχονται στην αγορά εργασίας μετά το 1995) ξέρουν ήδη πολύ καλά ότι σε 20 χρόνια από σήμερα θα είναι υποχρεωμένοι (και θα επιδιώκουν προσθέτουμε εμείς) να συνεχίσουν να εργάζονται μέχρι τα 75 τους χρόνια αν η υγεία τους το επιτρέπει.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο δείκτης γονιμότητας μειώνεται από 2,57 παιδιά ανά γυναίκα στις αρχές της δεκαετίας του 1970 σε 1,6 παιδιά ανά γυναίκα στις αρχές της δεκαετίας που διανύουμε. Όσον αφορά στην Ελλάδα, ο δείκτης γονιμότητας ακολουθεί παρόμοια πτωτική πορεία με καθυστέρηση μιας δεκαετίας περίπου, δηλαδή από 2,38 παιδιά ανά γυναίκα το 1970 στα 1,25 παιδιά ανά γυναίκα στις μέρες μας. Ο δείκτης γονιμότητας μετά το 2010 στην ΕΕ, αλλά και στην Ελλάδα λίγα χρόνια αργότερα, υπολογίζεται ότι θα έχει αυξητική πορεία λόγω των μεταναστών. Επιπλέον σε αρκετές χώρες της ΕΕ δίδονται συγκεκριμένα κίνητρα για την αύξηση της γεννητικότητας τα οποία και αυτά αναμένεται να επηρεάσουν, ως ένα βαθμό, τον αριθμό των γεννήσεων.

Ταυτόχρονα, οι τεχνολογικές εξελίξεις και η πρόοδος στους τομείς της υγείας και της ποιότητας ζωής οδηγούν στην αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής στη γέννηση. Στην ΕΕ η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής υπολογίζεται πως θα φθάσει τα 83,8 έτη το 2050 από 71 έτη το 1970 και 78,6 έτη το 2005. Στην Ελλάδα η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής θα αυξηθεί από 71 έτη το 1970 και 78,2 έτη το 2005 σε 82 έτη το 2050 (Βότσης, 1997).

Αυτοί οι δύο παράγοντες θα οδηγήσουν αναπόφευκτα στη γήρανση του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι λοιπόν, η ηλικιακή ομάδα 16-29 ετών αναμένεται να μειωθεί κατά 13 εκατ. στην εικοσαετία 1995-2015 ενώ την ίδια χρονική περίοδο, η ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών θα αυξηθεί κατά 16 εκατ. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, έως το 2050 υπολογίζεται πως περισσότερο από το 1/3 του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών από 10,9% το 1970 και 20% το 2005. Στην Ελλάδα έως το 2050 οι κάτοικοι άνω των 65 υπολογίζεται ότι θα φθάσουν στο 30,2% του συνολικού πληθυσμού από 11,1% το 1970 και 18,2% το 2005.

Για ορισμένες χώρες, η αύξηση στον αριθμό των ηλικιωμένων θα είναι μεγαλύτερη τα επόμενα τριάντα χρόνια καθώς όσοι έχουν γεννηθεί μεταξύ του 1946 και του 1964, περίοδο κατά την οποία επιταχύνθηκαν οι γεννήσεις λόγω της λήξης του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου και της επακόλουθης ανόρθωσης των οικονομιών στην Ευρώπη, θα αρχίσουν να συμπληρώνουν το 65 έτος. Χώρες οι οποίες θα έχουν την σημαντικότερη επίδραση από την συνταξιοδότηση της

γενιάς αυτής (baby boomers) είναι κυρίως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Ολλανδία, η Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Δανία.

Για να γίνουν κατανοητές οι σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις από την γήρανση του πληθυσμού αρκεί να δει κανείς τη μεταβολή του λόγου ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) σε σχέση με το εργατικό δυναμικό των χωρών (ηλικίες 15 έως 64 παρότι αυτή η ηλικιακή ομάδα πρέπει να διευρυνθεί τα επόμενα χρόνια ώστε να περιλαμβάνει και εργαζόμενους άνω των 65 ετών). Έτσι λοιπόν, στις χώρες της ΕΕ-15 από 18,7 ηλικιωμένους ανά 100 εργαζόμενους το 1970 και 24,4 ηλικιωμένους ανά 100 εργαζόμενους το 2005, ο λόγος αυτός υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί σε 48,6 ηλικιωμένους ανά 100 εργαζόμενους το 2050.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των ηλικιωμένων ανά 100 εργαζόμενους αυξάνεται από 17 το 1970 σε 27 το 2005 ενώ υπολογίζεται να φθάσει σε 54 το 2050. Ειδικότερα για την χώρα μας η κατάσταση είναι ακόμα πιο σοβαρή αν λάβουμε υπόψη τη μεταβολή του λόγου εργαζομένων προς συνταξιούχους. Έτσι από 2,1 εργαζόμενους για κάθε συνταξιούχο το 2005, το 2050 αναμένεται ο λόγος αυτός να ανέλθει στο 1 προς 1,1 περίπου. Με βάση τα στοιχεία του 2001 ο αριθμός συνταξιούχων αναμένεται να αυξηθεί κατά 46,2% περίπου έως το 2050 (από 2,6 εκατ. το 2005 σε 3,8 εκατ. το 2050), ενώ ο αριθμός των εργαζομένων αναμένεται να μειωθεί κατά 21,8% την ίδια περίοδο (από 5,5 εκατ. το 2005 σε 4,3 εκατ. το 2050).

Η νομιμοποίηση ενός μεγάλου αριθμού μεταναστών στην περίοδο 2001-2006 μπορεί να έχει αλλάξει σε κάποιο βαθμό αυτά τα στοιχεία. Άμεση συνέπεια αυτής της σημαντικής αύξησης στον αριθμό των συνταξιούχων σε σχέση με τον αριθμό εργαζομένων είναι η δημιουργία μεγάλων πιέσεων στα δημοσιονομικά μεγέθη της κάθε χώρας, λόγω αύξησης των συντάξεων ως ποσοστό του ΑΕΠ, με σημαντικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη. Υπολογίζεται πως, με σταθερή παραγωγικότητα και αμετάβλητα ποσοστά απασχόλησης, ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ κατά κεφαλήν στις χώρες του ΟΟΣΑ θα μειωθεί στο 1,7% τις επόμενες τρεις δεκαετίες, θα είναι δηλαδή κατά 30% χαμηλότερος από τον αντίστοιχο ρυθμό μεταξύ των ετών 1970 και 2000. Επιπλέον αναμένεται η ύπαρξη προβλημάτων και στην αγορά εργασίας. Αν υποθέσουμε πως η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό θα παραμείνει



σταθερή όσον αφορά στην ηλικία και στο φύλλο, ο αριθμός των αποχωρούντων από την αγορά εργασίας στην ΕΕ-15 θα υπερβαίνει σταθερά τον αριθμό των εισερχομένων και ως το 2030 η διαφορά θα φθάσει να είναι μεγαλύτερη του ενός εκατομμυρίου ετησίως.

Οι εξελίξεις αυτές αναμένεται να οδηγήσουν σε καταστάσεις όπου οι εργοδότες θα αντιμετωπίσουν σημαντικές ελλείψεις στην προσφορά εργασίας (ιδιαίτερα σε προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία) στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, με το πρόβλημα να είναι σημαντικότερο σε χώρες όπως η Γαλλία και η Σουηδία στις οποίες υπήρξαν στο παρελθόν περίοδοι αυξημένων γεννήσεων (baby boomers) που φτάνουν σε ηλικία άνω των 55 ετών στις επόμενες δεκαετίες. Το πρόβλημα αυτό έχει ήδη αρχίσει να γίνεται υπαρκτό σε ορισμένες χώρες όπως για παράδειγμα στη Γερμανία όπου υπάρχει έλλειψη μηχανικών και στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου εκτός από την έλλειψη μηχανικών υπάρχουν ελλείψεις και στους κλάδους του νοσηλευτικού προσωπικού και της παιδείας.

Για να διατηρηθούν λοιπόν οι ρυθμοί ανάπτυξης και τα επίπεδα ευημερίας των πολιτών σε ικανοποιητικά επίπεδα πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένες πρωτοβουλίες για να διατηρηθεί στην αγορά εργασίας το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό που έχει ακόμα δυνατότητα προσφοράς παραγωγικής εργασίας. Όπως τονίστηκε, μια από τις σημαντικότερες πηγές εργατικού δυναμικού στο μέλλον καθίστανται οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι για τους οποίους θα πρέπει να αρθούν τα υπάρχοντα αντικίνητρα και να ενισχυθούν τα κίνητρα για μακροχρονιότερη παραμονή τους στην αγορά εργασίας.

Τα περιθώρια για αύξηση του ποσοστού απασχόλησης των ηλικιωμένων (55-64 ετών) είναι σημαντικά, παρότι η κατάσταση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Το 2004 κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, λιγότερο από το 60% του πληθυσμού μεταξύ 50 και 64 ετών είχαν εργασία σε σχέση με το 76% του πληθυσμού μεταξύ 24 και 49 ετών.

Στην κατεύθυνση αυτή η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει, στις συνόδους κορυφής του 2001 και του 2002, συγκεκριμένους στόχους για να αυξηθεί το ποσοστό απασχόλησης των ηλικιωμένων. Ειδικότερα, στην Στοκχόλμη το

2001, τέθηκε ο στόχος να αυξηθεί στο 50% η απασχόληση στους εργαζόμενους μεταξύ 55 και 64 ετών έως το 2010. Στην σύνοδο κορυφής της Βαρκελώνης ένα χρόνο αργότερα, υιοθετήθηκε ο στόχος της σταδιακής αύξησης της μέσης ηλικίας συνταξιοδότησης κατά πέντε χρόνια στην ίδια χρονική περίοδο. Παρότι είναι οικονομικά αναγκαίο να παραταθεί η διάρκεια εργασίας των ηλικιωμένων αλλά και οι ίδιοι βλέπουν αρκετά θετικά σημεία σε μια τέτοια πρόταση, υπάρχουν διάφοροι λόγοι που αποτρέπουν όσους από αυτούς επιζητούν μια τέτοια εξέλιξη. Έτσι λοιπόν οι κυριότεροι λόγοι που αποτρέπουν τους ηλικιωμένους από το να παρατείνουν την διάρκεια εργασίας χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) τα αντικίνητρα των ίδιων των συνταξιοδοτικών συστημάτων, β) οι ανάγκες των ηλικιωμένων εργαζομένων και η έλλειψη ευελιξίας των επιχειρήσεων να τις αντιληφθούν και γ) η έλλειψη υποστήριξης των ηλικιωμένων από την αγορά εργασίας.

Όλα σχεδόν τα συνταξιοδοτικά συστήματα των Ευρωπαϊκών χωρών αντιμετωπίζουν ως ένα βαθμό τα ίδια αντικίνητρα δηλαδή υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης των συντάξεων, ανεπαρκείς παροχές που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν κίνητρα στους ηλικιωμένους ώστε να παρατείνουν την εργασία τους, ανελαστικά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης και ευκολία πρόωρων συνταξιοδοτήσεων (Βότσης, 1997).

Για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα αυτά τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη υιοθετούν τρεις άξονες στρατηγικής: 1) Μείωση των συνταξιοδοτικών παροχών και των ποσοστών αναπλήρωσης με την σταδιακή συσχέτιση των συνταξιοδοτικών αποδοχών με τα εισοδήματα σε όλα τα χρόνια εργασίας και όχι στα πιο αποδοτικά από αυτά, 2) Αύξηση συντάξεων μετά από κάποια ηλικία και αντίστοιχα δραστική μείωση των αποδοχών στις περιπτώσεις πρόωρων συνταξιοδοτήσεων, 3) Κατάργηση, σε ένα μεγάλο βαθμό, των ευκαιριών για πρόωρη συνταξιοδότηση και αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης.

Στην πράξη χρησιμοποιούνται συνδυασμοί των τριών αυτών στρατηγικών. Έτσι στην Σουηδία και την Ιταλία μειώθηκαν οι γενναιόδωρες συνταξιοδοτικές παροχές για να υποστηριχτεί η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Παράλληλα δόθηκαν κίνητρα για την παραμονή στην εργασία με

τη συσχέτιση των παροχών με τις εισφορές στην διάρκεια όλων των ετών εργασίας.

Στην Ιταλία παράλληλα, καταργήθηκαν σχεδόν όλες οι περιπτώσεις πρόωρης συνταξιοδότησης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυξήθηκαν τα κίνητρα για όσους επιλέγουν να παραμείνουν στην εργασία τους και μετά την ηλικία συνταξιοδότησης, η οποία αυξήθηκε πρόσφατα στα 66 από το 2024, στα 67 από 2034 και στα 68 από το 2044. Στη Γερμανία και στην Ισπανία μειώθηκαν οι παροχές για πρόωρες συνταξιοδοτήσεις και αυξήθηκαν οι παροχές για παράταση της εργασίας. Στην Γαλλία αυξήθηκε η χρονική περίοδος εισφορών για να δικαιούται ο εργαζόμενος ολόκληρη τη σύνταξη του. Σε χώρες που είχαν συστήματα πρόωρων συνταξιοδοτήσεων με σημαντικές κρατικές ενισχύσεις, όπως η Γαλλία, το Βέλγιο και η Φινλανδία, αυτά τα προγράμματα καταργήθηκαν στην πλειοψηφία τους (Τσιάκαλος, 1998).

Ο κοινός στόχος όλων αυτών των στρατηγικών είναι η επιτακτική ανάγκη να αυξηθεί το οικονομικό κόστος που επιβαρύνει τον κάθε εργαζόμενο σε περίπτωση οικιοθελούς πρόωρης συνταξιοδότησης. Η άλλη όψη του νομίσματος είναι ότι με τις στρατηγικές αυτές μειώνεται δραστικά το οικονομικό κόστος για τον εργαζόμενο που αποφασίζει να αυξήσει τις συνταξιοδοτικές του αποδοχές με το να παραμείνει στην αγορά εργασίας περισσότερα χρόνια.

Στην Ελλάδα ακόμα και σήμερα το ισχύον θεσμικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη: α) ισχυρών κινήτρων για πρόωρη συνταξιοδότηση (σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αναπλήρωσης από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, ιδιαίτερα για τα εισοδήματα που υπερβαίνουν το μέσο εισόδημα), και β) ισχυρών αντικινήτρων για εργασία (υψηλή φορολογική επιβάρυνση του εισοδήματος από εργασία, μεγάλη ανελαστικότητα της αγοράς εργασίας). Σημαντική πρόοδος έχει συντελεστεί στη διαδικασία αποκατάστασης της βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων στην Ευρώπη και σε άλλες χώρες ενώ στην Ελλάδα αντίστοιχη πρόοδος είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη, β) Οι ανάγκες των ηλικιωμένων εργαζομένων και η έλλειψη ευελιξίας των επιχειρήσεων να τις αντιληφθούν. Συνήθως απεικονίζουμε την σταδιοδρομία ενός εργαζόμενου (με βάση τις ευθύνες και τον βαθμό της θέσης) ως μία ευθεία ανοδική γραμμή η οποία πέφτει κάθετα με την συνταξιοδότηση.

Μελέτες όμως δείχνουν πως αυτός είναι ο λανθασμένος τρόπος να αντιλαμβάνεται κανείς την έννοια της συνταξιοδότησης. Όπως έχει προαναφερθεί πολλοί ηλικιωμένοι εργαζόμενοι επιθυμούν να προσαρμόσουν τον ρόλο τους, το ωράριό τους και τα καθήκοντά τους καθώς πλησιάζουν στην συνταξιοδότησή τους. Επιζητούν ευελιξία στην εργασιακή τους ζωή ώστε να έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν σταδιακά το φόρτο εργασίας και το βαθμό ευθυνών τους αλλά παράλληλα να συνεχίσουν να απασχολούνται και μετά την ηλικία συνταξιοδότησης.

Σίγουρα, στις περισσότερες χώρες αυτό συμβαίνει ως ένα βαθμό αλλά κυρίως άτυπα. Έτσι, καθώς οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι πλησιάζουν την ηλικία συνταξιοδότησης, με την συγκατάθεση των εργοδοτών, οι ευθύνες τους σταδιακά μειώνονται και ο φόρτος εργασίας ελαττώνεται. Όμως πια αυτό δεν είναι αρκετό. Οι ευέλικτες συνθήκες εργασίας για τους ηλικιωμένους εργαζόμενους πρέπει να γίνουν μέρος των συλλογικών συμβάσεων ώστε εργοδότες και εργαζόμενοι να τις συμπεριλαμβάνουν στον προγραμματισμό τους.

Οι εργοδότες έχουν πολλά να κερδίσουν με το να ανταποκριθούν σε αυτές τις ανάγκες των ηλικιωμένων εργαζόμενων. Βέβαια δεν μπορούν να ικανοποιηθούν όλοι οι εργαζόμενοι αφού ο καθένας βλέπει ξεχωριστά την έννοια της συνταξιοδότησης. Υπάρχουν αυτοί που θέλουν να αποσυρθούν εντελώς και δεν προτίθενται να επιστρέψουν στον χώρο εργασίας. Υπάρχουν άλλοι που θέλουν να κάνουν την ίδια δουλειά αλλά με λιγότερο φόρτο εργασίας, άλλοι που θέλουν να συνεχίσουν να δουλεύουν αλλά από διαφορετική θέση στον ίδιο εργοδότη και τέλος άλλοι που θέλουν να απασχοληθούν από διαφορετικό εργοδότη.

Ένας τρόπος που αρκετοί εργοδότες προσπαθούν να κρατήσουν τους ηλικιωμένους εργαζόμενους στην εργασία είναι μέσω προγραμμάτων «Ευέλικτης Συνταξιοδότησης» που προσφέρουν σταδιακή μείωση των ωρών εργασίας και των καθηκόντων πριν την συνταξιοδότηση αλλά και την ευκαιρία να συνεχίσουν στην εργασία τους και μετά την συνταξιοδότησή τους.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της αυτοκινητοβιομηχανίας Volvo στην Σουηδία. Λόγω της οικονομικής ύφεσης της Σουηδικής οικονομίας στις

αρχές της δεκαετίας του 1990, μειώθηκαν οι πωλήσεις αυτοκινήτων και έτσι η Volvo αναγκάστηκε να μειώσει δραστικά το προσωπικό της για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Περί τα μέσα της δεκαετίας η οικονομία της χώρας άρχισε ξανά την ανοδική της πορεία, οι πωλήσεις αυτοκινήτων αυξήθηκαν και η Volvo έπρεπε να διαχειριστεί το πρόβλημα των αυξανόμενων πωλήσεων με το μειωμένο προσωπικό που διέθετε. Έτσι δημιουργήθηκε ένα τμήμα για εργαζόμενους ηλικίας άνω των 50 ετών. Τα καθήκοντά τους περιλάμβαναν ελαφριάς μορφής εργασίες όπως την προετοιμασία της γραμμής παραγωγής. Στην γραμμή παραγωγής δούλευαν οι νεότεροι εργάτες που διέθεταν μεγαλύτερη σωματική δύναμη και αντοχή.

Με τον χρόνο οι δύο ηλικιακές ομάδες έμαθαν να δουλεύουν μαζί χωρίς προβλήματα. Κυρίως για τους μεγαλύτερους εργαζόμενους, η συνεργασία με την ομάδα των νεότερων εργατών αλλά και με τα μέλη της δικής τους ομάδας δημιούργησε ένα αίσθημα ένταξης, ασφάλειας και ευημερίας. Επιπλέον βελτιώθηκε σημαντικά το ηθικό των εργαζομένων και μειώθηκαν δραστικά οι αναρρωτικές άδειες. Η διοίκηση ακόμα αποφάσισε να δώσει στην ομάδα των ηλικιωμένων εργατών την ευκαιρία να έχουν ευέλικτο ωράριο, περισσότερα διαλείμματα και ποικιλία στην εργασία τους. Ο συνδυασμός όλων αυτών είχε ως αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός από τους ηλικιωμένους εργαζόμενους να αποφασίσει να συνεχίσει να δουλεύει στην Volvo και μετά την συνταξιοδότησή του.

Η «Ευέλικτη Συνταξιοδότηση» πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει ευέλικτους ρόλους και συνθήκες εργασίας, ευέλικτα ωράρια, και περισσότερο έλεγχο από τον εργαζόμενο στην διαχείριση του χρόνου του. Η «Ευέλικτη Συνταξιοδότηση» δεν σημαίνει μόνο μερική συνταξιοδότηση αλλά και ενεργή συνταξιοδότηση όπου οι εργαζόμενοι παραμένουν παραγωγικοί και κοινωνικά δικτυωμένοι με τον χώρο εργασίας τους. Σημαίνει ακόμα συνεχιζόμενη εργασία η οποία αρχίζει πριν την ηλικία συνταξιοδότησης και μπορεί να συνεχίζει και για πολλά χρόνια αργότερα. Εκτός όμως από τις θετικές επιπτώσεις για τους εργαζόμενους, προγράμματα «Ευέλικτης Συνταξιοδότησης» έχουν παρομοίως θετικά αποτελέσματα και για τους εργοδότες αφού τους δίνουν την ευκαιρία (Τσιάκαλος, 1998).

1. να διατηρήσουν τις υπηρεσίες των εργαζομένων σε καίριες θέσεις καθώς και αυτών με την καλύτερη απόδοση οι οποίοι θα μπορούσαν να μεταπηδήσουν στους ανταγωνιστές,
2. να διατηρήσουν και να μεταφέρουν την τεχνογνωσία των ηλικιωμένων εργαζομένων τους στους νεότερους εργαζόμενους,
3. να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα πιθανές διακυμάνσεις στο προσωπικό,
4. να δημιουργήσουν νέα ηγετικά στελέχη των οργανισμών με την μετάδοση των γνώσεων και των εμπειριών των ηλικιωμένων εργαζομένων.

Σε μελέτη που έγινε από τον Anderson J το 2008 για το Business For Social Responsibility στις Η.Π.Α. υπολογίστηκε πως 23% των οργανισμών έχουν προγράμματα «Ευέλικτης Συνταξιοδότησης» για τους ηλικιωμένους εργαζομένους τους. Από αυτές τις εταιρίες το 47% προσφέρει μειωμένο ωράριο, το 42% προσωρινή εργασία, το 42% την ευκαιρία για συμβουλευτικές υπηρεσίες και το 45% δημιουργεί ειδικές θέσεις εκ των οποίων οι περισσότερες αφορούν στην εκπαίδευση, τις συμβουλευτικές υπηρεσίες και την έρευνα (Anderson J, 2007, pp. 20-25).

Αν οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τα προσόντα που ζητούν οι εργοδότες, αν δεν έχουν καλή υγεία ή εργάζονται κάτω από αντίξοες συνθήκες, είναι πιθανό πως θα υποχρεωθούν σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Η έλλειψη υποστήριξης των ηλικιωμένων από έμπειρους συμβούλους στην αγορά εργασίας μειώνει περαιτέρω τις πιθανότητες τους να παραμείνουν εργασιακά ενεργοί. Στις περισσότερες χώρες έχουν δημιουργηθεί συγκεκριμένες πολιτικές που ασχολούνται με την βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής με σκοπό να κάνουν την παράτασή της ελκυστική για τον κάθε εργαζόμενο. Αυτές οι πολιτικές εστιάζονται κυρίως στους τομείς της υγείας, της συνεχούς επιμόρφωσης και της οργάνωσης του εργασιακού χώρου.

Όσον αφορά στην υγεία, η Φινλανδία έχει να επιδείξει τα καλύτερα αποτελέσματα όπου μέσω του προγράμματος ΤΥΚΥ, το οποίο έχει ως στόχο να προστατεύσει τις σωματικές και ψυχικές ικανότητες των εργαζομένων στον χώρο εργασίας, οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι έχουν συνεχή παρακολούθηση

από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Στην Ολλανδία αρκετές συλλογικές συμβάσεις εργασίας θεσπίζουν το δικαίωμα της μείωσης του φόρτου εργασίας καθώς και του ευέλικτου ωραρίου για τους πιο ηλικιωμένους εργαζόμενους.

Στη Γερμανία, ο ομοσπονδιακός οργανισμός εργοδοτών BDA μαζί με τους αντίστοιχους οργανισμούς στην Ιρλανδία, στην Αυστρία και στην Δανία έχει ξεκινήσει ένα πανευρωπαϊκό πρόγραμμα για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας των ηλικιωμένων εργαζομένων.

Στον τομέα της επιμόρφωσης, στόχος είναι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι να συνεχίσουν να επιμορφώνονται και να αποκτούν καινούργια προσόντα έως το τέλος της σταδιοδρομίας τους. Στην Σουηδία υπάρχουν προγράμματα που χρηματοδοτούνται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς τα οποία προσφέρουν οικονομική ενίσχυση στους ηλικιωμένους που θέλουν να παρακολουθήσουν συγκεκριμένα προγράμματα επιμόρφωσης για να βελτιώσουν τις επαγγελματικές τους γνώσεις. Στη Γερμανία, το πρόγραμμα AQTIV Act έχει ως στόχο να βελτιώσει τα προσόντα και τις γνώσεις των εργαζομένων άνω των 50 ετών σε μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις (με λιγότερους από 100 υπαλλήλους).

Στον τομέα της οργάνωσης του χώρου εργασίας, οι πρωτοβουλίες βασίζονται στην άποψη ότι όσο πιο ικανοποιημένοι είναι η εργαζόμενοι από το αντικείμενο και τον χώρο εργασίας τους, τόσο πιο πιθανό είναι να θέλουν να παρατείνουν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Μελέτες έχουν δείξει πως όσο μεγαλύτερη αυτονομία έχει ένας εργαζόμενος τόσο πιο πιθανό είναι να θέλει να συνεχίσει στην εργασία του. Για τον λόγο αυτό χώρες όπως η Δανία και η Σουηδία στις οποίες παραδοσιακά οι εργαζόμενοι είχαν μεγαλύτερη αυτονομία στον χώρο εργασίας σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν και τους μεγαλύτερους αριθμούς ηλικιωμένων εργαζομένων.

Η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται μια πρόκληση πρώτου μεγέθους για τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες όπως και για την Ελλάδα. Στις ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις συγκαταλέγονται οι πιέσεις που θα ασκηθούν στα δημοσιονομικά των χωρών (εάν τα συνταξιοδοτικά συστήματα δεν προσαρμοστούν ανάλογα), ενώ παράλληλα η γήρανση μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην οικονομική ανάπτυξη. Στις προκλήσεις συμπεριλαμβάνονται οι σημαντικές ευκαιρίες που παρουσιάζονται σήμερα

στον κάθε ηλικιωμένο εργαζόμενο να παρατείνει τη διάρκεια της παραγωγικής εργασίας του, λόγω της καλύτερης υγείας του από ότι στο παρελθόν, και να παραμείνει ενεργός, υπό τις δικές του προϋποθέσεις ακόμα και μετά τη συνταξιοδότησή του. Στις χώρες όπου οι αγορές εργασίας διαθέτουν την αναγκαία ευελιξία και προσφέρονται κατάλληλες θέσεις εργασίας, οι ηλικιωμένοι έχουν πια την δυνατότητα να παραμείνουν ενεργοί στον εργασιακό τους χώρο με τις ανάλογες απολαβές, να ρυθμίζουν τα ωράριά τους αλλά παράλληλα να έχουν και αρκετό χρόνο στην διάθεσή τους για τα ενδιαφέροντά τους.

Η παράταση της διάρκειας εργασίας των ηλικιωμένων θα έχει θετική επίδραση σε τρεις βασικούς τομείς: α) Θα διατηρηθεί σε ικανοποιητικά επίπεδα ο ρυθμός αύξησης του εργατικού δυναμικού, αφού η αύξηση του ποσοστού απασχόλησης των ηλικιωμένων θα αντισταθμίσει την αρνητική επίδραση που ασκεί η γήρανση του πληθυσμού στην οικονομική ανάπτυξη, β) θα ελαττώσει την αρνητική επίδραση στα δημοσιονομικά των χωρών αφού θα μειώσει τις δαπάνες για πρόωρες συντάξεις, γ) θα βοηθήσει τους εργοδότες να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα την ανάγκη αντικατάστασης των αποχωρούντων εργαζομένων με νέους. Όμως, για να αυξηθεί η απασχόληση των ηλικιωμένων εργαζομένων χρειάζονται πρωτοβουλίες σε πολλά μέτωπα καθώς και η συνεργασία των κυβερνήσεων, των εργοδοτών, των εργατικών ενώσεων και γενικότερα όλων των κοινωνικών ομάδων. Ειδικότερα, εξαιρετικά ευνοϊκές επιδράσεις μπορεί να έχουν οι θετικές μακρο-οικονομικές συνθήκες, η ενίσχυση της ευελιξίας της αγοράς εργασίας και οι πολιτικές για την διατήρηση των εργαζομένων στην αγορά εργασίας.

Οι εργοδότες από την πλευρά τους ήδη αναπροσαρμόζουν και αυτοί τις αντιλήψεις τους για τους ηλικιωμένους στις χώρες που το πρόβλημα της γήρανσης και των ελλείψεων εξειδικευμένης εργασίας έχει ήδη εμφανιστεί. Έχοντας να αντιμετωπίσουν το επερχόμενο κύμα συνταξιοδοτήσεων που θα έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική έλλειψη προσωπικού με εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία, αναζητούν τρόπους ώστε να διατηρήσουν στις τάξεις τους αποδοτικότερους ηλικιωμένους εργαζόμενους προσφέροντας προγράμματα «Ευέλικτης Συνταξιοδότησης» με αναπροσαρμοσμένα ωράρια και λιγότερο φόρτο εργασίας.



## **2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

### **Το Έλλειμμα Της Περιουσίας**

Ένα πρόβλημα του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης είναι η αφαίμαξη που έγινε στα αποθεματικά των Ταμείων τις προηγούμενες δεκαετίες. Η σημερινή περιουσία δημιουργήθηκε ουσιαστικά τα τελευταία 15-20 χρόνια, όταν τα επιτόκια καταθέσεων εξασφάλισαν αποδόσεις πάνω από τον πληθωρισμό. Ωστόσο η ευκαιρία για τη δημιουργία μιας περιουσίας σχετικά ανάλογης με τις υποχρεώσεις των Ταμείων, χάθηκε την περίοδο που τα Ταμεία είχαν πλεονάσματα τα οποία είχαν κατατεθεί στην τράπεζα της Ελλάδος άτοκα ή με πολύ χαμηλά επιτόκια. (Κουτρουμάνης, 2007)

Σήμερα η περιουσία των 30 περίπου δις ευρώ είναι μια υπολογίσιμη περιουσία η οποία θα μπορούσε να αξιοποιηθεί πιο αποτελεσματικά, όμως συμμετέχει στην χρηματοδότηση του συστήματος με ποσοστό 4,5% περίπου. (Κουτρουμάνης, 2007)

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης όπου δεν υπήρξε τόση αφαίμαξη των ταμείων, η περιουσία των Ταμείων που δεν είχε την ίδια μεταχείριση και εκμετάλλευση σε βάρος του συστήματος, συμμετέχει στη χρηματοδότηση των συστημάτων με ποσοστό 20%. Να λοιπόν μια ακόμη ιδιαιτερότητα και μια αιτία στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε στη χώρα μας. (Κουτρουμάνης, 2007)

### **Οι Αναπηρικές Συντάξεις**

Σήμερα στο σύνολο των Ταμείων οι συντάξεις λόγω αναπηρίας ανέρχονται στο 14,2 % του συνόλου και είναι σημαντικά μειωμένες ως ποσοστό σε σχέση με το παρελθόν. Εικοσιπέντε χρόνια πριν, το 1985, οι αναπηρικές συντάξεις ήταν σε ποσοστό στο 23% επί του συνόλου, το 2000 είχαν μειωθεί στο 16% και το 2005, όπως προαναφέρθηκε, αντιστοιχούσαν στο 14,2% του συνόλου. (Κουτρουμάνης, 2007)

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Ι.Κ.Α. σήμερα οι νέες συντάξεις αναπηρίας αποτελούν το 11% του συνόλου των συντάξεων, ποσοστό που βρίσκεται κοντά σε εκείνο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, στις οποίες οι αναπηρικές συντάξεις κυμαίνονται σε ποσοστό από το 7-11% του συνόλου. (Κουτρουμάνης, 2007)

Είναι βέβαιο ότι εάν ενοποιηθεί το σύστημα και αντικειμενικοποιηθεί ακόμη περισσότερο, θα μειωθεί και ο αριθμός των συνταξιούχων και άλλων Ταμείων, όπως του Ο.Γ.Α., που παραμένει σχετικά υψηλός. (Κουτρουμάνης, 2007)

### **Εισφοροδιαφυγή**

Ένα άλλο πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης είναι η ανασφάλιστη εργασία και η εισφοροδιαφυγή. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν πολλές επιχειρήσεις, η απουσία ελέγχων, η έλλειψη κινήτρου ασφάλισης σε πολλές περιπτώσεις, οι επαναλαμβανόμενες ρυθμίσεις οφειλών κ.λ.π. είναι από τις βασικές αιτίες για την αύξηση της εισφοροδιαφυγής. (Κουτρουμάνης, 2007)

Το 2001, η εισφοροδιαφυγή αποτελούσε το 15- 16% περίπου των εσόδων των Ταμείων. Ποσό που και τότε ήταν μεγάλο, στα 2,8 δις ευρώ περίπου. Σήμερα, με βάση την ίδια μεθοδολογία ως προς την εκτίμηση, η εισφοροδιαφυγή, στο σύνολο των Ταμείων, θα ανέλθει στο 20-21% των συνολικών εσόδων, που σημαίνει ότι ποσό περίπου 5,8 δις ευρώ θα είναι οι απώλειες από την εισφοροδιαφυγή το 2007 (από 4,5 δις ευρώ το 2006). (Κουτρουμάνης, 2007)

### **Ελλείμματα**

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζει προβλήματα ελλειμμάτων κάποιων Ταμείων και έχει προβλήματα πλεονασμάτων κάποιων άλλων.

Στο τέλος του 2007 τα ετήσια ελλείμματα στα μεγάλα Ταμεία Κύριας Ασφάλισης, που καλύπτουν το 95% περίπου των ασφαλισμένων, ήταν περίπου στα 3,3 δις ευρώ (από 1,8 το 2006). Στα Ταμεία αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α. (Κλάδος Υγείας), ο Ο.Α.Ε.Ε., το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε., ο Ο.Α.Π.- Δ.Ε.Η., άλλα Ταμεία του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα κ.λ.π. Από αυτά 0,9 δις ευρώ καλύφθηκαν από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τις πιστώσεις για το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε., Ο.Α.Π.- Δ.Ε.Η. και 200 εκ. ευρώ περίπου από την Ε.Δ.Ε.Κ.Τ.- Ο.Τ.Ε. για το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε. Ποσό, δηλαδή, 2,2 δις ευρώ ήταν το νέο έλλειμμα που προστέθηκε σε προηγούμενα ελλείμματα. (Κουτρουμάνης, 2007)

Από τις βασικές αιτίες για την αύξηση των ελλειμμάτων είναι η μη επίτευξη των στόχων σε ό,τι αφορά στα έσοδα, η δυσανάλογα μεγάλη αύξηση των δαπανών στους κλάδους υγείας και η ασυνέπεια του κράτους σε σχέση με τις υποχρεώσεις του. (Κουτρουμάνης, 2007)

Στον κύριο ασφαλιστικό φορέα (το ΙΚΑ) καθώς και στο NAT έχουν ενσωματωθεί κατά καιρούς χρεοκοπημένα ταμεία καθώς και άνθρωποι που δεν έχουν καταβάλει το παραμικρό για την ασφάλειά τους (αντιστασιακοί, Κων/πολίτες κλπ) ενώ πολλά άλλα ταμεία επιβαρύνουν το κοινωνικό σύνολο η τους καταναλωτές με ειδικούς πόρους η έμμεσες επιβαρύνσεις. (Ανδριανόπουλος, 2007)

### **Οφειλές Του Δημοσίου Προς Τα Ταμεία**

Στο τέλος του 2007 οι οφειλές του Δημοσίου προς τα Ταμεία με βάση τις θεσμοθετημένες υποχρεώσεις του (τριμερής χρηματοδότηση, διαφορές του 1% για το Ι.Κ.Α. κ.λ.π.) ήταν περίπου 7,8 περίπου δις ευρώ, ενώ με την αναπροσαρμογή της χρηματοδότησης του ΙΚΑ με βάση το νέο αναθεωρημένο Α.Ε.Π., ξεπέρασε τα 10 δις ευρώ. Πριν ένα χρόνο οι οφειλές ήταν στα 5,6 περίπου δις ευρώ. . (Κουτρουμάνης, 2007)

### **Οφειλές ταμείων προς άλλα ταμεία και άλλους φορείς**

Οι οφειλές του Ι.Κ.Α. προς Ε.Τ.Ε.Α.Μ. και προς τρίτους καθώς και Ταμείων όπως το Τ.Σ.Α.- Ο.Α.Ε.Ε. προς Ι.Κ.Α. θα ξεπεράσουν τα 9 δις ευρώ.

### **Οφειλές ιδιωτών προς ταμεία**

Οι επιχειρήσεις οφείλουν στα Ταμεία στα 7,5 δις ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην τελευταία ρύθμιση οφειλών, που ήταν ιδιαίτερα ευνοϊκή για τις επιχειρήσεις, ανταποκρίθηκαν μία στις τρεις επιχειρήσεις, οι οποίες και θα πληρώσουν, στην καλύτερη περίπτωση, αυτά που οφείλουν σε 8 χρόνια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συνολικές εκκρεμότητες με οφειλές προς και από τα Ταμεία στο τέλος του 2007 υπερέβησαν τα 24 δις ευρώ. (Κουτρομάνης, 2007)

### **Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης**

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η κοινωνική ασφάλιση είναι ότι τα ασφαλιστικά Ταμεία, έχουν υψηλές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Σε ποσοστό 65% αυξήθηκαν οι δαπάνες αυτές την τετραετία 2002- 2006. Μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στη φαρμακευτική δαπάνη, για την ίδια περίοδο (93%). Το πρόβλημα και εδώ είναι ότι η κατάσταση επιδεινώνεται μήνα με το μήνα, χρόνο με το χρόνο. Είναι σαφές ότι δεν μιλάμε για αυξήσεις δαπανών οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών, των εργαζομένων, των συνταξιούχων. Μιλάμε για αυξήσεις δαπανών ως αποτέλεσμα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών, αδυναμίας ελέγχου των Ταμείων κ.λ.π. που ουσιαστικά καλύπτουν τις ανάγκες των προμηθευτών. (Κουτρομάνης, 2007)

Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρώτο τετράμηνο του 2007, οι δαπάνες για φάρμακα ήταν αυξημένες στα Ταμεία από 19% μέχρι και 42% περίπου.

Η εκτίμηση είναι, με βάση και τους λίγους ελέγχους που γίνονται, ότι οι απώλειες των Ταμείων στον τομέα των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανέρχονται ετησίως στα 2,3 δις ευρώ.

Τα τελευταία χρόνια οι μεγάλες αυξήσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, οφείλονται στην ανυπαρξία ολοκληρωμένης μηχανοργάνωσης για τον έλεγχο

και παρακολούθηση των δαπανών, στην κατάργηση της λίστας φαρμάκων και στην κατάργηση του μέτρου θεώρησης των συνταγών.

**Πίνακας 3-1: Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης 2002-6**

<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>Φαρμακευτική Περίθαλψη</b>	<b>Νοσοκομειακή Περίθαλψη</b>	<b>Παροχές σε χρήμα</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>2002</b>	1.331	1.291	371	4.008
<b>2003</b>	1.562	1.406	395	4.461
<b>2004</b>	1.867	2.067	428	5.564
<b>2005</b>	2.195	1.765	466	5.732
<b>2006</b>	2.566	1.805	507	6.333
<b>Αύξηση 2002-2006</b>	93%	40%	37%	65%

**Σημ 1: Ποσά σε εκατομ. ευρώ**

**Σημ 2: Στα ετήσια σύνολα περιλαμβάνονται και άλλες δαπάνες όπως ιατρική περίθαλψη, πρόσθετη περίθαλψη κ.λ.π.**

Πηγή: (Κουτρουμάνης)

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αυξήσεις στις κατώτερες συντάξεις την ίδια περίοδο ήταν 17,7%.

## **Επικουρικά Ταμεία Και Ταμεία Πρόνοιας**

Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζει πρόβλημα και η επικουρική ασφάλιση. Μεγάλα όμως είναι και τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν σε 2, σε 3, σε 5 χρόνια πολλά από τα επικουρικά Ταμεία και τα Ταμεία Πρόνοιας. (Κουτρουμάνης, 2007)

Σε σύνολο 38 Ταμείων και Κλάδων Επικουρικής Ασφάλισης που λειτουργούν στη χώρα μας, με βάση τα στοιχεία του 2005, αναλογιστικές μελέτες είχαν πραγματοποιήσει 25 και από αυτά τα 22 παρουσιάζουν από μικρά μέχρι πολύ μεγάλα αναλογιστικά ελλείμματα. Μόνο 3 στα 25 παρουσιάζουν πλεονάσματα σε βάθος χρόνου.

Αντίστοιχα σε σύνολο 39 Ταμείων και Κλάδων Πρόνοιας που χορηγούν εφάπαξ βοήθημα, οι αναλογιστικές μελέτες που έγιναν σε 26 από αυτά δείχνουν ότι 20 έχουν από μικρά έως πολύ μεγάλα αναλογιστικά ελλείμματα και μόνο 6 παρουσιάζουν πλεονάσματα. Περιμένουμε να δούμε τις νέες μελέτες και για όλα τα Ταμεία, που βρίσκονται σε εξέλιξη, αλλά η κατάσταση δεν φαίνεται ότι θα διαφοροποιηθεί σε μεγάλο βαθμό. (Κουτρουμάνης, 2007)

## **Συντάξεις**

Οι συντάξεις στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα χαμηλές, κοντά στο 55% της μέσης ευρωπαϊκής σύνταξης. Σε σχέση με το επίπεδο των συντάξεων για το 2007:

Η μέση γενική κύρια σύνταξη θα είναι 617 ευρώ (περιλαμβάνονται οι συνταξιούχοι όλων των Ταμείων πλην Ο.Γ.Α.)

Η μέση κύρια σύνταξη γήρατος θα είναι 712 ευρώ

Η μέση κύρια σύνταξη λόγω αναπηρίας θα είναι 507 ευρώ

Η μέση κύρια σύνταξη λόγω θανάτου θα είναι 472 ευρώ

Στον Ο.Γ.Α. η μέση σύνταξη για το 2007 διαμορφώθηκε στα 360 ευρώ περίπου.

Οι παραπάνω συντάξεις είναι ασφαλώς χαμηλές για τους δικαιούχους. Την ίδια στιγμή, όμως, είναι μεγάλες για τα Ταμεία, αφού το 50% περίπου

συνταξιοδοτείται με τα κατώτερα όρια και λαμβάνει συντάξεις μεγαλύτερες από αυτές που αναλογούν και τις οποίες επιβαρύνονται τα Ταμεία.

Στο ανταποδοτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης οι συνταξιοδοτικές απολαβές των γυναικών είναι χαμηλότερες των ανδρών, εάν ο χρόνος ασφάλισής τους είναι μικρότερος και οι αποδοχές τους χαμηλότερες. Επειδή όμως οι γυναίκες συνταξιοδοτούνται για περισσότερο χρονικό διάστημα από τους άνδρες, τελικά επιβαρύνουν τα ταμεία το ίδιο όσο και οι άνδρες.  
(Κοινωνικό Κράτος- Ιστορία)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως είδαμε το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας βυθίζεται κάθε χρόνο στην οικονομική κρίση παρά τις όποιες νομοθετικές παρεμβάσεις που μέχρι στιγμής δεν φαίνεται να βελτιώνουν αισθητά την εικόνα του. Αυτό απεικονίζεται με δραματικό τρόπο στον κοινωνικό προϋπολογισμό του 2008. Η περαιτέρω επιδείνωση της σχέσης ασφαλισμένων συνταξιούχων τόσο στην κύρια όσο και στην επικουρική ασφάλιση, τα αυξημένα ελλείμματα, η διόγκωση των δαπανών δημιουργούν σοβαρά οικονομικά προβλήματα στα ασφαλιστικά ταμεία. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι τα 7 από τα 13 νέα Ταμεία κύριας ασφάλισης αντιμετωπίζουν μεγάλα ή μικρότερα προβλήματα. Η συντριπτική πλειονότητα των Ταμείων θα αδυνατούσε να στηρίξει το σύστημα υγείας αν δεν υπήρχε η κρατική χρηματοδότηση ή η είσπραξη κοινωνικών πόρων. Ωστόσο ακόμη και τώρα η κυβέρνηση δεν υλοποιεί τη θεσμική της υποχρέωση για τη χορήγηση των ποσών που προβλέπει η νομοθεσία ως κρατική συμμετοχή στο ασφαλιστικό σύστημα και υπεχρηματοδοτεί τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το ΙΚΑ συγκεκριμένα, απειλείται με κατάρρευση αν δεν λάβει επιπλέον επιχορήγηση για την ενσωμάτωση σε αυτό πολλών μικρότερων Ταμείων που έχουν υψηλά ελλείμματα. Γι' αυτό απαιτείται επιπλέον επιχορήγηση. Υψηλά ελλείμματα παρουσιάζουν τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, όπως το ΙΚΑ (κλάδος Ασθενείας), ο ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ- ΤΣΑ- Εμπόρων), το ΤΑΠΟΤΕ και ο ΟΓΑ, ενώ ραγδαία επιδείνωση εμφανίζουν τα οικονομικά στοιχεία των Ταμείων των τραπεζών. Ενδεικτικό της βαθιάς κρίσης είναι το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα Ταμεία παραμένουν ελλειμματικά ακόμη και μετά τη χορήγηση της κρατικής χρηματοδότησης, εμφανίζοντας περαιτέρω επιδείνωση σε σχέση με πέρυσι. Ο κλάδος Υγείας του ΙΚΑ εμφανίζει έλλειμμα 1.135,8 εκατ. ευρώ, ενώ ο ΟΑΕΕ 190 εκατ. ευρώ. Ιδιαίτερης αναφοράς χρήζει ο ΟΓΑ που εφέτος εμφανίζει έλλειμμα 450 εκατ. ευρώ. Το σύνολο των εσόδων σε όλα τα Ταμεία το 2008 είναι 55,4 δισ. ευρώ έναντι 49,3 δισ. το 2007 παρουσιάζοντας αύξηση 12,37% με αποτέλεσμα τη δημιουργία πλεονάσματος που ανέρχεται σε 3,6 δισ. ευρώ. Το σύνολο όλων των εξόδων ανέρχεται σε 51.843.732.000 ευρώ.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 1. Όρια Ηλικίας Συνταξιοδότησης

Με την αύξηση των ορίων ηλικίας μπορούν να δοθούν λύσεις στα οικονομικά προβλήματα των Ταμείων.

Για όσους δεν γνωρίζουν, θα πρέπει να πούμε, ότι σήμερα τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης στη χώρα μας είναι σε επίπεδο πάνω από το μέσο ευρωπαϊκό επίπεδο. Τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, δείχνουν ότι το μ.ο. το 2005 στις 25 χώρες της Ε.Ε. ήταν στα 60,9 έτη και στις 15 χώρες της Ε.Ε. (μέλη πριν την διεύρυνση) ήταν στα 61,1 έτη. Το ίδιο έτος στην Ελλάδα το μ.ο. ήταν στα 61,7 έτη. Είναι μύθος, λοιπόν, ότι στην Ελλάδα υπάρχουν χαμηλά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης.

Τα στοιχεία της Eurostat δείχνουν όμως και κάτι άλλο. Μεταξύ των ετών 2003- 2005 έχουμε πτώση του μ.ο. ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 1 έτος, δηλαδή από τα 62,7 στα 61,7 έτη. Το 2006 το μ.ο. μειώθηκε ακόμη περισσότερο κοντά στα 61 έτη. Αυτό οφείλεται στα προγράμματα εθελουσίας εξόδου, στο κλίμα ανησυχίας που επικρατεί στους εργαζομένους για το ποιες θα είναι οι κυβερνητικές επιλογές, καθώς και στην αυξημένη ανεργία που παρατηρείται για άτομα ηλικίας πάνω των 50 ετών. (Κουτρουμάνης, 2007)

### 2. Εισφοροδιαφυγή

Η εισφοροδιαφυγή, ροκανίζει τα θεμέλια της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης γιατί εξαιτίας της χάνονται κάθε χρόνο από τα ασφαλιστικά ταμεία νομοθετημένοι πόροι του ύψους περίπου 5 δις ευρώ. Εάν τα ποσά αυτά εισπράττονταν, θα μπορούσαν με αυτά να υπερκαλυφθούν όχι μόνο τα ελλείμματα της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και να χρηματοδοτηθεί η ουσιαστική βελτίωση των συντάξεων ιδιαίτερα των κατώτερων και των ασφαλιστικών παροχών υγείας και πρόνοιας, που σήμερα είναι σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις ασφαλιστικές εισφορές που δίνουν οι ασφαλισμένοι της χώρας μας, με τις σύγχρονες ανάγκες τους και με

τα αντίστοιχα επίπεδα που απολαμβάνουν οι ασφαλισμένοι στη ζώνη του ευρώ. (Στρατούλης, 2008)

Σύμφωνα με υπολογισμούς είναι ανασφάλιστο πάνω από 1 εκατομμύριο εργαζόμενοι και μία στις έξι επιχειρήσεις δεν είναι γνωστή στο ΙΚΑ. Γι'αυτό και προτείνεται η δημιουργία ενιαίου μηχανισμού βεβαίωσης-είσπραξης των εισφορών, με εφαρμογή πάγιου συστήματος ρύθμισης οφειλών και ενίσχυση της ανταποδοτικής σχέσης εισφορών-παροχών. Ενεργοποίηση του ειδικού Νόμου (2556/97) για τον έλεγχο εισφοροδιαφυγής, επανεργοποίηση Ειδικής Υπηρεσίας στο ΙΚΑ για τον έλεγχό της, τη καθιέρωση βιβλίου νεοπροσλαμβανόμενου, επιβολή προστίμων για την ανασφάλιστη εργασία με την καθιέρωση παγίου συστήματος ρύθμισης οφειλών(N2676/1999) χωρίς επιβάρυνση των ταμείων, καθιέρωση τηλεφωνικής γραμμής καταγγελιών για ανασφάλιστους εργαζόμενους. Ειδικά μέτρα ελέγχου για την εισφοροδιαφυγή που προέρχεται από μετανάστες (πρόστιμα στους εργοδότες). (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

Επομένως, με την μείωση της εισφοροδιαφυγής θα αυξηθούν και τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης αντισταθμίζοντας με αυτό τον τρόπο τις μεγάλες δαπάνες από την αύξηση των συνταξιούχων. Παράλληλα θα μπορέσουν να δοθούν και περισσότερα κίνητρα για την καταπολέμηση της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα.

### 3. Για τα Βαρέα και Ανθυγιεινά επαγγέλματα

Για τα βαρέα και τα ανθυγιεινά επαγγέλματα προτείνεται η επικαιροποίηση της λίστας βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελματιών σύμφωνα με τις τρέχουσες συνθήκες εργασίας και η διαφύλαξη των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας έτσι ώστε να μην κατηγοριοποιούνται συλλήβδην επαγγέλματα στον κλάδο, απλά γιατί δεν τηρούνται τα παραπάνω. Εδώ θα πρέπει, επίσης, να γίνει και διαχωρισμός για το αν πρόκειται για πραγματικά χωριστά επαγγέλματα ή αν πρόκειται για την ίδια κατηγορία που εργάζεται σ' έναν ενιαίο φορέα, π.χ. ΔΕΗ. Εξασφάλιση ίσης μεταχείριση των εργαζομένων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και την πραγματική, επιστημονική, αποτύπωση

των συνθηκών εργασίας στα διάφορα επαγγέλματα. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

Εξασφάλιση της βιωσιμότητας των Ταμείων και για τις επόμενες γενιές

Απαιτείται από τώρα να προνοήσουμε για την επιβίωση του ασφαλιστικού συστήματος όταν θα υπάρξει οξύ πρόβλημα λόγω δημογραφικού.

Μεικτό κεφαλαιοποιητικό σύστημα χρηματοδοτούμενο από το κεφάλαιο των εργαζομένων και στην περίπτωση που δεν καλύπτεται η κατώτατη σύνταξη, τότε το Κράτος ν' αναλαμβάνει την κάλυψη της διαφοράς(είναι και πρόταση των Εργατικών στην Βρετανία).

Σύσταση Εθνικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης των Γενεών, στο οποίο θα εισρέουν έσοδα από την αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας του Δημοσίου, τις μετοχοποιήσεις ΔΕΚΟ, τις άδειες στο χώρο της ηλεκτρονικής επικοινωνίας κ.α. Θα είναι «κλειδωμένο» για τουλάχιστον 10 χρόνια και με τις εγγυημένες αποδόσεις του θα συμβάλει στην δικαιότερη κατανομή των ασφαλιστικών βαρών ανάμεσα στις γενιές. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

Η άρση των φραγμών στην κινητικότητα των εργαζομένων αλλά και των ασφαλισμένων των διαφόρων Ταμείων (βελτίωση της διαδοχικής ασφάλισης και άρση της γραφειοκρατίας και του μακροχρόνου της διαδικασίας λήψης σύνταξης) έτσι ώστε τα ταμεία να λειτουργούν ανταγωνιστικά προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (εποπτεία ειδικής επιτροπής δημοσίου χαρακτήρα).

Ειδικά μέτρα για τους συνταξιούχους ΟΓΑ: Στην Ελλάδα ο αγροτικός τομέας είναι μεγαλύτερος από άλλες χώρες της ΕΕ. Για τον λόγο αυτό προτείνω το ταμείο του ΟΓΑ να παραμείνει χωριστό, να ενισχυθεί η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εξετάσεις και η νοσοκομειακή περίθαλψη των συνταξιούχων του ΟΓΑ, να ενισχυθεί ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού καθώς και ο θεσμός της βοήθειας στο σπίτι. Για τις συντάξεις των γυναικών που είναι αγρότισσες (αποδεδειγμένα και όχι επειδή το δηλώνουν) να ισχύσει ως όριο ηλικίας το 60ο. Είναι δίκαιο, κατά την άποψή μου.

Να εξετασθεί εκ νέου η ιδιαιτερότητα του εφάπαξ, των δώρων κ.α. και να υποκατασταθεί από μέριμνα σε θέματα επιδότησης ενοικίου ή άλλων

επιδομάτων πρόνοιας για όσους λαμβάνουν τη βασική σύνταξη. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

Προαιρετική παράταση ασφαλιστικού βίου με κίνητρα για την παραμονή και την προσαύξηση της σύνταξης χωρίς να δημιουργούνται αντικίνητρα για όσους επιθυμούν να φύγουν στην ώρα τους. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

#### 4. Συντάξεις αναπηρίας

Ορισμός επιτροπών με θητεία και από γιατρούς που δεν προέρχονται στην περιφέρεια του υποψηφίου για σύνταξη(συμμετοχή κατόπιν κλήρωσης). Καθιέρωση ελέγχου κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε συνταξιούχους μερικής αναπηρίας απο περιφερειακά κέντρα βάσει ενιαίων και αντικειμενικών κανόνων. Σύνταξη διαρκείας σε συνταξιούχους για ανίατες μορφές ασθένειας. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

#### 5. Συντάξεις εργαζομένων μητέρων

Εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών εργασίας για τις εργαζόμενες μητέρες (παιδικοί σταθμοί στο χώρο εργασίας, δυνατότητες προσαρμογής στο ωράριό τους κ.α.). Επιδότηση εφάπαξ, ποσό ανάλογα με το εισόδημα, οικονομική ενίσχυση μονογονεϊκών οικογενειών, οικογενειών με παιδιά ή γονείς με αναπηρία, φιλοξενία παιδιών ανέργων ή υπερηλίκων. Καταβολή του 90% του μισθού σε γυναίκες που αναγκάζονται εξαιτίας προβλημάτων υγείας του παιδιού να απέχουν από τη δουλειά τους για χρονικό διάστημα που θα τους χορηγεί η ειδική επιτροπή. Αναγνώριση πλασματικού χρόνου ασφάλισης, εφόσον καταργηθεί η πρόωρη σύνταξη μητέρων ανηλίκων τέκνων. (Φάκελοι προτάσεων, 2008)

#### 6. Λοιπές προτάσεις

Η εφαρμογή διαφόρων μορφών κεφαλαιοποιητικών συστημάτων ασφάλισης (2ος ή 3ος Πυλώνας) υπό ιδιωτική διαχείριση, θεωρείται από πολλούς αναλυτές ως η μόνη δυνατή λύση του προβλήματος των Κοινωνικών

Ασφαλίσεων στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Υποστηρίζεται ότι με την εφαρμογή αυτών των συστημάτων (kathimeri, 2006):

Απελευθερώνεται η Κοινωνική Ασφάλιση από το κράτος και εξασφαλίζεται στον εργαζόμενο σύνταξη ανάλογη με τις εισφορές του. Μάλιστα, η τάση σήμερα είναι να μετατρέπονται τα Ταμεία του 2ου και του 3ου Πυλώνα (π.χ., τα επικουρικά και τα επαγγελματικά ταμεία) σε Εγγυημένων Εισφορών, αντί Εγγυημένων Παροχών που ήταν μέχρι σήμερα, με μεταφορά του επενδυτικού κινδύνου στον ασφαλισμένο (από το Ασφαλιστικό ταμείο, την Επιχείρηση και, τελικά, το Κράτος). (kathimeri, 2006)

Αντί για ασφαλιστικές εισφορές, το ποσό που διατίθεται για την ασφάλιση (συνήθως αφορολόγητο) κατατίθεται σε ιδιωτικούς ατομικούς συνταξιοδοτικούς λογαριασμούς (ΑΛΣ), σύμφωνα με τις προτιμήσεις του εργαζομένου. Το μέγεθος της σύνταξης προσδιορίζεται από το ποσό που κατατίθεται για ασφάλιση και από την απόδοση των συσσωρευμένων αποταμιεύσεων του κάθε ασφαλισμένου.

Η βιωσιμότητα των ΑΛΣ είναι εγγυημένη από το γεγονός ότι οι ιδιωτικές εταιρείες που τους διαχειρίζονται δεν εμπλέκουν τα δικά τους οικονομικά στοιχεία με τους σχετικούς λογαριασμούς. Οι εταιρείες διαχείρισης βρίσκονται υπό ειδική εποπτεία από εξειδικευμένους οργανισμούς που ελέγχονται από το κράτος. Επίσης, η ευκολία μεταβίβασης του λογαριασμού από εταιρεία σε εταιρεία τις υποχρεώνει σε προσφορές προς τους εργαζόμενους (ασφαλισμένους) ανταγωνιστικού χαρακτήρα (λ.χ., καλύτερες αποδόσεις, μικρότερες προμήθειες, πρόσθετες παροχές, κ.ά). (kathimeri, 2006)

Όσον αφορά τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης, έκαστος ασφαλισμένος αποφασίζει πότε ακριβώς θέλει να βγει στη σύνταξη και μπορεί να γνωρίζει πόσα ακριβώς χρήματα θα εισπράττει. Παράλληλα, θα έχει τη δυνατότητα να αποταμιεύει κάτι παραπάνω εφόσον επιθυμεί να βγει στη σύνταξη νωρίτερα ή με μεγαλύτερες απολαβές. Το σπουδαιότερο, όμως, είναι το ότι θα γίνει κατανοητό και στην Ελλάδα ότι δεν υπάρχει κάποιος άλλος που πληρώνει τη μικρή ή τη μεγάλη σύνταξή μας. (kathimeri, 2006)

Ο πολίτης καθίσταται σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνος και αυτοδύναμος αναφορικά με το οικονομικό του μέλλον. Η πορεία του στηρίζεται στις δικές του

επιλογές και δυνάμεις. Όλοι θα εξασφαλίζουν μια εγγυημένη σύνταξη, για την οποία θα καταβάλλονται υποχρεωτικές εισφορές. Για την περίπτωση των ανέργων, τις εισφορές θα καταβάλει το Κράτος. Κανένας πολίτης δεν θα βρίσκεται ποτέ χαμηλότερα από αυτό το εγγυημένο επίπεδο κοινωνικής προστασίας (1ος πυλώνας). Από εκεί και πέρα, το ποσό της πρόσθετης σύνταξης θα προσδιορίζεται από τα αυτοχρηματοδοτούμενα συνταξιοδοτικά προγράμματα στα οποία θα συμμετέχει, είτε υποχρεωτικά (2ο πυλώνας), είτε εθελοντικά (3ος πυλώνας) ο κάθε εργαζόμενος. (kathimeri, 2006)

Η εφαρμογή των ανωτέρω συστημάτων στην Ελλάδα μπορεί να θεωρηθεί στα πλαίσια μιας ουσιαστικής αναδιάρθρωσης και ιδιωτικοποίησης ενός σημαντικού μέρους του σημερινού ΕΣΚΑ. Βασικό στοιχείο της μεταρρύθμισης που απαιτείται είναι η μετατροπή του σημερινού ΕΣΚΑ από τις εγγυημένες παροχές στο σύνολό του, σε αυτή των εγγυημένων παροχών για τον 1ο πυλώνα (την κύρια σύνταξη) και σε εγγυημένων εισφορών για το 2ο και τον 3ο πυλώνα. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές θα πρέπει να συνδυαστούν με τις προωθούμενες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα φορολογίας φυσικών προσώπων έτσι ώστε η σχεδιαζόμενη μείωση της φορολογικής επιβάρυνσης για τα μεσαία και μεγάλα εισοδήματα να συνδυαστεί με την προτεινόμενη ιδιωτικοποίηση ενός σημαντικού μέρους του ΕΣΚΑ και την προώθηση με φορολογικά κίνητρα της συνταξιοδοτικής αποταμίευσης με την ανάπτυξη συνταξιοδοτικών συστημάτων 2ου και 3ου πυλώνα. Ειδικότερα, οι κατηγορίες των εργαζομένων μεσαίου και υψηλού εισοδήματος που θα τύχουν σημαντικών φορολογικών περικοπών, να κατευθυνθούν προς την μεταφορά της επιπλέον (από την κύρια σύνταξη) συνταξιοδοτικής τους απαίτησης από το δημόσιο τομέα στα αυτοχρηματοδοτούμενα συνταξιοδοτικά συστήματα του 2ου και του 3ου πυλώνα. Θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλα κίνητρα δημιουργίας πρόσθετων ΑΛΣ ή επαγγελματικών συνταξιοδοτικών ταμείων στα οποία να καταβάλλονται πρόσθετα ποσά για ασφάλιση πέραν της κύριας σύνταξης. (kathimeri, 2006)

Γενικά, το πρόβλημα της βιωσιμότητας του ισχύοντος ΕΣΚΑ δεν θα πρέπει να αγνοείται όταν επιδιώκεται η δημιουργία αυτοχρηματοδοτούμενων συνταξιοδοτικών συστημάτων του 2ου ή του 3ου Πυλώνα. Χωρίς δραστική μεταρρύθμιση του ισχύοντος συστήματος, η ανάπτυξη συστημάτων του 2ου

και του 3ου πυλώνα δεν είναι δυνατή. Οι εισερχόμενοι σήμερα στην αγορά εργασίας και αυτοί που θα εισέρχονται τα επόμενα χρόνια θα κληθούν να πληρώσουν (είτε με φόρους είτε με εισφορές) τις υψηλές συντάξεις των σημερινών και των μελλοντικών συνταξιούχων τουλάχιστον μέχρι το 2020. Το κεφαλαιοποιητικό σύστημα δεν λύνει το πρόβλημα των υψηλών συντάξεων (100% του μέσου όρου των 5 τελευταίων μισθών) και της μεγάλης αύξησης του αριθμού των συνταξιούχων έναντι των εργαζομένων στο ισχύον σύστημα. Μπορεί να προκύψει μόνο μετά από ή σε συνδυασμό με μια δραστική μεταρρύθμιση του ισχύοντος συστήματος, όπως προαναφέρθηκε.(kathimeri, 2006)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ECONOMIST.,(2008),*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Ανάκτηση στις 6-10-2010 από [http://www.economist.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4859:%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1%20%CE%A6%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82&catid=9&Itemid=10](http://www.economist.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4859:%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1%20%CE%A6%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82&catid=9&Itemid=10)
2. Impact Of The 2001 Census On National Population Projections, 2001, Government Actuary's Department, Uk
3. kathimerini, (2006), *Κοινωνική ασφάλιση: Μεταρρύθμιση τώρα*, on line available:  
[http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_kathextra\\_8\\_04/09/2006\\_160830](http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_kathextra_8_04/09/2006_160830), accessed 5-10-2010
4. OECD,(2008), *Health Data*, Ανακτήθηκε στις 5-10-2010 από <http://oecd.com>
5. Zervou, F. (2001), Social insurance system of Greece: A comparison with British, American and Spanish social security systems. An econometric model, *Studies*, No 49, on line available at: <http://www.kepe.gr/pdf/perilipsi-zervou.pdf> accessed 5-10-2010
6. Ανδριανόπουλος, Α, (2007), *Το ασφαλιστικό αδιέξοδο* *blogspot*, on line available at: [http://g700.blogspot.com/2007\\_12\\_01\\_archive.html](http://g700.blogspot.com/2007_12_01_archive.html) accessed 10-5-2010
7. Βότσης Γ(1997),Ο κοινωνικός αποκλεισμός στο καθημερινό λόγο, *Ελευθεροτυπία*
8. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, (2001) *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα
9. Κουκλάκη Δ.,(2007), *Πληρώνουμε €1.800 κάθε χρόνο τη δωρεάν Υγεία*, Ανάκτηση στις 5-10-2010 από : [www.e-tipos.com/content/staticfiles/issues/2007/12/08/081207%202.pdf](http://www.e-tipos.com/content/staticfiles/issues/2007/12/08/081207%202.pdf)



10. Κουτρουμάνης, (2007), *Ασφαλιστικό Προβλήματα Και Αιτίες: Οι Εναλλακτικές Προτάσεις Για Τις Λύσεις* on line available: <http://www.adedy.gr/pask/upload/12.doc>, accessed 10-10-2010
11. Κρεμάλη, Κ.Δ. (1985), *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλα, σελ. 31-36
12. Κυριόπουλος Γ. (2001). Η επίδραση της ασφάλισης υγείας στη ζήτηση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ. και συν. (επιμ.) *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
13. Λαζαρίδου, Δ. (2003), *Η Οργάνωση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης Στις Χώρες Της Νότιας Ευρώπης Και Οι Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες Τους*, on line available: [http://www.pspa.uoa.gr/data/download/ede/conferences/KDP\\_2003/Proceedings/Lazaridou\\_Despina.pdf](http://www.pspa.uoa.gr/data/download/ede/conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf) , accessed 10-10-2010
14. Μανιφέστο.,(2008), *Συστήματα Περίθαλψης Που Εστιάζουν στον Ασθενή*, Ανάκτηση στις 10-10-2010 από [http://www.healthcare-manifesto.org/Greek\\_Manifesto.pdf](http://www.healthcare-manifesto.org/Greek_Manifesto.pdf)
15. Μέξη Μ. (2005), Στρατηγικές Ενεργού Γήρανσης Στην Ευρώπη, *Περιοδικό του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ* Ενημέρωση, τεύχος 122
16. Παρασκευόπουλος Λ. (2006). Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανάκτηση στις 10-10-2010 από <http://www.google.gr>
17. Ρομπόλης, Σ. (2006), Κοινωνικό Κράτος και Απασχόληση, Τεύχος 128, Μάιος, *περιοδικό ΙΝΕ/ΓΣΕΕ*, περιοδικό Ενημέρωση
18. Στρατούλης, (2008), «Μίνι» ασφαλιστικό νομοσχέδιο «μάξι» δώρα στις επιχειρήσεις, on line available at: [http://www.epohi.gr/12112006\\_politics\\_asfalistiko\\_stratoulis.htm](http://www.epohi.gr/12112006_politics_asfalistiko_stratoulis.htm) accessed 2 10-10-2010
19. Το δημοσιονομικό πρόβλημα στην Ελλάδα σήμερα, (2005), *Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδας*, σελ.43-46
20. Τσιάκαλος Γ(1998) *Κοινωνικός Αποκλεισμός, Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας & Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα,
21. Υφαντόπουλος Ι., (2006) *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα διαχρονική εξέλιξη*, Αθήνα: Gutenberg

22. Φάκελοι προτάσεων (2008), Προτάσεις για το ασφαλιστικό από tractatus, on line available at: <http://efakeloi.blogspot.com/2008/01/tractatus.html>, accessed 10-10-2010