



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: Ιδιωτική Ασφάλιση ως Συμπλήρωμα της Κοινωνικής σε Περίοδο Κρίσης



Φοιτητές:

- 1)Βουράκη Φρανσίνα ΑΜ:1001
- 2)Κοσκίνα Γεωργία- Τζωρτζίνα ΑΜ:981
- 3)Μιχαλάκη Κρυστάλλη ΑΜ: 992

Επιβλέπων Καθηγητής: κος Ευάγγελος Τσουκάκος

Υπεύθυνη Δήλωση: Βεβαιώνουμε ότι είμαστε οι συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχαμε για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχουμε αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες κάναμε χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Τέλος βεβαιώνουμε ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμάς προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Διοίκησης και Οικονομίας Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής".

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, αντικείμενο διερεύνησης θα αποτελέσει η σχέση της ιδιωτικής με την κοινωνική ασφάλιση και τον ρόλο που διαδραματίζει η πρώτη ως ένα συμπλήρωμα της δεύτερης.

Μέσα από έρευνα του συνόλου των δευτερογενών δεδομένων, της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας γίνεται η συγκέντρωση ενός πλήθους στοιχείων αναφορικά με τις διαφορές και τις ομοιότητες της Ιδιωτικής και της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα. Πρόκειται για μία έρευνα η οποία έχει ως βασικότερο ωστόσο της να προβάλει τα χαρακτηριστικά της κάθε μίας από τις κατηγορίες Ασφάλισης και τη σύγκριση ανάμεσά τους τους.

ABSTRACT

In the present study, the subject of investigation will be the ratio of private to social security and the role of the first as a complement to the latter.

Through investigation of all secondary data, existing scientific literature is the concentration of a number of data regarding the differences and similarities of the Private and Social insurance in Greece. This is an investigation that is most important, however, to highlight the characteristics of each of the classes of insurance and the comparison between them.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον καθηγητή μας κ Τσουκάκο Ευάγγελο, επιβλέποντα της πτυχιακής αυτής εργασίας, πρωταρχικά για την ευκαιρία που μας πρόσφερε και την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μας αναθέτοντάς μας αυτό το έργο, την πολύτιμη καθοδήγησή του σε κάθε δύσκολο βήμα και στάδιο κατά την εκπόνηση της εργασίας, την αμέριστη συμπαράσταση του για την κάθε δυσκολία που ανέκυπτε στην πορεία καθώς και τις σπουδαίες γνώσεις και εμπειρίες που αποκομίσαμε κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μαζί του στα πλαίσια αυτής της εργασίας. Τέλος, η πτυχιακή αυτή εργασία είναι αφιερωμένη στους γονείς μας για την ηθική και οικονομική υποστήριξη που μας παρείχαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος.....	2
Abstract	3
Πίνακας περιεχομένων.....	4
Κεφάλαιο 1 ^ο : Ο θεσμός της ασφάλισης και τα ασφαλιστικά συστήματα	6
1.1. Εισαγωγή	6
1.2. Προσέγγιση της έννοιας της ασφάλισης των προσώπων	6
1.3. Βασικά χαρακτηριστικά της ασφάλισης των προσώπων	7
1.4. Τα ασφαλιστικά συστήματα των προσώπων	8
1.4.1. Η ανάπτυξη των δημόσιων ασφαλιστικών συστημάτων	8
1.4.2. Τύποι συνταξιοδοτικών συστημάτων.....	12
1.4.3. Επικουρική ασφάλιση.....	14
1.4.4 Ιδιωτική ασφάλιση.....	18
Κεφάλαιο 2 ^ο : Κοινωνική ασφάλιση.....	22
2.1. Εισαγωγή	22
2.2. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης	23
2.3. Συνοπτική ιστορική επισκόπηση	24
2.4. Αρχές λειτουργίας και είδη κοινωνικής ασφάλισης	25
2.5. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το κράτος πρόνοιας.....	26
2.6. Το ισχύον ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα	33
2.6.1. Κόστος για την Ελληνική οικονομία.....	36
2.6.2. Βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος – ο παράγοντας της δημογραφικής γήρανσης.....	42
2.6.3. Ασφαλιστική μεταρρύθμιση	44
2.6.4. Χρηματοδότηση	46

Κεφάλαιο 3 ^ο : Η ιδιωτική ασφάλιση	47
3.1. Εισαγωγή	47
3.2. Η έννοια της ιδιωτικής ασφάλισης.....	47
3.3. Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα.....	48
3.4. Συμβολή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελληνική οικονομία.....	50
3.5. Ο ρόλος και οι εξελίξεις της ιδιωτικής ασφάλισης	51
Κεφάλαιο 4 ^ο : Κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση	54
4.1. Εισαγωγή	54
4.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες ανάπτυξης της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης	54
4.3. Ο συμπληρωματικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης.....	56
4.4. Μελέτη περίπτωσης ασφάλισης ασθενείας	59
4.5. Προοπτικές και μεταρρυθμίσεις	63
Κεφάλαιο 5 ^ο : Διεξαγωγή έρευνας.....	64
5.1. Μεθοδολογία.....	64
5.2. Αποτελέσματα.....	64
5.3. Συζήτηση.....	71
Συμπεράσματα – Επίλογος	72
Αναφορές - Πηγές.....	75
Παράρτημα 1.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ασφάλισης σήμερα εμφανίζεται με διάφορες μορφές οι οποίες αποτελούν ένα μέτρο κοινωνικής, οικονομικής καθώς και ηθικής ανάπτυξης των λαών. Ουσιαστικά, ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί καρπό μακροχρόνιων αγώνων των εργαζομένων τάξεων και πολλών φωτισμένων προσωπικοτήτων, εξασφαλίζοντας την «κοινωνική ασφάλεια» και αποτελώντας θεμέλιο του «Κράτους Ευημερίας» (Μηνακάκης, 2008).

Το φαινόμενο της γήρανση του πληθυσμού από τελεί μια πολύ σημαντική απειλή αναφορικά με την επίτευξη της μακροχρόνιας βιωσιμότητας τόσο των συστημάτων υγείας όσο και της κοινωνικής ασφάλισης, δημιουργώντας μ' αυτό τον τρόπο τις προϋποθέσεις διεύρυνσης των ελλειμμάτων και διόγκωσης του δημοσίου χρέους. Κατά συνέπεια, υποσκάπτονται τα θεμέλια της μελλοντικής προοπτικής της Ελλάδος και αποσταθεροποιούνται τα δημόσια οικονομικά της (Ρόκας, 2012). Η χώρα κουβαλά ένα βαρύ φορτίο από το παρελθόν και το μέλλον της φαίνεται ότι θα προσδιοριστεί από καινοτόμες πολιτικές επιλογές που σχετίζονται με την οικονομία και έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία.

1.2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

Η βασικότερη έννοια της ασφάλισης έχει να κάνει με τη συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων μέσω της μεταφοράς αυτών σε ασφαλιστές, οι οποίοι συμφωνούν, έναντι κάποιου προκαθορισμένου ασφαλιστρού, αναφορικά με την αποζημίωση των ασφαλισμένων για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν ή υπηρεσίες, που συνδέονται με τον κίνδυνο (Σουλιώτης, 2013). Αποτελεί την ορθή οργάνωση ενός αποτελεσματικού τρόπου αντιμετώπισης αβέβαιης μελλοντικής οικονομικής ανάγκης (Μηνακάκης, 2008).

1.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

Η ασφάλιση γενικότερα, αλλά και ειδικότερα των προσώπων έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Μηνακάκης, 2008):

➤ **Συγκέντρωση των κινδύνων (Pooling of risks)**

Βάσει της συγκεκριμένης διαδικασίας, πραγματοποιείται η διαδικασία της κατανομής στο σύνολο των ασφαλισμένων των ζημιών οι οποίες συνέβησαν σε ορισμένους εξ αυτών. Η συγκεκριμένη μορφή κοινοπραξίας προϋποθέτει τη συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ομοιογενών κινδύνων, έτσι ώστε να λειτουργεί ο νόμος των Μεγάλων Αριθμών, για να δίνει ακριβή πρόβλεψη των μελλοντικών ζημιών (Τζίβα, 2014). Η συγκέντρωση αυτή λοιπόν συνεπάγεται την κατανομή των απωλειών σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και την πρόβλεψη των μελλοντικών ζημιών με σχετική ακρίβεια

➤ **Μεταφορά κινδύνου και μείωση των επιπέδων της αβεβαιότητας (Risk transfer and risk reduction)**

Το ασφαλιστικό πρόγραμμα ενέχει τη δυνατότητα της μεταφοράς του καθαρού κινδύνου, από τον ασφαλισμένο στον ασφαλιστή. Ο ασφαλιστής μπορεί να πραγματοποιήσει την ανάληψη του συνόλου των κινδύνων, διότι μέσω του Νόμου των Μεγάλων Αριθμών υπάρχει η δυνατότητα της εκτίμησης με σχετική ακρίβεια των αναμενόμενων ζημιών (Ρόκας, 2012). Με τον τρόπο αυτόν μειώνεται ο αντικειμενικός κίνδυνος για τον ασφαλιστή, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το επίπεδο της αβεβαιότητας για όλους τους ασφαλισμένους, οι οποίοι μεταβιβάζουν τον ατομικό τους κίνδυνο έναντι ασφαλιστρού. Δηλαδή, μέσα από τον ασφαλιστικό μηχανισμό, ο ασφαλισμένος ανταλλάσσει μια δυνητικά μεγάλη και αβέβαιη ζημιά με μία μικρότερη και άμεση επιβάρυνση.

➤ **Αποζημίωση**

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της ασφάλισης είναι η αποζημίωση των απωλειών, δηλαδή αποζημίωση του θύματος, μερική ή ολική, με (Τζίβα, 2014):

- Μετρητά
- Επισκευή
- Αντικατάσταση

1.4. ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

1.4.1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η ημερομηνία ορόσημο για την ανάπτυξη των Δημόσιων Ασφαλιστικών Συστημάτων είναι η 17 Νοεμβρίου 1881 όταν ο Γερμανός καγκελάριος Otto Von Bismarck έβγαλε το περίφημο διάγγελμά του και σε χρόνο λιγότερο από δύο έτη υποχρέωσε τους εργάτες της χώρας του να συμμετάσχουν στο Ταμείο Ασφάλισης και τους εργοδότες στο σύστημα επαγγελματικού κινδύνου. Από την ημερομηνία αυτή τα Δημόσια Ασφαλιστικά Συστήματα αναπτύχθηκαν, βελτιώθηκαν και εξαπλώθηκαν σε όλες τις χώρες του κόσμου, αποτελώντας τον κύριο κορμό παροχής ασφαλιστικής κάλυψης και ασκώντας σημαντική επιρροή στις εθνικές οικονομίες (Μηνακάκης, 2008).

Το 1889 ο Bismarck προκειμένου να εκτονώσει τις πολιτικές πιέσεις των βιομηχανικών εργατών, να τους δελεάσει και να τους απομακρύνει από τις σοσιαλιστικές ιδέες που αναπτύσσονταν εκείνη την εποχή, δημιούργησε το πρώτο εθνικό ασφαλιστικό σχήμα παροχής σύνταξης που στηριζόταν σε εισφορές. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό οι εισφορές που πλήρωνε η κάθε γενιά δεν προοριζόταν για τη δική της συνταξιοδότηση, αλλά για τη χρηματοδότηση των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων της προηγούμενης γενιάς. Πρέπει να σημειωθεί ότι το προσδόκιμο της ζωής την περίοδο αυτή ήταν τα 57 έτη γεγονός που καθιστούσε το σύστημα βιώσιμο και αποδοτικό (Μηνακάκης, 2008).

Σύμφωνα με τον Σουλιώτη, (2013), οι λόγοι που οδήγησαν στην ραγδαία ανάπτυξη των Δημόσιων Ασφαλιστικών Συστημάτων ήταν καταρχήν οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στη δομή της παραδοσιακής οικογένειας που σιγά σιγά από εκτεταμένη (extended family) άρχισε να μετασχηματίζεται σε πυρηνική (nuclear family), ειδικότερα στις βιομηχανικές περιοχές.

Το κράτος θέλησε να εξασφαλίσει τους πολίτες του όταν αυτοί δεν θα ανήκουν πια ο το εργατικό δυναμικό του και λόγω του γήρατος, δεν θα μπορούν να διασφαλίσουν τα προς το ζην. Επιπλέον το κράτος θέλησε να καλύψει τα άτομα και από μελλοντικούς κινδύνους που δεν μπορούν να προβλεφθούν όπως για παράδειγμα η ασθένεια, η ανικανότητα προς εργασία, η ανεργία και άλλους αστάθμητους κινδύνους. Με την πολιτική αυτή θεμελιώνεται το Κοινωνικό Κράτος.

Κάποια άτομα αντιμετωπίζοντας τα πράγματα μυωπικά δεν σκέφτονται και δεν μεριμνούν για το μέλλον τους, έτσι δεν αποταμιεύουν αρκετά όσο είναι νέοι για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες του γήρατος είτε επειδή προτιμούν την παρούσα κατανάλωση, είτε επειδή πιστεύουν ότι δεν πρόκειται να ζήσουν τόσα πολλά χρόνια ή να πάθουν κάτι κακό που να αξίζει να προβούν σε μια μακροχρόνια αποταμίευση σε βάρος της παρούσας ευημερίας τους. Σύμφωνα με τον Σουλιώτη, (2013), μια τέτοια ανώριμη συμπεριφορά θα εξελιχθεί σε κοινωνικό πρόβλημα για διάφορους λόγους:

Ο πρώτος λόγος είναι ότι καθώς γερνούν οι άνθρωποι, ενδέχεται να αλλάξουν οι προτιμήσεις τους όσον αφορά το ύψος των ποσών που θα επιθυμούσαν να είχαν αποταμιεύσει και αν συμβεί κάτι τέτοιο θα είναι πλέον αργά για να επανορθώσουν

Ο δεύτερος λόγος είναι πως αν οι άνθρωποι δεν αποταμιεύσουν αρκετά για να εξασφαλίσουν τα γεράματά τους, τότε η υποχρέωση υποστήριξης της αξιοπρεπούς διαβίωσης τους μεταβιβάζεται στην υπόλοιπη κοινωνία (Σουλιώτης, 2013). Το γεγονός αυτό ενδέχεται να αποτρέψει και άλλους ανθρώπους από το να αποταμιεύουν όταν είναι νέοι, εφησυχάζοντας και στηριζόμενοι στην συμβολή και την υποστήριξη της υπόλοιπης κοινωνίας. Τότε βέβαια

δημιουργείται ένα πρόβλημα ηθικής τάξης από την μετακύλιση αυτή της ατομικής υποχρέωσης προς το γενικότερο κοινωνικό σύνολο, γνωστό ως free riding και moral hazard.

Ένας τρίτος λόγος που οδήγησε στην ανάπτυξη Δημόσιων Ασφαλιστικών Σχημάτων είναι ότι η Κοινωνική Ασφάλιση προϋποθέτει μακροχρόνιο σχεδιασμό και προγραμματισμό και τα μεμονωμένα άτομα δεν διαθέτουν την κατάλληλη γνώση και πληροφόρηση που απαιτείται για κάτι τέτοιο (Σουλιώτης, 2013). Ο μακροχρόνιος σχεδιασμός απαιτεί πληροφόρηση για την πορεία του κόστους διαβίωσης, των μελλοντικών εσόδων, για τα εναλλακτικά επενδυτικά σχέδια, για την εξέλιξη διαφόρων οικονομικών μεγεθών καθώς επίσης και διαφόρων κοινωνικών δεικτών. Το κράτος διαθέτοντας τη σχετική τεχνογνωσία και πληροφόρηση και δρώντας κατά κανόνα με γνώμονα το συμφέρον του πολίτη αναλαμβάνει να διασφαλίσει την Κοινωνική Ασφάλεια των εργαζομένων και των οικογενειών τους μέσω των φορέων που διαθέτει για τον σκοπό αυτό.

Ο τέταρτος λόγος αφορά την απουσία ικανοποιητικής ασφαλιστικής αγοράς σε ορισμένες χώρες, όπου οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν είναι ανεπτυγμένες, λόγω πληροφοριακής ανεπάρκειας και ασθενών κεφαλαιαγορών. Έτσι ενώ είναι δυνατόν να υπάρχουν άτομα τα οποία επιθυμούν ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη, κάτι τέτοιο να μην είναι εφικτό λόγω ανεπαρκούς προσφοράς (Σουλιώτης, 2013).

Ο πέμπτος λόγος που επέβαλε την ανάπτυξη της δημόσια παρεχομένης ασφάλειας είναι η ύπαρξη σε πολλές χώρες, κυρίως αναπτυσσόμενες, λίγων αξιόπιστων αποταμιευτικών και επενδυτικών εργαλείων. Κατ' αυτόν τον τρόπο όσοι επιθυμούσαν να αποταμιεύσουν για το μέλλον τους είχαν μικρή γκάμα επιλογών κάποιοι άλλοι επένδυναν με τρόπο μη συνετό πραγματοποιώντας αρνητικές αποδόσεις ενώ σε πολλές χώρες για μακρά χρονικά διαστήματα οι αποδόσεις των επενδύσεων ήταν εξαιρετικά χαμηλές (Σουλιώτης, 2013). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι κατά την διάρκεια της μεγάλης κρίσης του 1930, πολλοί Αμερικανοί και ευρωπαίοι εργάτες είδαν τις αποταμιεύσεις μιας ζωής να εξαφανίζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα φέροντας τους ίδιους και τις οικογένειές τους σε απελπισία. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο οι πολίτες βιώνουν την απαξίωση των αποταμιεύσεών

τους, γεγονός που οφείλεται στην ανυπαρξία των κατάλληλων αποταμιευτικών εργαλείων, τα υψηλά ποσοστά πληθωρισμού και το ασταθές οικονομικό περιβάλλον. Το γεγονός αυτό τους αποθαρρύνει από την πραγματοποίηση περεταίρω αποταμίευσης και τους γεμίζει ανασφάλεια για το μέλλον τους.

Τέλος πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι για διάφορους λόγους αμφισβητούν την αξιοπιστία των μακροχρόνιων υποσχέσεων που παρέχουν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και προτιμούν την ασφάλεια και τις εγγυήσεις του Δημόσιου Τομέα.

Από την πλευρά του το κράτος επιδιώκει την καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού έτσι ώστε να περιορίζει την εκμετάλλευση του ανθρώπου από τον άνθρωπο. Για να υλοποιήσει την επιδίωξή του αυτή έχει επιβάλλει την υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων στους επίσημους φορείς που διαθέτει για τον σκοπό αυτό (Σουλιώτης, 2013). Αν η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού ήταν ιδιωτική υπόθεση των πολιτών τότε θα υπήρχαν φαινόμενα εκμετάλλευσης των εργαζομένων από πολλούς εργοδότες, οι οποίοι στην προσπάθειά τους να συμπίεσουν το κόστος εργασίας, θα προωθούσαν την ανασφάλιστη εργασία αδιαφορώντας για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους αυτής στην κοινωνία.

Το κράτος επιπλέον, μέσω των Δημόσιων Ασφαλιστικών του Σχημάτων επιδιώκει όχι βέβαια πάντα με επιτυχία:

- Την αναδιανομή του εισοδήματος, υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων τάξεων.
- Την αύξηση του εισοδήματος των γερόντων οι οποίοι δεν μπορούν πλέον να εργασθούν παραγωγικά.
- Να προστατεύσει αυτούς που αποχωρούν από την εργασία, από αστάθμητους μελλοντικούς κινδύνους, καθορίζοντας ξεκάθαρα εκ των προτέρων τις παροχές τους έτσι ώστε να μπορούν να προγραμματίσουν την ζωή τους.
- Να προστατεύσουν τα εισοδήματα των απόμαχων της ζωής από τις επιπτώσεις του πληθωρισμού.

- Να αποτελέσει το αντίδοτο ενάντια στους εργαζόμενους αυτούς που μυωπικά συμπεριφερόμενοι αμελούν την ασφάλισή τους.

Για όλους αυτούς τους λόγους , αναπτύχθηκαν τα Δημόσια Ασφαλιστικά Συστήματα τα οποία είχαν υποχρεωτικό χαρακτήρα, διοικούνταν από όργανα της κεντρικής διοίκησης, χορηγούσαν καθορισμένες εκ των προτέρων παροχές και λειτουργούσαν σε αναδιανεμητική βάση.

1.4.2. ΤΥΠΟΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η βασική κατηγοριοποίηση των συνταξιοδοτικών συστημάτων είναι αυτή που τα διακρίνει σε Σχήματα Διανεμητικού τύπου και σχήματα Κεφαλαιοποιητικού τύπου. Το κριτήριο που λαμβάνεται για τη διάκριση αυτή, είναι ο τρόπος δια του οποίου χρηματοδοτούνται οι παροχές προς τους ασφαλισμένους. Έτσι όταν οι παροχές των συντάξεων χρηματοδοτούνται με εισφορές που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι, ομιλούμε για το διανεμητικό σύστημα στο οποίο κάθε γενιά αναλαμβάνει την κοινωνική προστασία της προηγούμενης (Τζίβα, 2014). Ενώ όταν οι παροχές χρηματοδοτούνται μέσα από την κεφαλαιοποίηση των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων και έχουν χαρακτήρα ανταποδοτικό, τότε αναφερόμαστε στα κεφαλαιοποιητικά σχήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Η δεύτερη μεγάλη κατηγοριοποίηση των ασφαλιστικών συστημάτων είναι η διάκριση σε Συστήματα Προκαθορισμένης Παροχής και Προκαθορισμένης Εισφοράς. Είναι προφανές ότι το κριτήριο για τον διαχωρισμό αυτόν, είναι ο προκαθορισμός από μέρους του ασφαλιστικού φορέα είτε των παροχών είτε των εισφορών. Έτσι στα σχήματα Προκαθορισμένης Παροχής οι δικαιούχοι γνωρίζουν το ποσό και τη χρονική στιγμή που θα εισπράξουν και ο φορέας έχει αναλάβει την υποχρέωση αλλά και τον κίνδυνο, να εξασφαλίσει τα κεφάλαια που θα απαιτηθούν, προκειμένου να αποδώσει τις καθορισθείσες παροχές. Αντίθετα στα συστήματα Προκαθορισμένων Εισφορών, ο φορέας ενώ εισπράττει σε σύμφωνη μένα τακτικά διαστήματα καθορισμένα ποσά εισφορών, δεν εγγυάται το ύψος των παροχών εκ των προτέρων.

Τα ασφαλιστικά συστήματα που αναπτύχθηκαν στις διάφορες χώρες, πολλές φορές δανείζονται στοιχεία από διαφορετικές κατηγορίες με αποτέλεσμα να συναντούμε συστήματα εν μέρει διανεμητικά και εν μέρει κεφαλαιοποιητικά (Τζίβα, 2014). Επίσης τα συστήματα προκαθορισμένων παροχών μπορεί να εμφανίζονται είτε ως διανεμητικά είτε ως μεικτά, δηλαδή διανεμητικά με κεφαλαιοποιητικά στοιχεία. Από την άλλη μεριά τα συστήματα προκαθορισμένης εισφοράς αν και μπορεί να ανήκουν και στις δύο κατηγορίες είναι συνήθως κεφαλαιοποιητικά, εξαιρέσεις αποτελούν κάποιες χώρες όπως η Ιταλία και η Λιθουανία.

Τα δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα στις περισσότερες χώρες είναι προκαθορισμένων παροχών, διανεμητικά και προβλέπουν την υποχρεωτική κάλυψη του συνολικού πληθυσμού. Το κράτος εποπτεύει, εγγυάται ΚΥΙ χρηματοδοτεί την λειτουργία τους προσφέροντας ασφάλεια και αξιοπρεπή διαβίωση στους πολίτες του.

Σε ορισμένες χώρες όπως η Ολλανδία, η Δανία και η Ν. Ζηλανδία, αναπτύχθηκε ένα σύστημα χρηματοδοτούμενο από την προοδευτική φορολόγηση των πολιτών που σαν στόχο είχε την αναδιανομή προς τις οικονομικά ασθενέστερες τάξεις, την ελαχιστοποίηση της ανταποδοτικότητας και την προώθηση της κοινωνικής αλληλεγγύης (Τζίβα, 2014). Η φιλοσοφία του συστήματος αυτού ήταν η διασύνδεση του φορολογητέου εισοδήματος με τις παροχές των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Στις περιπτώσεις των χωρών αυτών, κάνουμε λόγο πλέον για σύστημα χρηματοδοτούμενο μέσω της φορολογίας. Πρόσφατα και υπό το βάρος της κρίσης βιωσιμότητας, οι χώρες αυτές πραγματοποίησαν αλλαγές προς την κατεύθυνση της υιοθέτησης Μεικτών Συστημάτων με στόχο την μεγαλύτερη οικονομική αποδοτικότητα.

Σε κάθε περίπτωση πάντως στα συστήματα προκαθορισμένης εισφοράς, είναι σημαντικό οι ασφαλισμένοι να λαμβάνουν υπόψη τους τις μελλοντικές εισφορές που θα πρέπει να καταβάλλουν.

Η κριτική που έχει ασκηθεί στα συστήματα αυτά, αφορά κυρίως το γεγονός ότι δεν δημιουργούν ένα περιβάλλον ασφάλειας στους δικαιούχους και δεν τους

καλύπτουν στις περιπτώσεις εσφαλμένων επενδυτικών επιλογών, χαμηλών αποδόσεων, εσκεμμένων ενεργειών (moral hazard), των οργάνων που είναι υπεύθυνα για την άσκηση της επενδυτικής πολιτικής. Επιπλέον δεν συντελούν στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των εργαζομένων που αποτελούν θεμελιώδεις αρχές της Κοινωνικής Ασφάλισης. Προβληματισμός γεννιέται επίσης για την τύχη των ατόμων που δεν έχουν προλάβει να εργασθούν αρκετά χρόνια ώστε να σχηματίσουν ένα επαρκές για την συνταξιοδότησή τους κεφάλαιο.

1.4.3. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ο θεσμός της επικουρικής ασφάλισης αναπτύχθηκε και επεκτάθηκε κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα. Ως επικουρική ασφάλιση εννοείται η ασφάλιση στην οποία υπάγεται ο ασφαλισμένος για τη λήψη σύνταξης πέραν της κυρίας (Μηνακάκης, 2008). Η αναγκαιότητα της πρόσθετης αυτής ασφάλισης προέκυψε από το γεγονός ότι οι παροχές της κυρίας ασφάλισης και βασικά οι συντάξεις, προσαρμοσμένες στις γενικές συνθήκες και το βιοτικό επίπεδο των ευρέων λαϊκών στρωμάτων, δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες ορισμένων κατηγοριών ασφαλισμένων. Για αυτό το λόγο από πολύ νωρίς επινοήθηκε το σύστημα της επικουρικής ασφάλισης που στηρίχθηκε στις αρχές της προαιρετικότητας και της αποκλειστικής εισφοράς των ασφαλισμένων.

Οι αρχές αυτές έχουν ήδη εγκαταλειφθεί και η Επικουρική Ασφάλιση έχει λάβει υποχρεωτικό χαρακτήρα ενώ στους πόρους της προστεθήκαν και οι εργοδοτικές εισφορές, συνηθέστατα δε και πολύ σοβαροί πόροι (Κυριόπουλος και συν, 2001).

Στην έκθεση Beveridge γίνεται αναφορά για τις μεθόδους διασφάλισης της κοινωνικής ασφάλειας και συγκεκριμένα για (Μηνακάκης, 2008):

- Την μέθοδο της κοινωνικής ασφάλισης.
- Την μέθοδο της εθνικής επικούρισης.
- Την μέθοδο της εθελοντικής συμπληρωματικής ασφάλισης.

Η επικουρική ασφάλιση επιτελείται μέσω φορέων που περιβάλλονται είτε τον τύπο του ΝΠΔΔ, όπως τα Μετοχικά Ταμεία, οι Ειδικοί Λογαριασμοί και τα Ταμεία Αλληλοβοήθειας είτε τον τύπο των ΝΠΙΔ, όπως τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης, τα Pension Funds κοα. οι Ατομικοί Καταθετικοί Λογαριασμοί.

Στις περισσότερες χώρες σήμερα λειτουργούν Επαγγελματικά Συμπληρωματικά Σχήματα που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, διαχειριζόμενα από ιδιωτικούς φορείς. Τα σχήματα αυτά αρχικά λειτούργησαν σαν συστήματα προκαθορισμένης παροχής, τα οποία παράλληλα ήταν και μερικώς κεφαλαιοποιητικά. Τα τελευταία όμως χρόνια ο προσανατολισμός τους άλλαξε προς τα συστήματα προκαθορισμένης εισφοράς ενώ αυξήθηκε ο βαθμός κεφαλαιοποίησής τους (Κυριόπουλος και συν, 2001).

Σήμερα το 25% περίπου του ενεργού πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από Επαγγελματικά Συνταξιοδοτικά Συστήματα, ενώ η αξία των στοιχείων του ενεργητικού των ταμείων αυτών ξεπερνά τα 2 τρισεκατομμύρια ευρώ. Στις χώρες του ΟΟΣΑ τα επαγγελματικά συστήματα ασφάλισης αντιπροσωπεύουν το 40% της συνολικής συνταξιοδοτικής προστασίας. Στη χώρα μας η δυνατότητα ανάπτυξης των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης, θεσμοθετήθηκε με το Νόμο 3029/2002. με τον οποίο καταβάλλεται προσπάθεια εμφύτευσης εκ των άνω, της επαγγελματικής συμπληρωματικής κοινωνικής ασφάλισης (Τζίβα, 2014). Η εισαγωγή τους αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένων διαβουλεύσεων μεταξύ της κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων. Σε αντίθεση με την Δυτική Ευρώπη η οποία είχε μακρά παράδοση στην αλληλοβοήθεια, τέτοια ταμεία πριν τον Ν. 3029/02. δεν υπήρξαν στην Ελλάδα.

Η πρώτη εμφάνιση της επικουρικής ασφάλισης στη χώρα μας και μάλιστα με την ορθόδοξη προαιρετική μορφή της. έγινε με τη σύσταση των Μετοχικών Ταμείων Στρατού. Ναυτικού και Πολιτικών Υπαλλήλων, ενώ σήμερα λειτουργούν δεκάδες που παρέχουν συμπληρωματικές συντάξεις. Πολλά εξ αυτών προβλέπουν την παροχή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος καθώς και άλλες δευτερεύουσες παροχές. Στην Ελλάδα τα Ταμεία Επικουρικής Ασφάλισης που εποπτεύονται από την πολιτεία και έχουν τον τύπο του ΝΠΔΔ. είναι καθολικής

κάλυψης, καθορισμένων παροχών και χρηματοδοτούνται σε αναδιανεμητική βάση. Από την άλλη μεριά τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης του άρθρου 7. του Ν. 3029/02.διαφοροποιούνται κατά τα εξής (Τζίβα, 2014):

- Είναι μη κερδοσκοπικά ΝΓΠΔ.
- Ιδρύονται με βάση την επαγγελματική απασχόληση,
- Η ίδρυσή τους και η υπαγωγή τους σε αυτά είναι προαιρετική,
- Δεν διακρίνουν ως προς την υπαγωγή των ασφαλισμένων,
- Χρηματοδοτούνται από εργαζόμενους και / ή εργοδότες,
- Είναι κεφαλαιοποιητικά.
- Στην διοίκηση μετέχουν και οι εργοδότες σε περίπτωση που χρηματοδοτούνται τα ταμεία και από αυτούς.
- Η τήρηση αποθεματικών για την κάλυψη των υποχρεώσεων του ταμείου είναι υποχρεωτική.
- Εποπτεύονται από το υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας,
- Ελέγχονται (οικονομικά, βιωσιμότητα) από την εθνική αναλογιστική αρχή κ.λ,π

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης καλύπτουν το χώρο μεταξύ της κοινωνικής ασφάλισης και της ιδιωτικής. Τα χαρακτηριστικά τους προσιδιάζουν στις ασφαλιστικές εταιρίες τις οποίες και ανταγωνίζονται. Στα ταμεία αυτά δεν ανιχνεύονται τα βασικά εννοιολογικά στοιχεία της κοινωνικής ασφάλισης, η δε βιωσιμότητά τους στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια αποτελεί ιδιαίτερο πεδίο ελέγχου από τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο πλαίσιο εφαρμογής της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού για τις συντάξεις.

Η μέθοδος επιδιώκει την σύγκλιση των εθνικών συνταξιοδοτικών συστημάτων σε επίπεδο στόχων και προτεραιοτήτων, μέσω της εκπόνησης εθνικών σχεδίων για τις συντάξεις. Πρόκειται για τεχνική ανάδειξης των κοινωνικών επιδιώξεων των συνταξιοδοτικών συστημάτων σύμφωνα με ένδεκα προτεραιότητες που επικεντρώνονται στην επάρκεια των συντάξεων (adequacy), στην εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών μοντέλων (financial sustainability) και στον εκσυγχρονισμό των συνταξιοδοτικών συστημάτων

(modernization) ώστε να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της οικονομίας, της κοινωνίας και των πολιτών (Κυριόπουλος και συν, 2001).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας (24-25 Μαρτίου 2000) τόνισε ιδιαίτερα την ανάγκη για αποτελεσματικές και ολοκληρωμένες κεφαλαιαγορές, που λειτουργούν με διαφάνεια, στο βαθμό που αυτές μπορούν να προάγουν την οικονομική ανάπτυξη και την απασχόληση

Ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης αποτελούν και τα pension funds, των οποίων η αρχική προέλευση ανάγεται στην έντονη ανάπτυξη κυρίως στις αγγλοσαξονικές χώρες τόσο των κεφαλαιαγορών όσο και των χρηματοπιστωτικών υπηρεσιών.

Βασική επιδίωξη είναι η συγκέντρωση μεγάλου ύψους αποταμιεύσεων και η επένδυση αυτών σε αναπτυξιακούς στόχους έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο μελλοντικών παροχών προς τα μέλη τους. Ο ΟΟΣΑ κατατάσσει τα pension funds στην ίδια κατηγορία με τις ασφαλιστικές εταιρίες, την άποψη αυτή υιοθετεί και το Διεθνές Δίκτυο των Pension Regulators and Supervisors (INPRS), προκειμένου να καθορισθούν οι αρχές ίδρυσης, οργάνωσης και λειτουργίας αυτών. Τα funds αυτά στις περισσότερες χώρες λειτουργούν προαιρετικά και εποπτεύονται από τα υπουργεία οικονομικών.

Στα θετικά σημεία των επαγγελματικών συμπληρωματικών συνταξιοδοτικών σχημάτων πρέπει να αναφέρουμε (Τζίβα, 2014):

- Την ενίσχυση των εισοδημάτων των ασφαλισμένων.
- Την υφιστάμενη σχέση μεταξύ εισφορών και μελλοντικών παροχών, η οποία επιτρέπει στους ασφαλισμένους να διακρίνουν μεταξύ των ποσών που καταβάλλουν ως εισφορές, για την συνταξιοδοτική τους παροχή και των ποσών που καταβάλλουν ως γενική φορολογία, η οποία θα χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή άλλων κοινωνικών παροχών.
- Την ύπαρξη ανελαστικότητας στις δημογραφικές μεταβολές, γεγονός το οποίο ενισχύει την βιωσιμότητα τους

- Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης (ΤΕΑ) λόγω του προαιρετικού τους χαρακτήρα δεν δημιουργούν στρεβλώσεις στην αγορά εργασίας.
- Στα ΤΕΑ όταν είναι καθορισμένης εισφοράς, υπάρχει σύνδεση μεταξύ παροχών και αποδόσεων των επενδεδυμένων περιουσιακών στοιχείων.
- Όταν τα ΤΕΑ είναι καθορισμένης παροχής, υπάρχει εξασφάλιση των δικαιούχων και εγγυήσεις των εργοδοτών, έναντι κάθε μείωσης της αξίας του)ν περιουσιακών στοιχείων των ταμείων.

Ως μειονεκτήματα των ασφαλιστικών αυτών σχημάτων θα μπορούσαμε να σημειώσουμε:

- Τη μη καθολική κάλυψη των ασφαλισμένων λόγω του προαιρετικού χαρακτήρα των ΤΕΑ.
- Τη μεγάλη χρονική περίοδο που απαιτείται για την κατοχύρωση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων.
- Τα ΤΕΑ εμφανίζουν αυξημένο επενδυτικό κίνδυνο και έλλειψη πληροφόρησης των ασφαλισμένων για τις δυνητικές επενδυτικές επιλογές που μπορεί να έχουν.
- Τα ΤΕΑ ενδέχεται να αποθαρρύνουν την κινητικότητα των εργαζομένων μεταξύ των επιχειρήσεων τόσο στο εσωτερικό όσο και μεταξύ των κρατών.

1.4.4 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Παράλληλα με την δημόσια παρεχόμενη ασφάλιση καθώς και την επικουρική, σε όλες τις χώρες λειτουργεί και ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης. Η υλοποίηση του οποίου συντελείται μέσω ιδιωτικών εταιριών οι οποίες έναντι αμοιβής αναλαμβάνουν την κάλυψη του ατόμου από κινδύνους που είναι συνυφασμένοι με την ύπαρξη και τις δραστηριότητές του (Μηνακάκης, 2008).

Η διάκριση του δημόσιου και του ιδιωτικού δεν εξαρτάται από τη νομική φύση των θεσμών ή τη φύση του εφαρμοστέου δικαίου. Στην κοινωνική προστασία η διάκριση ιδιωτικού και δημόσιου χώρου πρέπει να γίνεται με βάση την εξυπηρέτηση ή μη κοινωνικών στόχων.

Δημόσιο σημαίνει αλληλεγγύη τάξεων, γενεών και επαγγελματιών η οποία οδηγεί σε μια ευρύτερη αναδιανομή του εισοδήματος, ενώ αντίθετα ιδιωτικό σημαίνει κεφαλαιοποίηση, στενή ανταποδοτικότητα και εξατομίκευση της κοινωνικής προστασίας (Κυριόπουλος και συν, 2001).

Τελικά η διάκριση του δημόσιου από το ιδιωτικό φαίνεται να έχει ως συνέπεια την διαφοροποίηση του ρόλου του κράτους. Στην πρώτη περίπτωση ο ρόλος του κράτους είναι πιο ενεργός με συμμετοχή στη χρηματοδότηση και τη διοίκηση. Ενώ στη δεύτερη ο νομοθέτης δεν απουσιάζει, αλλά απλώς αυτοπεριορίζεται σε ένα ρυθμιστικό, εποπτικό και διορθωτικό ρόλο. Με την ιδιωτικοποίηση, μετατίθεται ένα μέρος της ευθύνης στο άτομο και ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει στην οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης.

Η παγκόσμια τράπεζα το 1944 υιοθέτησε τις απόψεις ιδιωτικοποίησης των συνταξιοδοτικών συστημάτων, την οποία αντιλαμβάνεται ως Ατομικούς Συνταξιοδοτικούς Λογαριασμούς που λειτουργούν σύμφωνα με εμπορικές μεθόδους διαχείρισης (Τζίβα, 2014).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ο προαιρετικός και ο συμπληρωματικός χαρακτήρας της. Σε αντίθεση με την κυρία και την επικουρική, η ιδιωτική ασφάλιση βασίζεται, στην υπογραφή ελεύθερων συμβάσεων (μεταξύ των ατόμων και των επιχειρήσεων) οι οποίες υποχρεώνουν τις ασφαλιστικές εταιρίες να αποκαταστήσουν τη ζημιά που ενδέχεται να υποστεί κάποιος ασφαλισμένος κάτω όμως από ορισμένες προϋποθέσεις (Μηνακάκης, 2008). Δεν έχει δηλαδή τον χαρακτήρα ενός γενικού μηχανισμού προστασίας του κράτους απέναντι στους βασικούς κινδύνους που αντιμετωπίζει ο πολίτης.

Η ασφαλιστική σύμβαση ρυθμίζεται από το ασφαλιστήριο, τους γενικούς και ειδικούς όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, την αίτηση ασφάλισης, τις σχετικές με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο πρόσθετες πράξεις, καθώς επίσης και τις γραπτές δηλώσεις του λήπτη της ασφάλισης (συμβαλλόμενου), του ασφαλισμένου και του δικαιούχου.

Νομικά η ιδιωτική ασφάλιση ρυθμίζεται από το εμπορικό δίκαιο το οποίο την ορίζει ως μια σύμβαση με την οποία επιδιώκεται η αντιμετώπιση του κινδύνου που απειλεί την περιουσία ή τη ζωή του ανθρώπου. Ως ασφαλιστικός κίνδυνος ορίζεται η περίπτωση εκείνη κατά την οποία θα επέλθει μελλοντικό και αβέβαιο γεγονός και θα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της περιουσίας του ατόμου ή την βλάβη της προσωπικής του ακεραιότητας. Ο κίνδυνος λοιπόν εμπεριέχει τις έννοιες της πιθανότητας μιας ζημιάς και της αβεβαιότητας να προκόψει η ζημιά αυτή. Το ασφάλιστρο που θα καταβληθεί είναι συνάρτηση του χρόνου που διαρκεί η ασφάλεια, του ύψους του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και της ηλικίας αυτού που ασφαρίζεται. Διακρίνεται ότι (Μηνακάκης, 2008):

- Στο καθαρό ασφάλιστρο που αποτελεί ένα ποσοστό δυνάμει του οποίου κατά τον νόμο των πιθανοτήτων μπορεί να καλυφθεί η ζημιά.
- Στο ασφάλιστρο στο οποίο συνυπολογίζονται εκτός από το καθαρό ασφάλιστρο, τα έξοδα και τα κέρδη του ασφαλιστή.

Οι υπεύθυνοι των ασφαλιστικών εταιριών όπως εξάλλου και των ασφαλιστικών οργανισμών, πρέπει να καθορίσουν το ασφάλιστρο με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει σταθερότητα και εξασφάλιση του ασφαλιστικού φορέα και των ασφαλισμένων σε αυτόν.

Ασφάλιστρο θεωρείται το χρηματικό ποσό που καταβάλλει ο λήπτης της ασφάλισης στον χώρο για την δημιουργία του μαθηματικού αποθέματος. Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να διακρίνουμε (Μηνακάκης, 2008):

- Το οικονομικό σύστημα φυσικού ή μεταβλητού ασφαλιστρού.
- Το οικονομικό σύστημα σταθερού ασφαλιστρού.

Στην περίπτωση του φυσικού ασφαλιστρού ορίζεται μια περίοδος ισχύος της ασφαλιστικής κάλυψης καθώς και η μέση τιμή του ποσού που η ασφαλιστική επιχείρηση θα κληθεί να πληρώσει στον ασφαλισμένο της. όταν επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος.

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι στην ουσία ένα σύστημα εισροών - εκροών, δηλαδή αποταμίευσης και αποζημίωσης το οποίο χρηματοδοτείται με καθορισμένες εισφορές, έχει χαρακτηριστικά πλήρως κεφαλαιοποιητικά και λειτουργεί σε αναλογιστική βάση. Υπόχρεος για την καταβολή των εισφορών είναι ο ίδιος ο ασφαλισμένος στον οποίο τις περισσότερες περιπτώσεις μεταβιβάζεται και ο κίνδυνος της απόδοσης των επενδύσεων αφού το τελικό ποσό δεν είναι εγγυημένο.

Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ η ιδιωτική ασφάλιση έχει χαρακτήρα εθελοντικό ενώ υπάρχουν και χώρες εκτός ΟΟΣΑ, στις οποίες είναι υποχρεωτική. Σε χώρες όπως η Χιλή, η Αργεντινή, η Κολομβία και το Περού τα συστήματα αυτά είναι ιδιωτικά διαχειριζόμενα ενώ σε κάποιες άλλες όπως η Μαλαισία, η Σιγκαπούρη, κάποιες χώρες της Αφρικής είναι δημόσια διαχειριζόμενα (Μηνακάκης, 2008). Λειτουργούν όμως σε κεφαλαιοποιητική βάση και είναι προκαθορισμένης εισφοράς. Στα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης καταγράφονται:

- Υψηλές αποδόσεις, μεγαλύτερες συντάξεις.
- Δεν επηρεάζει την αγορά εργασίας.
- Εμφανίζει ανθεκτικότητα απέναντι στις δημογραφικές αλλαγές.
- Συντελεί στην αύξηση της αποταμίευσης.
- Υπάρχει σύνδεση μεταξύ παροχών και αποδόσεων
- Ενισχύονται τα εισοδήματα των ασφαλισμένων κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης.
- Υπάρχει ευελιξία στην καταβολή των εισφορών, αφού λαμβάνονται υπόψη οι πρόσκαιρες διακοπές της σταδιοδρομίας και οι περίοδοι μερικής απασχόλησης.

Στο μειονεκτήματα μπορούμε να διακρίνουμε:

- Δεν έχουν όλοι τη δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης λόγω υψηλού κόστους.
- Οι αποδόσεις των επενδύσεων ενδέχεται να μην είναι ανάλογες των προσδοκιών

- Κάμπτεται η κοινωνική αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών.
- Δεν παρέχονται εγγυήσεις για το τελικό ποσό (πχ κλείσιμο της «Ασπίς»).
- Οι υψηλές αποδόσεις εξαρτώνται εν μέρει και από την ακολουθούμενη φορολογική πολιτική.
- Το ασφαλιστικό προϊόν ενδέχεται να μην είναι κατάλληλο για τον αντισυμβαλλόμενο.
- Μειώνονται τα εισοδήματα κατά την περίοδο του εργασιακού βίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης λειτουργεί σύμφωνα με το μοντέλο του Bismark, με συνέπεια οι ασφαλιστικές εισφορές των ενεργών ασφαλισμένων να μη κεφαλαιοποιούνται αλλά να διατίθενται απ' ευθείας για την καταβολή των συντάξεων. Πιο αναλυτικά ο διανεμητικός χαρακτήρας του συνταξιοδοτικού συστήματος της Ελλάδας, εκφράζεται μέσα από την βασική αρχή, ότι οι ασφαλιστικοί φορείς εισπράττουν τα ασφάλιστρα των εργαζομένων και πληρώνουν τις συντάξεις των ηλικιωμένων. Έτσι, η αναλογία συνταξιούχων/ασφαλισμένων (δείκτης εξάρτησης συνταξιούχων) είναι καθοριστική για την οικονομική κατάσταση των ασφαλιστικών φορέων. Σε ένα τέτοιο σύστημα η οικονομική ισορροπία εξασφαλίζεται από την ισότητα του συνολικού μεγέθους των εισφορών και των δαπανών.

Ένα καλά σχεδιασμένο, λειτουργικό και βιώσιμο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΣΚΑ) συνιστά μέσον παραγωγής, με την έννοια ότι βοηθάει στην οικονομική αποτελεσματικότητα και την οικονομική ανάπτυξη και συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή. Ένα αποτελεσματικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μπορεί να συμβάλλει με δύο τρόπους στο να προσεγγίσει τους αναπτυξιακούς στόχους: έμμεσα μέσω της ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και άμεσα ενισχύοντας το αίσθημα συμμετοχής και ασφάλειας του πληθυσμού. Εγγυάται

την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού αυτού στην διαδικασία ανάπτυξης και έτσι βελτιώνεται η παραγωγικότητα του οικονομικού συστήματος.

2.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Σύμφωνα με τους Κρεμαλή, (1985) και Ρόκα, (2006), τα συστήματα κοινωνικής ασφάλειας έχουν ως κυριότερο σκοπό τους στην επίτευξη της κοινωνικής ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα στοχεύουν στην οικοδόμηση ενός συστήματος προστασίας του πληθυσμού από καταστάσεις οι οποίες μπορεί να επιφέρουν απώλεια των πηγών συντήρησης, αναφορικά με την προληπτική ή επανορθωτική προστασία της υγείας, με την εξασφάλιση απασχόλησης αλλά και τη διατήρηση της ικανότητας για εργασία, την εγγύηση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης αλλά και τη διασφάλιση της ανοικτής επιλογής κάθε ατόμου όσον αφορά στη συμμετοχή του στην οικονομική και κοινωνική ζωή (Γ.Γ.Κ.Α., 2014). Συνεπώς, ο στόχος της κοινωνικής ασφάλειας μπορεί επίσης αν συνδεθεί με την αναδιανομή του εισοδήματος, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής αλλά και την επιδίωξη της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η κοινωνική ασφάλεια είναι ένας όρος ο οποίος δεν αναφέρεται αποκλειστικά και μόνο σε έναν κοινωνικό στόχο, αλλά σε όλα τα μέτρα τα οποία αποσκοπούν στο συγκεκριμένο στόχο (Μωυσίδης, 2003). Η κοινωνική ασφάλεια, ως όρος, θεωρείται παράλληλος με την έννοια της κοινωνικής προστασίας, στην οποία συμπεριλαμβάνονται όλα τα εθελοντικά προγράμματα που δεν προκύπτουν από νομοθετική ρύθμιση. Η κοινωνική ασφάλεια, ως δικαίωμα προκύπτει νομοθετικά.¹

Η μέριμνα της κοινωνικής ασφάλισης δεν αποτελεί ιδιωτική υπόθεση, αλλά υπόθεση του συνόλου, καθώς το κράτος καθίσταται υπεύθυνο για την κοινωνική

¹ Βλ. Την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948 (άρθρο 22) και το ελάχιστο περιεχόμενό της προσδιορίζεται από τον Ευρωπαϊκό Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας του Συμβουλίου της Ευρώπης και από την περίφημη Διεθνή Σύμβαση Εργασίας 102 (1952) «περί ελάχιστων ορίων κοινωνικής ασφάλειας» της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Σημαντική θεωρείται εξάλλου η κατοχύρωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλεια στο άρθρο 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης.

ασφάλιση των εργαζομένων. Το γεγονός αυτό ορίζει ως βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης, την υποχρεωτικότητα, υπό την έννοια πως δημιουργείται μια υποχρεωτική κοινωνική προστασία των εργαζομένων, ανεξάρτητα από τυχόν αντίθετες απόψεις των ενδιαφερομένων.

2.3. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί καρπό μακροχρόνιων αγώνων των εργαζομένων και πολλών φωτισμένων προσωπικοτήτων της παγκόσμιας κοινότητας. Χρειάστηκε να ξεπεραστούν τεράστια εμπόδια και πλήθος αντιδράσεων προκειμένου ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης να λάβει την σημερινή του μορφή.

Στον τομέα της υγείας, αναπτύχθηκε σύστημα ιατρικής περίθαλψης, που παρέχονταν δωρεάν σε αυτούς που το είχαν ανάγκη. Στους ελληνιστικούς χρόνους και μετέπειτα, η πρόνοια γίνεται ολοένα και περισσότερο ιδιωτική υπόθεση και λιγότερο υπόθεση του Δήμου. Την περίοδο αυτή η θρησκεία και η φιλοσοφική και πολιτική σκέψη στηρίζουν ιδεολογικά τα μέτρα πρόνοιας που λαμβάνονται για να καλυτερεύσουν την ζωή των πολιτών. Εφαρμόζονται οι αρχές της κοινωνικής θρησκείας και φιλανθρωπίας, όπως η αποφυγή του να προξενήσει κανείς κακό σε άπορο ή φιλοξενούμενο, η απαγόρευση της ατίμωσης των γυναικών, η προστασία των ορφανών, η ενίσχυση και η καλή συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους. Η φιλανθρωπία, η δικαιοσύνη, η φιλευσπλαχνία, η αρετή, η εφαρμογή ηθικών κανόνων και η φιλεργία παρουσιάζονται σαν βασικές αξιώσεις του κοινωνικού συνόλου (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα αναπτύχθηκε και επεκτάθηκε στη χώρα μας και ο θεσμός της Επικουρικής Ασφάλισης. Η αναγκαιότητά της προέκυψε από το γεγονός ότι οι παροχές της κυρίας ασφάλισης δεν μπορούσαν να ικανοποιήσουν το βιοτικό επίπεδο των ευρέων λαϊκών στρωμάτων. Η πρώτη εμφάνιση της επικουρικής ασφάλισης στην ορθόδοξη προαιρετική μορφή της έγινε με τη σύσταση των Μετοχικών Ταμείων Στρατού (ΜΤΣ), Ναυτικού (ΜΤΝ) και Πολιτικών Υπαλλήλων.

2.4. ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η Κοινωνική Ασφάλιση σε διεθνές επίπεδο διέπεται από τις παρακάτω βασικές αρχές (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012):

- Την αρχή της υποχρεωτικής ασφάλισης,
- Την αρχή της καθολικότητας.
- Την αρχή της ενότητας,
- Την αρχή της καταβολής εισφορών.

Η πολιτεία στην προσπάθειά της να διασφαλίσει την αξιοπρεπή διαβίωση όσων αποχωρούν από την εργασία τους, να αντιμετωπίσει τους κινδύνους που διατρέχει η ζωή των εργαζομένων, να διασφαλίσει την οικογένεια, να ενισχύσει την μητρότητα, και να προστατεύσει από την ανεργία, επιβάλλει την υποχρεωτική ασφάλιση την οποία συνδέει με τον εργασιακό βίο. Ο κάθε εργαζόμενος πρέπει να ασφαρίζεται τόσο για το δικό του το συμφέρον, όσο και για το συμφέρον της οικογένειάς του αλλά και της κοινωνίας ολόκληρης. Συμμετέχοντας στα βάρη της κοινωνικής ασφάλισης ο εργαζόμενος αποκτά το δικαίωμα για απαίτηση παροχών σε περίπτωση που επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος. Εκτός από τους εργαζόμενους, στα βάρη της κοινωνικής ασφάλισης, συμμετέχουν οι εργοδότες και το κράτος καταβάλλοντας αντίστοιχα εισφορές και κοινωνικούς πόρους, με αποτέλεσμα οι κίνδυνοι που απειλούν τα άτομα, να διαμοιράζονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας.

Οι φορείς μέσω των οποίων παρέχεται η κοινωνική ασφάλιση, θα πρέπει να λειτουργούν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζονται (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012):

- Η παροχή ενός δίκτυ ασφαλείας για αυτούς οι οποίοι αποχωρούν από την εργασία ή είναι ανίκανοι ή αδυνατούν να εργασθούν.
- Η παροχή των προϋποθέσεων και των κινήτρων που θα επηρεάσουν την εργασιακή και αποταμιευτική συμπεριφορά των ατόμων με συνέπεια την ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης.

- Η ελαχιστοποίηση των δυνατοτήτων χειρισμού του συστήματος, τόσο από άτομα όσο και από κυβερνήσεις για προσπόριση ιδίου οφέλους, σε βάρος του δημοσίου συμφέροντος.
- Ο σχεδιασμός μακράς πνοής που θα διασφαλίσει την βιωσιμότητα των φορέων, θα εξασφαλίσει την πληρωμή των παροχών και θα διαφυλάσσει την κοινωνική συνοχή.

Όσον αφορά τα είδη της κοινωνικής ασφάλισης, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις βασικές κατηγορίες χρησιμοποιώντας ως κριτήριο τον σκοπό για τον οποίο έχει συσταθεί ο φορέας και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται ώστε ο ασφαλισμένος να ενταχθεί στην κάθε κατηγορία. Έτσι έχουμε (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012):

- Την υποχρεωτική ασφάλιση, στην οποία ανήκει ο εργαζόμενος άσχετα αν το επιθυμεί, όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις. Στην ασφάλιση αυτή, η οποία αποτελεί δικαίωμα και υποχρέωση ταυτόχρονα, υπάγονται όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία ή υπηρεσία έναντι αμοιβής, ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη. Η εργασία θα πρέπει να είναι επιτρεπτή από τους νόμους, τα χρηστά ήθη και να γίνεται με τη θέληση εκείνου που την ασκεί.
- Την επικουρική ασφάλιση, η οποία καλύπτει ορισμένες μόνο κατηγορίες ασφαλισμένων, αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα και παρέχεται από φορείς που έχουν συσταθεί ειδικά για αυτό το σκοπό. Η αναγκαιότητά της προέκυψε από το γεγονός ότι οι παροχές της κύριας υποχρεωτικής ασφάλισης προσαρμοσμένες στο σχετικά χαμηλό βιοτικό επίπεδο των ευρέων λαϊκών στρωμάτων δεν' μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες ορισμένων κατηγοριών ασφαλισμένων με υψηλές αμοιβές.

2.5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας εξειδικεύεται από τρεις βασικούς μηχανισμούς ή τεχνικές: την κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική πρόνοια και την προστασία της υγείας.

- Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση οικονομικών πόρων (ασφαλιστικές παροχές) από ειδικούς φορείς (ασφαλιστικοί οργανισμοί) σε πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς (ασφαλισμένοι), τα οποία αντιμετωπίζουν τυποποιημένους κινδύνους μείωσης εισοδημάτων ή αύξησης των δαπανών τους (ασφαλιστικοί κίνδυνοι) και έχουν συμπληρώσει προκαθορισμένες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις (χρόνο ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές).
- Η κοινωνική πρόνοια καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση μη ανταποδοτικών εισοδηματικών παροχών, παροχών σε είδος και κοινωνικών υπηρεσιών μέσω ειδικών φορέων (προνοιακοί φορείς) σε άτομα που τελούν σε κατάσταση ανάγκης και δεν μπορούν να την αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα (Πετρόγλου, 1974).
- Η προστασία της υγείας καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση παροχών σε είδος και υγειονομικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους φορείς, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Αν και οι τρεις βασικοί μηχανισμοί του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας επιβάλλεται να λειτουργούν συμπληρωματικά για την εξυπηρέτηση του ευρύτερου στόχου της κοινωνικής ασφάλειας, ωστόσο διαθέτουν σχετική αυτοτέλεια ως προς τα χρησιμοποιούμενα μέσα και τους επιμέρους στόχους που επιδιώκουν. Τόσο κατά το στάδιο του σχεδιασμού των ειδικότερων παρεμβάσεων που απαιτούνται στο πλαίσιο κάθε επιμέρους μηχανισμού, όσο και κατά το στάδιο της εφαρμογής των ειδικότερων κανόνων που ρυθμίζουν τις παρεμβάσεις αυτές, διαπιστώνεται ότι είναι αναγκαία η διάκριση μεταξύ των μηχανισμών του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας (Κυριακουλάκου, 1981).

Η κατοχύρωση της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων στην ιδρυτική Συνθήκη της Ρώμης διασφάλισε τη δυνατότητά τους να μετακινούνται, να εγκαθίστανται και να εργάζονται ελεύθερα εντός της κοινής αγοράς, συμβάλλοντας στην αρτιότερη κατανομή του εργατικού δυναμικού στα κράτη - μέλη. Συνέπεια της ελευθερίας μετακίνησης, εγκατάστασης και εργασίας αποτέλεσε η ανάγκη διασύνδεσης των κοινωνικό - ασφαλιστικών συστημάτων των κρατών - μελών, προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των

διακινούμενων εργαζομένων και να μην παρεμποδίζεται η ελευθερία κυκλοφορίας.²

Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της ΕΟΚ, και ενόψει του γεγονότος ότι τα ασφαλιστικά συστήματα των ιδρυτικών μελών ήταν οργανωμένα με βάση το βισμαρκιανό σύστημα, η ανάγκη διασύνδεσης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίστηκε κατά κύριο λόγο μέσω διμερών διακρατικών συμφωνιών, οι οποίες ρύθμιζαν τα ζητήματα της εφαρμοστέας νομοθεσίας, του συνυπολογισμού του χρόνου ασφάλισης κ.λπ. Η ένταξη στην ΕΟΚ χωρών με κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα μπεβεριτζιανής κατεύθυνσης κατέστησε εντονότερη την ανάγκη για συνολική ρύθμιση των ζητημάτων που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση των διακινούμενων εργαζομένων και για λήψη ειδικών μέτρων προστασίας των κοινωνικοασφαλιστικών τους δικαιωμάτων, δεδομένου ότι οποιαδήποτε αρνητική επίδραση στα εν λόγω δικαιώματα κατ' ουσίαν θα ματαίωνε τη δυνατότητα ελεύθερης διακίνησης του εργατικού δυναμικού.

Οι περιορισμένες αρμοδιότητες της ΕΟΚ στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας και η έλλειψη πολιτικής βούλησης που θα επέτρεπε τη διεύρυνση των αρμοδιοτήτων αυτών στην κατεύθυνση της εναρμόνισης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας, κατέστησε επιβεβλημένη την εξεύρεση άλλης, γενικώς αποδεκτής λύσης προκειμένου η ελεύθερη διακίνηση των εργαζομένων να μην αποβεί κενό γράμμα. Προσφορότερη λύση αποδείχθηκε η διασύνδεση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών - μελών μέσω ενός κοινοτικού συστήματος αρχών και κανόνων για τον προσδιορισμό του εφαρμοστέου δικαίου. Κατ' αυτό τον τρόπο αφ' ενός δεν θίγονταν οι ιδιαιτερότητες των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας και αφ' ετέρου διασφαλιζόταν η ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζόμενων, ενισχύονταν ο ελεύθερος ανταγωνισμός και αποτρέπονταν το κοινωνικό ντάμπινγκ (Νικολακοπούλου - Στεφάνου, 1992).³

² Το Συμβούλιο υιοθέτησε τους πρώτους Κανονισμούς για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης το 1958 (Κανονισμοί 3/58 και 4/58).

³ Οι κανόνες συντονισμού διασφαλίζουν τον ελεύθερο και υγιή ανταγωνισμό καθόσον οι συγκρούσεις δικαίου που προκαλούνται από το συνδυασμό των κανόνων κοινωνικής προστασίας των κρατών-

Η κατανόηση των κανόνων συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και ευρύτερα του ευρωπαϊκού δικαίου κοινωνικής ασφάλειας, προϋποθέτει την αναγωγή στη βασική εννοιολογική διάκριση μεταξύ συντονισμού και εναρμόνισης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας. Η διάκριση αυτή δεν εξαντλείται στις διαφορετικές τεχνικές που χρησιμοποιούν ο συντονισμός και η εναρμόνιση, αλλά σχετίζεται τόσο με τη νομιμοποιητική τους βάση όσο και με τα αποτελέσματά τους. Ενώ λοιπόν τελικό σκοπό αμφοτέρων αποτελεί η εξισορρόπηση της πολυπλοκότητας και της διαφορετικότητας που χαρακτηρίζει τα εθνικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, ο τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνονται οι σκοποί αυτοί αλλά και ο βαθμός παρέμβασης στα εθνικά συστήματα διαφέρουν σημαντικά (Schoukens, 1977).

Τα άρθρα 39 και 42 ΣυνθΕΚ καθορίζουν τις βασικές τεχνικές συντονισμού και συγκεκριμένα πρώτον το συνυπολογισμό των περιόδων ασφάλισης για την κτήση του δικαιώματος, δεύτερον την καταβολή των παροχών ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας των εργαζομένων και τρίτον την κατάργηση κάθε διάκρισης λόγω ιθαγένειας μεταξύ των εργαζομένων των κρατών - μελών.⁴ Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ερμηνεύοντας το άρθρο 42 (πρώην 51) ΣυνθΕΚ, αποδέχεται ότι αυτό καλύπτει το συντονισμό και όχι την εναρμόνιση της κοινωνικό - ασφαλιστικής νομοθεσίας των κρατών- μελών και αναγνωρίζει ότι οι

μελών, αλλά και οι διαφορές στα επίπεδα των παροχών και των εισφορών και στη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας δεν μπορούν αποκάλυπτα να τύχουν εκμετάλλευσης από εργοδότες και εργαζομένους.

⁴ Το άρθρο 39 ΣυνθΕΚ. εξασφαλίζει την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων εντός της Κοινότητας και καταργεί κάθε διάκριση λόγω ιθαγένειας μεταξύ των εργαζομένων των κρατών-μελών όσον αφορά την απασχόληση, την αμοιβή και τους άλλους όρους εργασίας. Το άρθρο 42 ορίζει: «Το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με τη διαδικασία του άρθρου 251, λαμβάνει στον τομέα της κοινωνικής ασφαλίσεως τα απαραίτητα μέτρα για την εγκαθίδρυση της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων, ιδίως με τη θέσπιση ενός συστήματος που να εξασφαλίζει στους διακινούμενους εργαζόμενους και στους εξ αυτών έλκοντες δικαιώματα: α) το συνυπολογισμό όλων των περιόδων που λαμβάνονται υπόψη από τις διάφορες εθνικές νομοθεσίες, για την κτήση και τη διατήρηση του δικαιώματος προς λήψη παροχής όπως και για τον υπολογισμό του ύψους αυτής, β) την καταβολή των παροχών στα πρόσωπα που κατοικούν στις επικράτειες των κρατών-μελών. Το Συμβούλιο αποφασίζει με ομοφωνία καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας του άρθρου 251».

διαφορές μεταξύ των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης συνεχίζουν να υφίστανται, όπως εξάλλου και οι διαφορές στα δικαιώματα των εργαζομένων που απασχολούνται σε διαφορετικά κράτη - μέλη. Καθίσταται επομένως σαφές ότι ουσιαστικές και διαδικαστικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων των κρατών - μελών δεν επηρεάζονται από το άρθρο 42 της Συνθήκης.

Οι κανόνες συντονισμού είναι κανόνες του ενωσιακού δικαίου που διασυνδέουν τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των κρατών - μελών ορίζοντας το εφαρμοστέο σε κάθε περίπτωση δίκαιο, χωρίς να περιορίζουν τις ουσιαστικές διαφορές που υπάρχουν στα επιμέρους εθνικά συστήματα. Το γεγονός ότι ο συντονισμός αποτελεί μια δυναμική και ανολοκλήρωτη διαδικασία, που παρουσιάζει σημαντικές ερμηνευτικές δυσχέρειες, έχει ως συνέπεια το σύστημα συντονισμού να εξελίσσεται κατ' ουσίαν υπό την πίεση της νομολογίας του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Στεργίου, 1997; Lagoque, 1993). Θα μπορούσε να υποστηριχθεί μάλιστα ότι το σύστημα συντονισμού αποτελεί κατεξοχήν ένα πεδίο όπου η νομολογία ασκεί έμμεση επιρροή στην πολιτική απόφαση και τροφοδοτεί τη νομοθετική δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για το λόγο αυτό άλλωστε καθίσταται επιβεβλημένη η εξαντλητική αναφορά στη νομολογία, προκειμένου να αποσαφηνιστούν επίμαχες έννοιες και ρυθμίσεις του συντονισμού.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των κανόνων συντονισμού και των κανόνων εναρμόνισης δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμη (Τσοτσορού, 1998). Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έχει αποφανθεί ότι η ελεύθερη μετακίνηση των εργαζομένων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως προβλέπεται από τα άρθρα 39 και 42 ΣυνθΕΚ, τίθεται σε κίνδυνο και η επίτευξή της καθίσταται δυσκολότερη στην περίπτωση που εισάγονται από το κοινοτικό δίκαιο μη αναγκαίες διαφοροποιήσεις. Κατά συνέπεια, οι κοινοτικοί κανόνες κοινωνικής ασφάλισης που εισάγονται με βάση το άρθρο 42 ΣυνθΕΚ δεν πρέπει να αυξάνουν τις διαφορές που ήδη απορρέουν από την έλλειψη εναρμόνισης των εθνικών νομοθεσιών.

Ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, παρά τα εγγενή του προβλήματα (Pieters, 1998; Cornelissen, 1996; Schoukens, 1977), αποτελεί κατ' ουσίαν το μοναδικό ολοκληρωμένο σύστημα ρύθμισης της κοινωνικής προστασίας σε ενωσιακό επίπεδο.

Πέρα από τους γενικότερους λόγους που κατέστησαν αναγκαία τη θέσπιση ενός συστήματος συντονισμού, δηλαδή πρωτίστως την προστασία των κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων που ασκούν το δικαίωμα ελεύθερης κυκλοφορίας, την προστασία του υγιούς ανταγωνισμού και την αποτροπή του κοινωνικού ντάμπινγκ, ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης αποσκοπεί στην επίλυση μιας σειράς ειδικότερων προβλημάτων, τα οποία συνδέονται με την αποκλειστική αρμοδιότητα κάθε κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ρυθμίζει τους κανόνες που διέπουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας στην επικράτειά του.

Η αποκλειστική αυτή αρμοδιότητα, γνωστή ως αρχή της εδαφικότητας (principle of territoriality), είναι συναρτημένη με την ελευθερία κάθε εθνικού νομοθέτη να οργανώσει το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας της χώρας του με βάση εθνικούς στόχους και να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά του χρησιμοποιώντας εδαφικά κριτήρια. Σύμφωνα με την αρχή της εδαφικότητας οι εθνικοί νομοθέτες μπορούν να υπαγάγουν στην κοινωνική ασφάλιση μόνο τα άτομα που εργάζονται ή κατοικούν στην επικράτεια του κράτους - μέλους, να θέτουν προϋποθέσεις κατοικίας για την απονομή παροχών και να λαμβάνουν υπόψη μόνο πραγματικά περιστατικά που συμβαίνουν στην επικράτεια του κράτους - μέλους (π.χ. εργατικό ατύχημα ή ασθένεια, περιόδους ασφάλισης ή άλλα περιστατικά, όπως η στρατιωτική θητεία).

Η θεμελίωση των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης με βάση την αρχή της εδαφικότητας έχει τις εξής συνέπειες, τις οποίες αποσκοπούν να άρουν οι κανόνες συντονισμού που έχει υιοθετήσει η Ευρωπαϊκή Ένωση:

- Άνιση μεταχείριση λόγω εθνικότητας, η καταπολέμηση της οποίας αποτελεί κεντρικό στόχο του κοινοτικού δικαίου. Οι κανόνες συντονισμού αίρουν άμεσες και έμμεσες διακρίσεις λόγω εθνικότητας.

- Δυσμενείς επιπτώσεις σε κεκτημένα δικαιώματα των διακινούμενων εργαζομένων λόγω των ρητρών κατοικίας που θέτει η εφαρμοστέα νομοθεσία, οι οποίες εμποδίζουν την εξαγωγή των παροχών. Οι κανόνες συντονισμού αίρουν τις ρήτρες κατοικίας καθιστώντας δυνατή την εξαγωγιμότητα των παροχών.
- Δυσμενείς επιπτώσεις σε υπό κτήση δικαιώματα διακινούμενων (δικαιώματα προσδοκίας) τα οποία θεμελιώνονται στις νομοθεσίες των κρατών - μελών, στις οποίες έχει διαδοχικά υπαχθεί ο εργαζόμενος κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του διαδρομής. ⁵Προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα προσδοκίας των διακινούμενων εργαζομένων οι κανόνες συντονισμού επιχειρούν να ενοποιήσουν το συνολικό χρόνο εργασίας τους μέσω του συνυπολογισμού των περιόδων ασφάλισης και κατοικίας.
- Συγκρούσεις κανόνων δικαίου, δεδομένου ότι τα εθνικά συστήματα χρησιμοποιούν διαφορετικούς κανόνες υπαγωγής στην ασφάλιση, με αποτέλεσμα να προκαλείται σφύρευση δικαιωμάτων για παροχές σε περίπτωση θετικής σύγκρουσης κανόνων και απώλεια δικαιωμάτων σε περίπτωση αρνητικής σύγκρουσης κανόνων. Οι κανόνες συντονισμού επιλύουν τις συγκρούσεις κανόνων προσδιορίζοντας ένα εφαρμοστέο δίκαιο σε κάθε περίπτωση διακινούμενου εργαζομένου.

Για την εκπλήρωση των προηγούμενων στόχων το Συμβούλιο υιοθέτησε τους Κανονισμούς 3/58 και 4/58, ⁶οι οποίοι αντικαταστάθηκαν από τους Κανονισμούς 1408/71 και 574/72. ⁷Υστερα από πολυάριθμες και συχνές τροποποιήσεις του, ο Κανονισμός 1408/71 αποτελεί μέχρι σήμερα το βασικό μηχανισμό για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.

⁵ Pieters, 2002, http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missnc/index_en.html.

⁶ Κανονισμός 3/58 «σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των διακινούμενων εργαζομένων» και Κανονισμός 4/58 (που ορίζει τις λεπτομέρειες εφαρμογής του Κανονισμού 3).

⁷ Κανονισμός 1408/71 «περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και στα μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας» και Κανονισμός 574/72 «περί τού τρόπου εφαρμογής του Κανονισμού 1408/71».

Οι κανόνες συντονισμού έχουν συμπληρώσει 32 χρόνια ισχύος στην κοινοτική έννομη τάξη και η συμβολή τους στη διασφάλιση της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων μέσω της «αποεδαφί κοποίησης» των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται στις εθνικές νομοθεσίες είναι αναμφισβήτητα σημαντική. Η ένταξη στο πεδίο του Κανονισμού των ειδικών συστημάτων για τους δημοσίους υπαλλήλους και πρόσφατα των πολιτών τρίτων χωρών που κατοικούν νόμιμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση σηματοδοτούν τη σταδιακή προσαρμογή των κανόνων συντονισμού στις αυξημένες ανάγκες μιας ενιαίας αγοράς. Παρά τις συχνές τροποποιήσεις του ο Κανονισμός 1408/71 παραμένει ένα εξαιρετικά περίπλοκο πλέγμα διατάξεων, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ενισχύει την πολυπλοκότητά τους. Παράλληλα, η εφαρμογή του Κανονισμού από τις εθνικές διοικήσεις αποδεικνύεται σε πολλές περιπτώσεις προβληματική (Τσοτσορού – Σκλήκα, 1998).

Είναι επίσης σημαντικό ότι ήδη από το 1998 προωθείται ο συντονισμός των επαγγελματικών συστημάτων του δεύτερου πυλώνα ⁸για την εξασφάλιση της επαγγελματικής συνταξιοδότησης, που επιτρέπει την παραμονή των διακινούμενων εργαζομένων στα επαγγελματικά συστήματα του κράτους προέλευσής τους.

2.6. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι χρηματοδοτείται και από τις ασφαλιστικές εισφορές αλλά και από την φορολογία (Μωυσίδης, 2003). Εκτός των άλλων, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να έχει χαρακτηριστική συμβολή στην χρηματοδότηση αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Υπεύθυνα για την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι ασφαλιστικοί φορείς. Τα νοσοκομεία αλλά και τα κέντρα υγείας λαμβάνουν χρηματοδότηση, κατά βάση, από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτά αμείβονται με μισθό, ενώ οι

⁸ Βλ. Οδηγία 98/49 ΕΕ, που εκδόθηκε στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την κατοχύρωση των ελευθεριών διακίνησης των κεφαλαίων και παροχής υπηρεσιών.

εργαζόμενοι στα ασφαλιστικά ταμεία αμείβονται από το ίδιο το ταμείο. Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, (2007), τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- Μεικτό σύστημα
- Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία (ανάλογα με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις)
- Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα

Αναφορικά με το τομέα της οργάνωσης των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης τον οποίο εποπτεύει το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, μετά τη μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε το 2008, έχουν περιοριστεί, όπως έχει προαναφερθεί στους παρακάτω (OECD, 2013):

Σύμφωνα με , υπάρχουν έξι ταμεία χορήγησης κυρίων συντάξεων: το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που καλύπτει την πλειοψηφία των μισθωτών και των νεοεισερχόμενων στο δημόσιο, ο ΟΑΕΕ για τους αυτοαπασχολούμενους, το ΕΤΑΑ που καλύπτει μια ειδική ομάδα επαγγελματιών, (στους οποίους συγκαταλέγονται οι γιατροί, οι μηχανικοί και οι δικηγόροι), το ΕΤΑΠ-ΜΜΕ που καλύπτει τους εργαζόμενους στα ΜΜΕ, ο ΟΓΑ για τους αγρότες και τους εργάτες γης, και το Ταμείο Συντάξεων της Τράπεζας της Ελλάδας. Τα ταμεία αυτά περιλαμβάνουν μικρότερα ταμεία. Αυτά τα ταμεία χορήγησης κυρίων συντάξεων έχουν τη γενική αρμοδιότητα για την χορήγηση παροχών κοινωνικής ασφάλισης (πλην υγειονομικής περίθαλψης), επικουρικών συντάξεων, επιδομάτων ανεργίας, στεγαστικών επιδομάτων και προγράμματα αναψυχής. Από την κατάργηση του

ΟΕΚ και του ΟΕΕ το 2012, όσοι υπάγονται στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, λαμβάνουν επιδόματα ανεργίας, υπηρεσίες απασχόλησης και υπηρεσίες φροντίδας σε βρεφονηπιακούς σταθμούς από τον ΟΑΕΔ (Οργανισμός Ασφάλισης Εργατικού Δυναμικού).

Τα ταμεία υγειονομικής περίθαλψης έχουν ενσωματωθεί στην πλειονότητά τους σε ένα κεντρικό Ταμείο υγειονομικής περίθαλψης (τον ΕΟΠΥΥ). Σε αυτό το ταμείο υπάγονται όλοι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ, του ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (από τον Ιανουάριο του 2012), του ΤΑΥΤΕΚΩ (από το Μάιο του 2012, του ΕΤΑΑ, της ΕΤΒΑ, της ΕΤΕ, της Εμπορικής, ορισμένων ιδιωτικών τραπεζών (από το Νοέμβριο του 2012) και των δημοσίων υπάλληλων καλύπτοντας έτσι περίπου το 90% του πληθυσμού. Δεν υπάγονται στα συστήματα του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλισμένοι του ΤΥΠΕΤ (Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας) και οι υπάλληλοι της Τράπεζας της Ελλάδας.

Τα χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα, διαμέσου της εξέλιξης της ως θεσμό σε επίπεδο λειτουργίας και παροχών είναι (Μηνακάκης, 2008):

- η εισφοροδιαφυγή και η εισφοροκλοπή είναι ανεξέλεγκτες
- η μηχανογράφηση εισάγεται βραδύτατα
- η πρόκληση ανισοτήτων από τους καταβαλλόμενους κοινωνικούς πόρους σε συγκεκριμένα ασφαλιστικά ταμεία
- οι μεταρρυθμίσεις διατήρησαν το δημόσιο χαρακτήρα
- πολυδιάσπαση η οποία επέφερε ανισότητες και διακρίσεις και ως αποτέλεσμα προκλήθηκε η πολυνομία
- τα αποθεματικά δεν αξιοποιήθηκαν και απαξιώθηκαν
- το μεγαλύτερο ποσοστό των συντάξεων κυμαίνεται στα κατώτερα όρια με αποτέλεσμα το 22% των συνταξιούχων να ζουν με τον κίνδυνο της φτώχειας

2.6.1. ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Βάσει των στατιστικών στοιχείων, οι δαπάνες για κοινωνική προστασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση αντιστοιχούσαν το 2008, κατά μέσο όρο, στο 27,7% περίπου του ΑΕΠ (μειώθηκαν από 29% το 1993). Αναφορικά με τις συντάξεις γήρατος και την υγειονομική περίθαλψη, αυτές είναι οι μεγαλύτερες συνιστώσες της κοινωνικής προστασίας στην Ένωση περίπου 2/3 των συνολικών εξόδων. Στη χώρα μας, το ποσοστό αυτό, που ήταν 25,5% το 1999, αυξήθηκε σε 27,1% το 2001 (μόλις λίγο μικρότερο από το μέσο όρο 27,3% της Ε.Ε.25) και περιορίστηκε στο 26,6% το 2008. Οι διαφορές αυτές, που απεικονίζουν τις διαφορές στο βιοτικό επίπεδο, είναι ενδεικτικές της ποικιλομορφίας των εθνικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας και των συγκεκριμένων δημογραφικών, οικονομικών, κοινωνικών συνθηκών και θεσμικών δομών κάθε χώρας.⁹

Από τον πίνακα που παρατίθεται παρακάτω, βλέπουμε τη διαχρονική πορεία των κοινωνικών εισφορών, οι οποίες ακολουθούν μια σταθερή σχετικά εξέλιξη, ωστόσο είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος των συνολικών εσόδων του κράτους. Οι μη χρηματοοικονομικοί λογαριασμοί της Γενικής Κυβέρνησης παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα μεγέθη που συνιστούν τα έσοδα (φόροι, εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, κεφαλαιακές μεταβιβάσεις, κλπ) και τις δαπάνες (εισόδημα εξαρτημένης εργασίας, ενδιάμεση ανάλωση, κοινωνικές παροχές, πληρωμές τόκων, κλπ) της Γενικής Κυβέρνησης (Γ.Γ.Κ.Α., 2014).

⁹ Η Ελλάδα κατέχει τη δεύτερη θέση με τα υψηλότερα ποσοστά αύξησης (+6,4% το χρόνο κατά μέσον όρο), μετά την Ιρλανδία (+8,7%), ενώ η Μάλτα (+0,7%) και η Φινλανδία (+0,8%) είχαν τη μικρότερη αύξηση.

Πίνακας 1: Μη χρηματοοικονομικοί λογαριασμοί Γενικής κυβέρνησης (2012-2014)

Κατηγορίες	2012Q1	2012Q2	2012Q3	2012Q4	2013Q1	2013Q2	2013Q3	2013Q4	2014Q1	2014Q2
Έσοδα	19.290	21.456	21.799	25.242	17.364	19.664	23.907	24.848	17.592	20.732
Φόροι στην παραγωγή και στις εισαγωγές	5.837	6.055	6.481	6.920	5.693	5.695	6.280	6.593	5.812	6.086
Φόροι στο εισόδημα και την περιουσία	3.525	3.429	3.255	6.311	3.209	4.330	5.338	5.853	3.806	4.790
Κοινωνικές εισφορές	6.789	6.665	6.875	6.089	6.177	6.025	6.092	6.057	6.151	5.993
Λοιπά τρέχοντα έσοδα	2.089	2.986	2.357	3.145	2.035	3.452	3.576	3.265	1.827	2.694
Κεφαλαιακές μεταβιβάσεις	1.050	321	831	2.777	250	162	2.821	3.100	-4	1.169
Συνολικές δαπάνες	25.182	25.163	27.844	26.302	25.404	33.404	25.471	25.761	19.893	21.150
Πρωτογενείς δαπάνες	19.751	22.862	25.860	26.276	21.579	31.494	23.690	24.006	18.121	19.310
Αμοιβές εξηρητημένης εργασίας	5.615	6.034	5.930	6.452	5.389	5.616	5.255	5.510	5.208	5.158
Κοινωνικές παροχές	10.673	11.126	10.382	11.848	9.266	9.678	9.386	10.051	9.215	9.483
Προϊόντα και υπηρεσίες	1.841	2.449	1.971	3.551	1.300	1.998	1.994	2.955	1.431	1.929
Επιδότησεις	208	118	93	140	134	198	125	133	109	172
Λοιπές τρέχουσες μεταβιβάσεις	868	896	722	578	1164	771	797	708	977	1.013
Κεφαλαιακές μεταβιβάσεις	746	2.239	6.762	3.707	4.326	13.233	6.133	4.649	1.181	1.555
Τόκοι	3.431	2.301	1.984	2.026	1.825	1.910	1.781	1.755	1.772	1.840
Πρωτογενές Ισοζύγιο (χωρίς τόκους) ¹	-461	-1.406	-4.061	-1.034	-4.215	-11.830	217	842	-529	1.422
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης	-3.892	-3.707	-6.045	-3.060	-6.040	-13.740	-1.564	-913	-2.301	-418
Στοιχείο προς υπόμνηση:	2012Q1	2012Q2	2012Q3	2012Q4	2013Q1	2013Q2	2013Q3	2013Q4	2014Q1	2014Q2
Υποστηρίξη των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων ² (όταν οι δαπάνες υπερβαίνουν τα έσοδα το πρόσημο είναι αρνητικό)	-27	52	-5.203	-89	-3.643	-11.050	-4.234	-39	127	115

Πηγή: <http://www.taxheaven.gr>

Πίνακας 2: Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης, για κάθε φορέα ασφάλισης

Φορέας κοινωνικής ασφάλισης	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	948	995	2.447	3.200	2.795	2.068	2.308	2.462	4.246	4.652	3.124	4.641	4.472	3.250	41.614
ΤΑΠ ΟΤΕ	50	112	289	241	226	340	498	286	774	800	665	560	534	534	5.914
ΟΓΑ	2.911	3.189	3.345	3.617	4.225	4.891	5.036	5.659	6.598	7.044	6.723	6.507	5.403	4.626	69.740
Λογαριασμός Αγροτικής Εστίας					8	22	11	11	14	11	10	11	13	11	126
ΟΑΕΕ	356	429	436	509	889	761	797	898	1.369	1.935	1.623	1.635	1.901	2.063	15.609
ΕΤΑΑ - πρώην Ταμείο Νομικών	55	65	65	70	70	57	70	78	95	118	49	42	43	24	901
ΟΑΠ ΔΕΗ	0		276	288	300	375	434	489	728	753	604	600	578	716	6.146
NAT	469	493	510	601	733	847	906	1.023	1.100	1.359	1.141	1.165	1.004	1.022	12.378
ΕΟΠΥΥ														3.031	3.031
ΟΠΑΔ	631	663	820	924	889	930	990	1.200	1.149	1.330	1.250	1.119			11.897
ΟΑΕΔ	62	369	297	317	281	219	305	257	370	454	900	1.010	748	471	6.065
ΤΠΔΥ Εκτακτη Χρηματοδότηση													40	713	753
Τριμερής Χρηματοδότηση λοιπών ΦΚΑ	4,72	1,52	15		7	19	70	20	1,36						142
ΑΚΑΓΕ										522	560	571,29	493	451	2.597
Λοιπές Επιχορηγήσεις (υπό κατανομή)														505	2.505
Ανάληψη οφελών ΦΚΑ προς Νοσοκομεία ΕΣΥ		2.401										3.144			8.130
Σύνολο	5.490	8.720	8.508	9.770	10.434	2.585	11.462	12.417	16.420	18.990	16.656	21.008	15.236	17.528	185.770
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν σε αγοραίες τιμές	136.281	146.428	156.615	172.431	185.266	193.050	208.893	222.771	232.920	231.642	222.151	208.532	194.003	189.708	
% Σύνολο Κοιν. Δαπάνης / ΑΕΠ	4,03%	5,96%	5,43%	5,67%	5,63%	6,80%	5,49%	5,57%	7,05%	8,20%	7,50%	10,07%	7,85%	9,24%	

Πηγή: <http://www.taxheaven.gr>

Η διαχρονική πορεία των δαπανών στο κάθε ταμείο μεταβάλλεται αισθητά. Για παράδειγμα, οι δαπάνες για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, κατά τη διάρκεια του 2000 ήταν πολύ λιγότερες συγκριτικά με αυτές του 2013.

Αναφορικά με τον υπολογισμό των συνταξιοδοτικών δαπανών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες. Πιο συγκεκριμένα, η πορεία των αναμενόμενων συνταξιοδοτικών δαπανών ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ αναλύεται σε τέσσερις δείκτες που συνεισφέρουν στην εκτίμηση των προβολών σε ένα συνταξιοδοτικό σύστημα. Οι δείκτες αυτοί είναι (Γ.Γ.Κ.Α., 2014):

- Ο δείκτης εξάρτησης (dependency ratio), ο οποίος υποδηλώνει ένα μέτρο γήρανσης του πληθυσμού.
- Ο δείκτης κάλυψης (coverage ratio), ο οποίο αποτυπώνει ένα μέτρο πυκνότητας των συνταξιούχων στον γεροντικό πληθυσμό (ηλικίας 65 και άνω).
- Του δείκτη 1 /δείκτης απασχόλησης (1/employment ratio), όπου ο δείκτης απασχόλησης υποδηλώνει ένα μέτρο της ανεργίας.
- Του δείκτη παροχών (benefit ratio), ο οποίος υποδηλώνει ένα μέτρο της γενναιοδωρίας ή μη των παροχών του συστήματος.

Σύμφωνα με τους Ρομπόλη & Μπέτση, (2013), το παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού (ηλικίες 15-64 ετών) συντηρεί το μη παραγωγικό τμήμα (0-14 και 65+). Η σχέση αυτή αποτυπώνεται στον δείκτη εξάρτησης ο οποίος διασπάται σε δύο συνιστώσες. Η πρώτη συνιστώσα είναι ο λόγος της ομάδας 65 ετών και άνω προς το παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού και η δεύτερη συνιστώσα ως ο λόγος της ομάδας 0-14 ετών προς το παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού.

Πίνακας 3: Δείκτες εξάρτησης πληθυσμού, διαχρονική πορεία

Πληθυσμός 0-14 και 65 ετών και άνω/πληθυσμό 15-64 ετών	Πληθυσμός 65 ετών και άνω/Πληθυσμό 15- 64 ετών	Πληθυσμός 0-14 ετών/Πληθυσμός 15- 64 ετών
53	11,1	41,9
52,7	13,9	38,8
56,6	18,8	37,8
57,5	21,9	35,6
50,5	22,7	27,8
47,7	25,2	22,5
49,9	28,4	21,5

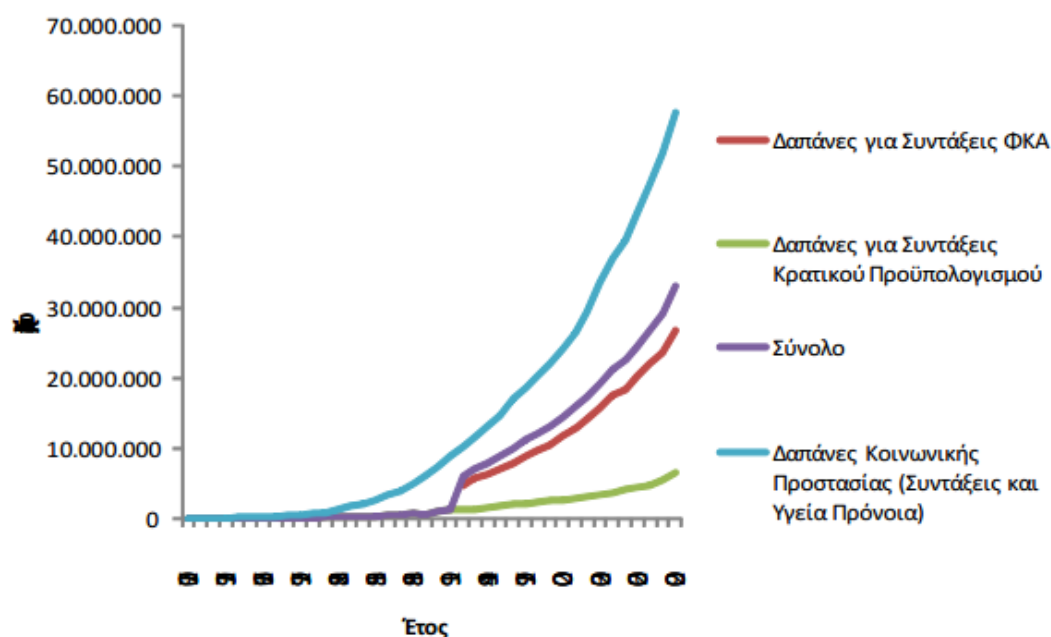
Πηγή: Γ.Γ.Κ.Α., 2014

Πίνακας 4: Δαπάνες φορέων κοινωνικής ασφάλισης και κρατικού προϋπολογισμού

Ετος	Δαπάνες για Συντάξεις ΦΚΑ	Δαπάνες για Συντάξεις Κρατικού Προϋπολογισμού	Σύνολο	Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας (Συντάξεις και Υγεία Πρόνοια)
1970		19.178	19.178	101.247
1971		22.060	22.060	111.231
1972		24.181	24.181	123.011
1973		29.185	29.185	139.380
1974		39.589	39.589	174.785
1975		47.116	47.116	215.204
1976		53.852	53.852	275.465
1977		65.444	65.444	349.112
1978		79.824	79.824	451.336
1979		103.930	103.930	559.633
1980		116.126	116.126	702.050
1981		150.257	150.257	924.049
1982		208.364	208.364	1.396.118
1983		251.798	251.798	1.733.511
1984		309.523	309.523	2.160.469
1985		387.381	387.381	2.743.286
1986		487.161	487.161	3.365.070
1987		582.591	582.591	3.941.440
1988		713.227	713.227	4.913.050
1989		596.590	596.590	5.968.211
1990		1.110.855	1.110.855	7.415.542
1991		1.232.945	1.232.945	9.018.438
1992	4.803.938	1.323.891	6.127.829	10.197.977
1993	5.736.701	1.423.756	7.160.457	11.451.133
1994	6.317.285	1.635.108	7.952.393	13.089.645
1995	7.036.443	1.760.822	8.797.265	14.723.468
1996	7.993.861	2.010.271	10.004.132	16.913.367
1997	9.023.536	2.124.724	11.148.260	18.697.449
1998	9.747.352	2.259.721	12.007.073	20.312.804
1999	10.558.034	2.538.517	13.096.551	21.953.179
2000	11.759.788	2.743.947	14.503.735	24.108.539
2001	12.914.882	2.984.593	15.899.475	26.558.017
2002	14.232.818	3.163.610	17.396.428	29.465.821
2003	15.634.462	3.441.000	19.075.462	33.491.558
2004	17.568.631	3.640.000	21.208.631	37.037.854
2005	18.433.384	4.212.000	22.645.384	39.700.909
2006	20.086.020	4.415.000	24.501.020	43.325.494
2007	22.049.305	4.812.000	26.861.305	47.397.014
2008	23.655.295	5.412.000	29.067.295	51.843.732
2009	26.667.849	6.465.000	33.132.849	57.705.472

Πηγή: Γ.Γ.Κ.Α., 2014

Διάγραμμα 7: Διαχρονική Εξέλιξη δαπανών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και Κρατικού Προϋπολογισμού (σε χιλ. ευρώ) (2000-2014)



Πηγή: Ρομπόλης & Μπέτσης, 2013

Παρατηρείται ότι ο δείκτης εξάρτησης την 60-ετία 1951-2010 έχει αυξηθεί κατά 155% (βλ. Πίνακα 3) και το προσδόκιμο ζωής κατά 35% (περίπου κατά μέσο όρο) όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 2. Παράλληλα, από τον Πίνακα 5, παρατηρείται η αύξηση των δαπανών για συντάξεις από 230 εκ. ευρώ το 1980 σε 24 δις ευρώ το 2010 (οι δαπάνες για συντάξεις έχουν αυξηθεί περίπου 5,5 φορές σε τρέχουσες τιμές).

Η ανεργία, κατά τη διάρκεια του 2014, από τα στοιχεία που παρέχονται από έρευνες της ΕΛ.ΣΤΑΤ. κινείται περίπου στο ποσοστό του 28% - 29% και η οικονομία είναι σε ύφεση με ρυθμούς της τάξης του -4,5%, γεγονός που επιβαρύνει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα έσοδα των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και τα αποθεματικά τους.

Πίνακας 5: Πορεία του ΑΕΠ 2012-2014

ΤΡΙΜΗΝΑ▶	2012		2013				2014		
	γ'	δ'	α'	β'	γ'	δ'	α'	β'	γ'
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν Σε αγοραίες τιμές	-6,6	-4,7	-5,4	-4,1	-3,5	-2,9	-0,3	0,4	1,6
Τελική καταναλωτική δαπάνη	-8,4	-6,0	-6,3	-3,7	-2,5	0,2	0,5	1,2	2,0
Ιδιωτική	-7,5	-6,7	-4,8	-2,4	-2,8	1,6	0,4	1,0	3,1
Δημόσια	-12,8	-1,2	-12,1	-8,8	-1,8	-3,6	0,7	2,2	-2,4
Επενδύσεις	-37,2	-14,6	-12,5	-12,6	-2,7	-9,0	-5,8	-5,0	1,0
Εξαγωγές	1,2	2,3	0,3	4,6	3,9	-2,6	7,4	9,1	8,6
Εισαγωγές	-11,3	-2,4	-3,2	-2,7	1,4	-6,7	0,3	8,2	2,9

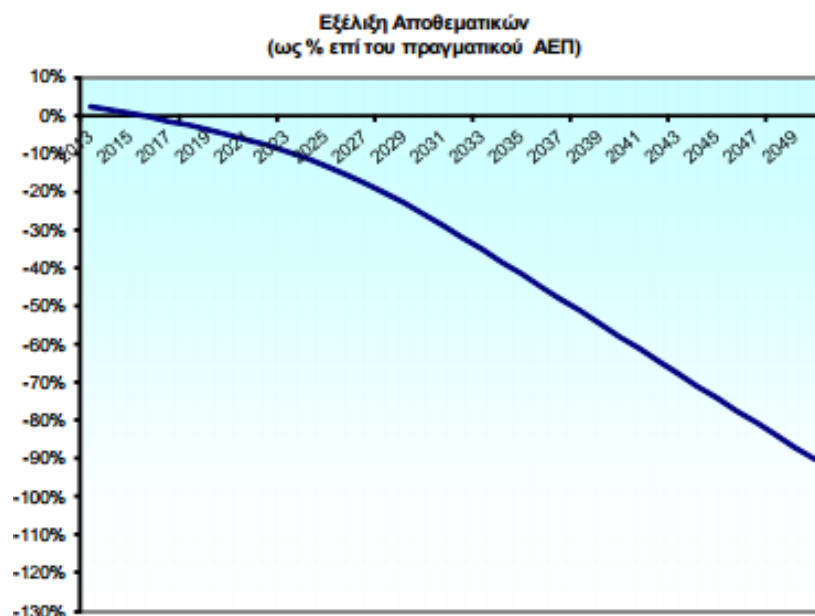
Πηγή: Γ.Γ.Κ.Α., 2014

Το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 1,6% το ΑΕΠ στο τρίτο τρίμηνο του 2014 έναντι του ίδιου διαστήματος του 2013 και σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση για τον κρατικό προϋπολογισμό, όπως βλέπουμε και στον παραπάνω πίνακα, το ΑΕΠ, έχει μειωθεί από το 2012, συγκριτικά με το 2013.

Αναφορικά με το μέσο έτος εξόδου στην συνταξιοδότηση, μετά τις παρεμβάσεις στο ασφαλιστικό σύστημα που πραγματοποιήθηκαν από τις επιταγές των μνημονίων, η μέση ηλικία συνταξιοδότησης έχει αυξηθεί στα 67 έτη.

Έχοντας αναλύσει το σύνολο των δεδομένων, μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα αναφορικά με τη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και πως αυτή αξιολογείται (Γ.Γ.Κ.Α., 2014). Αναφορικά με την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων της παρούσας δευτερογενούς έρευνας, στο παρακάτω Διάγραμμα αποτυπώνεται η εξέλιξη των αποθεματικών έχοντας ενσωματωθεί οι αλλαγές στα μακροοικονομικά δεδομένα που ισχύουν το 2014-2015.

Διάγραμμα 10: Αναμενόμενη εξέλιξη αποθεματικών



Πηγή: ΓΣΣΕ, 2014

Όπως μπορεί να παρατηρηθεί από το παραπάνω διάγραμμα, η εξέλιξη των αποθεματικών εμφανίζει μια πτωτική πορεία κατά τη διάρκεια των ετών, αποτέλεσμα που προκύπτει από την ανασκόπηση των υπαρχόντων δεδομένων, σχετικά με την βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος.

2.6.2. ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ – Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Σολωμό, (1999), η δημογραφία ασχολείται κατά κύριο λόγο με τις δημογραφικές εξελίξεις του πληθυσμού, το μέγεθος του, την κατανομή του, την κίνηση του κ.τ.λ. Λέγοντας πληθυσμό στη δημογραφία εννοούμε το σύνολο των κατοίκων μιας περιοχής σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή περίοδο, συνεπώς το κοινό τους στοιχείο είναι η κατοίκηση στην ίδια περιοχή (Γ.Γ.Κ.Α., 2014). Για να επιτευχθεί η περιγραφή των πληθυσμών αυτών, η επιστήμη αυτή

χρησιμοποιεί συγκεκριμένες μεθόδους, ασχολείται με την κατάρτιση δημογραφικών στατιστικών, την ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν από αυτές, την αναζήτηση των αιτιών και των συνεπειών των πληθυσμιακών μεταβολών και τη διαμόρφωση μέτρων δημογραφικής πολιτικής.

Προς διευκόλυνση της μελέτης θα χρησιμοποιήσουμε δείκτες, όπως δείκτες οι οποίοι αναφέρονται στις δύο από τις τρεις βασικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή τα άτομα των ώριμων ηλικιών (15 έως 64 ετών) και τους ηλικιωμένους (65 ετών και άνω), διότι η πρώτη ηλικιακή κατηγορία αποτελείται από άτομα που αργά ή γρήγορα θα εισέλθουν στην αγορά εργασίας και η δεύτερη συμπεριλαμβάνει τους συνταξιούχους (Σολωμός, 1999). Την ηλικιακή κατηγορία 15 έως 64 ετών μπορεί να τη συναντήσουμε και με όρους όπως πληθυσμός σε ηλικία εργασίας ή εργάσιμης ηλικίας ή παραγωγικής.

Σύμφωνα με τον Κικίλια και συν., (2001), ο όρος δημογραφική γήρανση, αναφέρεται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό, στη σταδιακή μετατόπιση της ηλικιακής πυραμίδας του πληθυσμού προς τις υψηλότερες ηλικίες. Η μετατόπιση αυτή επηρεάζεται από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας, αλλά και από τη μείωση της γονιμότητας που συνεπάγεται με τη μείωση των γεννήσεων.

Η πτώση της γεννητικότητας τα τελευταία χρόνια και η πιθανή διατήρησή της σε χαμηλά επίπεδα τα επόμενα χρόνια προμηνύει πως το μέλλον του ασφαλιστικού συστήματος θα είναι ζοφερό (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012). «Ενώ για τις προσεχείς δεκαετίες αυτοί που θα συνταξιοδοτούνται κάθε χρόνο θα εξακολουθήσουν να είναι περίπου όσοι ήταν και στο πρόσφατο παρελθόν και λίγο ακόμη περισσότεροι, -αφού πρόκειται για πολυπληθέστερες ομάδες πληθυσμού, που γεννήθηκαν παλαιότερα, όταν η γεννητικότητα ήταν ακόμη σχετικά υψηλή- αυτοί που θα εισέρχονται στο εργατικό δυναμικό, καθώς ενηλικιώνονται όσοι γεννήθηκαν στα χρόνια χαμηλής γεννητικότητας- μετά το 1980- και θα καταβάλλουν οι εισφορές, θα τείνουν σε πολύ σοβαρή μείωση» (Γ.Γ.Κ.Α., 2014).

Αφετηρία του προβληματισμού για το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα αποτελεί η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού η οποία οφείλεται κυρίως στην κάμψη της γεννητικότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Οι χρηματοοικονομικές ροές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης επηρεάζονται από τις δημογραφικές εξελίξεις και τις εξελίξεις στον τομέα της απασχόλησης.

Η γήρανση του πληθυσμού έχει επιπτώσεις και στα καφαλαιοποιητικά και στα διανεμητικά συνταξιοδοτικά συστήματα (Γ.Γ.Κ.Α., 2014). Οι λύσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών αυτού του φαινομένου πρέπει να αναζητηθούν κυρίως στη λήψη μέτρων για την αύξηση της απασχόλησης.

Οι δημογραφικοί παράγοντες ασκούν επίδραση στα ασφαλιστικά συστήματα και συχνά καθορίζουν τη συγκριτικά ευμενή ή μη θέση μεταξύ των κρατών μελών. Μια χώρα με υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης εξασφαλίζει μια συγκριτικά δυσμενή θέση διότι αναπόφευκτα θα δαπανά συγκριτικά υψηλά ποσά για συντάξεις.

Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες κατέχει δυσμενή θέση, διότι οι συνταξιοδοτικές δαπάνες προβλέπεται να αυξηθούν και να φτάσουν το 2050 στο 25% του ΑΕΠ. Το ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα θεωρείται από τα πιο δαπανηρά.

Τα έσοδα από εισφορές αυξάνουν όσο περισσότερο αυξάνεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος (Γ.Γ.Κ.Α., 2014). Η εισφοροδιαφυγή περιορίζεται όταν η αποτελεσματικότητα, δηλαδή η ικανότητα του ασφαλιστικού συστήματος να εισπράττει τις ασφαλιστικές και εργοδοτικές εισφορές, είναι μεγάλη.

2.6.3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Η κατάσταση μετά το 2015 λαμβάνει ανεξέλεγκτες διαστάσεις με σημαντική επιβάρυνση των ατόμων που εισήλθαν στην αγορά εργασίας μετά το 1993 και καλούνται να επωμισθούν το υψηλό συνταξιοδοτικό βάρος. Οι εργαζόμενοι αυτοί θα συνεχίσουν να καταβάλλουν τις εισφορές που τους αναλογούν, αν έχουν τη βεβαιότητα ότι θα εισπράξουν με τη σειρά τους τη σύνταξη που

προσδιορίστηκε για αυτούς με τις νομοθετικές ρυθμίσεις του 1990 -1992. Σε ένα ασφαλιστικό σύστημα υπό αμφισβήτηση, κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί αν έγκαιρα δεν ληφθούν τα κατάλληλα μεταρρυθμιστικά μέτρα που θα συμβάλλουν προς την κατεύθυνση της βιώσιμης ανάπτυξης του (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα είναι ατελέσφορα άδικο. Αν και είναι γενναιόδωρο ως προς τις συντάξεις είναι φειδωλό στην κάλυψη των αναγκών που δημιουργεί η μακρόχρονη ανεργία, η υποαπασχόληση και η φτώχεια. Ενώ η χώρα μας σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, δαπανά υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ για συντάξεις (12,6% το 2000-2010), εντούτοις το ποσοστό της φτώχειας των ηλικιωμένων είναι από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη.

Στη δομή και τη λειτουργία του ασφαλιστικού μας συστήματος αποτυπώνεται καθαρά η πελατειακή λογική του κομματικού κράτους και οι ταξικοί συσχετισμοί δυνάμεων. Όμως το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα δεν είναι ούτε οικονομικά βιώσιμο. Μ βιωσιμότητά του απειλείται από έναν συνδυασμό παραγόντων. Καταρχήν το σύστημα έχει «γεράσει». Όπως σε κάθε διανεμητικό ασφαλιστικό σύστημα, ενώ αρχικά η ευνοϊκή αναλογία ασφαλισμένων και δικαιούχων επιτρέπει τη δημιουργία πλεονασμάτων, στη συνέχεια η ωρίμανση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων ανατρέπει την πληθυσμιακή ισορροπία και δημιουργεί αναλογιστικά ελλείμματα (INE / ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ).

Η κατάσταση επιδεινώνεται από τις δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα και όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η μείωση του δείκτη γονιμότητας ανατρέπουν ριζικά την αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους, ενώ ως άριστη σχέση θεωρείται το 4 προς 1, στην χώρα μας σήμερα, η αναλογία αυτή ήδη έχει γίνει 2 προς 1 και στο άμεσο μέλλον αναμένεται η περεταίρω μείωσή της. Στους γενικούς αυτούς παράγοντες πρέπει να προστεθεί και η ελληνική ιδιομορφία (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012). Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα χαρακτηρίζεται από εσωτερικές στρεβλώσεις που επιβαρύνουν τα ελλείμματα όπως είναι η άναρχη παραχώρηση συνταξιοδοτικών προνομίων σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες, η χαμηλή μέση

πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης, ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός αναπηρικών συντάξεων, οι πολλαπλές συντάξεις κ.λ.π.

2.6.4. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα ως αναδιανεμητικό, χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο, από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών καθώς και από κοινωνικές εισφορές κατά κλάδο ασφάλισης, συμμετοχές του κράτους και από προσόδους της περιουσίας των Φ Κ Α.

Η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των φορέων ασφάλισης για κύρια και επικουρική σύνταξη, για ασθένεια και για πρόνοια είναι οι εργατικές και εργοδοτικές εισφορές ενώ οι πρόσοδοι από την περιουσία είναι πολύ χαμηλές. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο χρηματοδότησης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των διαφόρων χωρών, οι οποίες πρέπει να αναζητηθούν στην ιστορική και θεσμική διαδρομή, στον βαθμό ανάπτυξης αλλά και την ιδιαίτερη φιλοσοφία των συστημάτων αυτών (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012). Γενικά παρατηρούμε μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλιστικών εισφορών, στη χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας, σε χώρες με ανεπτυγμένο τομέα κοινωνικής προστασίας, αντίθετα η συμμετοχή του κράτους είναι σχετικά μεγαλύτερη σε χώρες όπου η κοινωνική πρόνοια είναι λιγότερο ανεπτυγμένη.

Το μεγαλύτερο ποσό των συνολικών δαπανών για την κοινωνική πρόνοια στη χώρα μας, αποτελούν οι παροχές για συντάξεις και στη συνέχεια κατά τάξη μεγέθους, οι παροχές ασθένειας, οι παροχές πρόνοιας, οι δαπάνες διοίκησης, οι λοιπές δαπάνες και τέλος οι δαπάνες για την περιουσία των ταμείων. Ο περιορισμός των πάσης φύσεως δαπανών αποτελεί πρώτιστο μέλημα αυτών που χαράσσουν και υλοποιούν την κοινωνική πολιτική σε κάθε χώρα αφού οι πόροι βρίσκονται σε σπάνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γενικά, το θέμα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι τελείως αδιερεύνητο στην Ελλάδα. Σε αντίθεση, σε πολλές χώρες της Ευρώπης η ιδιωτική ασφάλιση παίζει κάποιο, συχνά σημαντικό, ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ λόγω των έντονων χρηματοδοτικών προβλημάτων του δημόσιου τομέα και του τεράστιου δημόσιου χρέους, που τον υποχρεώνει να αναζητήσει λύσεις άλλες από τη χρηματοδότηση μέσω του δημοσιονομικού ελλείμματος (Χριστοδούλου, 2016).

Από την άλλη πλευρά, η ανεξέλεγκτη και αλματώδης αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης την τελευταία δεκαετία έχει πολλές επιπτώσεις στη λειτουργία του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος, οι οποίες, κάποτε, μπορεί να είναι και αρνητικές. Η ραγδαία, τέλος, αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης εγκυμονεί κινδύνους και για την ίδια, οι οποίοι πρέπει να διερευνηθούν.

3.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αναφορικά με την απόδοση ενός ορισμού, ιδιωτική μπορεί να θεωρηθεί η μορφή της ασφάλισης εκείνης η οποία, κατά κανόνα, παρέχεται μέσω ιδιωτιών φορέων. Για την ιδιωτική ασφάλιση συνήθως ισχύουν οι διατάξεις οι οποίες προβλέπονται στα πλαίσια της λειτουργία του ιδιωτικού δικαίου. Ο φορέας ο οποίος παρέχει την ιδιωτική ασφάλιση είναι στις πλείστες των περιπτώσεων, μία εμπορική επιχείρηση και η ασφαλιστική σχέση η οποία τον συνδέει με τον ασφαλισμένο είναι η ασφαλιστική σύμβαση (Euzeby & Langendonck, 1990).

Όσον αφορά στις συμβάσεις, η αρχή της ελευθερίας τους, στα πλαίσια των μη υποχρεωτικών ασφαλίσεων, μπορεί να εφαρμοσθεί και στην ιδιωτική ασφάλιση με διάφορες αποκλίσεις οι οποίες έχουν ως βασικό στόχο τους την προστασία των ασφαλισμένων – καταναλωτών (Χριστοδούλου, 2016). Ωστόσο, στα πλαίσια της λειτουργίας των υποχρεωτικών ασφαλίσεων, (π.χ. ασφάλιση αστικής ευθύνης από αυτοκίνητα) δεν εφαρμόζεται η αρχή της ελευθερίας των

συμβάσεων. Η διαδικασία της άσκησης της ιδιωτικής ασφάλισης θέτει ως απαραίτητη προϋπόθεση την επιχείρηση, η οποία ιδρύεται ειδικά για την ανάληψη των κινδύνων τρίτων με αντάλλαγμα το ασφαλιστρο ή τις εισφορές μελών.

Η ιδιωτική ασφάλιση καθώς και ο ασφαλιστικός φορέας συνήθως έχουν χαρακτήρα εμπορικό και αποσκοπούν κατά βάση στο κέρδος. Η κοινωνία κινδύνων, την οποία έχει ως βάση της η ιδιωτική ασφάλιση, απαιτεί οργάνωση από μέρους του ασφαλιστή, συστηματική ανάληψη κινδύνων, στατιστικούς και μαθηματικούς υπολογισμούς.

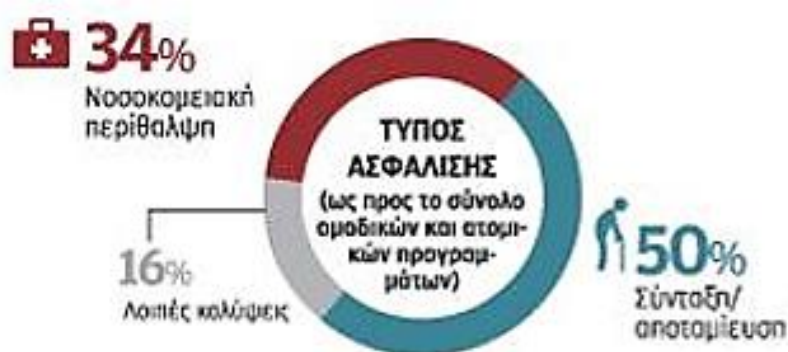
3.3. Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα είναι αρκετά έντονος ο προβληματισμός γύρω από τα προβλήματα χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας (Kyriopoulos and Tsalikis, 1993). Πολύ λιγότερες, όμως, είναι οι μελέτες που ασχολούνται με την ελληνική ασφαλιστική αγορά. Μία από τις λίγες πηγές από όπου προέρχεται στοιχειώδης, έστω, ενημέρωση γύρω από τις εξελίξεις στην ασφαλιστική αγορά είναι οι ετήσιες έρευνες της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. Είναι, πάντως, γεγονός ότι ο χώρος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας δεν έχει τύχει της προσοχής των ερευνητών και αυτό εγκυμονεί κάποιους κινδύνους, καθώς ήδη διαφαίνονται σοβαρότατα προβλήματα για τον Κλάδο, αλλά και παρενέργειες στη λειτουργία του Συστήματος Υγείας γενικότερα (Χριστοδούλου, 2016).

Η λειτουργία της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ελλάδα πιθανολογείται ότι απετέλεσε την κύρια αιτία για την διόγκωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά τα τελευταία χρόνια. Η βάση και η σημασία των επισημάνσεων φαίνεται από ορισμένες διαπιστώσεις σχετικά με τη σημερινή εξέλιξη της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ελλάδα (Euzeby & Langendonck, 1990).

- Οι εισφορές αυτές είναι ίσες με το 10% του συνόλου των εισφορών για την Κοινωνική Ασφάλιση.
- Το σύνολο των ασφαλισμένων που καλύπτονται με Ιδιωτική Ασφάλιση ξεπερνά το 10% του πληθυσμού.

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, η απαγόρευση ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στενότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών. Λόγω της πολιτικής που κράτησε καθηλωμένο το νοσήλειο σε εξωπραγματικά χαμηλά επίπεδα, οι μικρές ιδιωτικές κλινικές έκλεισαν κατά εκατοντάδες, ενώ τα ήδη υπάρχοντα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια ενισχύθηκαν σημαντικά, προσελκύοντας τις υπηρεσίες (και την πελατεία) γνωστών γιατρών, οι οποίοι είτε αρνήθηκαν να ενταχθούν στο καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του ΕΣΥ, είτε εργάζονταν παράλληλα (Kazakos et al., 2006). Τα νοσοκομεία αυτά, φυσικά, λειτουργούν κάτω από συνθήκες ελεύθερης αγοράς, με ότι αυτό συνεπάγεται.



Σχήμα 3.1.: Τύποι ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα σήμερα

Πηγή: Καθημερινή, 2016

Παράλληλα, με τις εξελίξεις αυτές παρατηρήθηκε στασιμότητα στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα. Η καθυστέρηση αυτή δεν εκφράζεται με πτώση του επιστημονικού επιπέδου των δημοσίων θεραπευτηρίων, αλλά με συνεχή υποβάθμιση του ξενοδοχειακού μέρους, την έλλειψη κρεβατιών στα μεγάλα κρατικά νοσοκομεία και σοβαρές ελλείψεις στην ανάπτυξη διαγνωστικών υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας, λόγω των γραφειοκρατικών διαδικασιών και της νοοτροπίας του Δημοσίου (Ρόκας, 2006).

Τα κενά αυτά «εκμεταλλεύθηκε» αμέσως ο ιδιωτικός τομέας με δύο τρόπους. Η ιδιωτική ασφάλιση ζωής, με αιχμή τα προϊόντα υγείας, αναπτύσσεται με ετήσιους ρυθμούς της τάξης του 40%, κατά τα τέλη της δεκαετίας του '90 και

εξασφαλίζει μία άνετη αγορά για τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία (Χριστοδούλου, 2016). Παράλληλα, δημιουργείται ταχύτατα ο ιδιωτικός διαγνωστικός τομέας, συχνά με την αξιοποίηση θνησιγενών μικρών κλινικών. Στη συνέχεια, η πορεία της αύξησης των εσόδων της ιδιωτικής ασφάλισης και της ίδρυσης διαγνωστικών κέντρων είναι παράλληλη, ενώ έντονα αυξητική είναι και η πορεία των ιδιωτικών επενδύσεων.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, οι εξελίξεις που παρατηρούνται στην αγορά υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έχουν ως κύρια έκφρασή τους την αυξημένη προσφορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα, με τη δραματική αύξηση στον αριθμό και στον κύκλο εργασιών των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και την ενεργοποίηση της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Η μεγέθυνση αυτή του ιδιωτικού τομέα χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτικές δαπάνες, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων απετέλεσε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

3.4. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η σημαντική υστέρηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τα παλαιότερα έτη αντικαταστάθηκε από σημαντική αύξηση των δαπανών κατά τη δεκαετία του '90. Οι μακροχρόνιες ελλείψεις, όμως, στην ανθρώπινη και υλικοτεχνική υγειονομική υποδομή που προκάλεσαν δεκαετίες υπό - χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας δημιούργησαν συνθήκες έλλειψης εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο γεγονός αυτό μπορεί κανείς να αναζητήσει μια από τις αιτίες για την πρόσφατη αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Με τη διαπιστωμένη «κόπωση» των κοινωνικών εισφορών και τους προβλεπόμενους ρυθμούς ανόδου των εργασιών της ιδιωτικής ασφάλισης, είναι πολύ πιθανόν ότι σε λίγα χρόνια ο ρόλος της τελευταίας στη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας θα είναι πολύ σημαντικός (Euzeby & Langendonck, 1990).

Οι λόγοι για την αύξηση του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι πιθανόν να βρίσκονται στην εξέλιξη και τη διάρθρωση των δημοσίων δαπανών υγείας, μέσω των οποίων υλοποιείται η πολιτική προστασίας της υγείας στην Ελλάδα. Το σημείο αυτό αποδεικνύεται εν μέρει και από τις εξελίξεις στη χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας, σε σταθερές τιμές, αυξάνονται σημαντικά, αλλά όχι με τον ίδιο ρυθμό για τις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Η σημαντικότερη αύξηση, παρατηρείται στις κρατικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης, που αφορούν περισσότερο στην έξω - νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν σε πολύ μικρό ποσοστό.

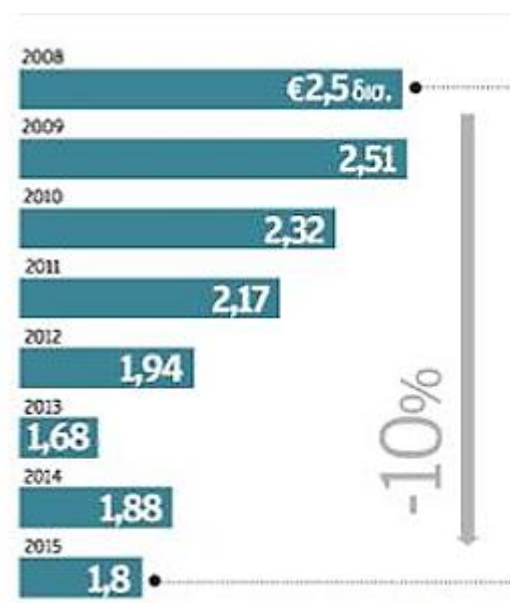
Η ανεπαρκής χρηματοδότηση της περίθαλψης από το κοινωνικό - ασφαλιστικό σύστημα φαίνεται και από το γεγονός ότι η Ελλάδα διέθετε κατά τα πρώτα χρόνια ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της ΕΟΚ, τόσο για τη νοσοκομειακή, όσο και για την έξω - νοσοκομειακή περίθαλψη. Ιδιαίτερα αυξημένη ήταν η δαπάνη για φάρμακα, ενώ η κατηγορία των «άλλων» δαπανών είναι διογκωμένη, με δαπάνες προνοιακού χαρακτήρα και άλλων επιδομάτων.

Το τελικό αποτέλεσμα της υστέρησης στη δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας φαίνεται από τα δεδομένα που προσφέρονται από την πορεία του ασφαλιστικού κλάδου, στα πλαίσια του οποίου, βλέπουμε τη ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ασφαλειών ζωής που αναφέρονται στην ασφάλιση υγείας. Οι εκτιμήσεις της ιδιωτικής ασφάλισης ανεβάζουν το ποσοστό. Με βάση τις εκτιμήσεις αυτές, βλέπουμε ότι οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης ήταν σημαντικοί, με αποτέλεσμα τα έσοδα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας να πλησιάζουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του του ΑΕΠ.

3.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το μεγάλο μέγεθος το οποίο φαινόταν να εμφανίζει ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης, κατά της διάρκεια των προηγούμενων ετών, αποδεικνύεται τώρα ότι ίσως στηρίχθηκε σε πήλινα πόδια. Η εύκολη προσέλκυση του 5% - 10% του πληθυσμού που ήταν σε θέση να πληρώσει για τις ανέσεις που του εξασφάλιζε η ιδιωτική ασφάλιση δημιούργησε καθεστώς ευφορίας και την ψευδαίσθηση ότι η

εποχή των τεράστιων ετήσιων αυξήσεων των εσόδων θα συνεχιζόταν επ' άπειρον (Χριστοδούλου, 2016). Επίσης, ο έντονα ανταγωνιστικός χαρακτήρας της ασφαλιστικής αγοράς υποχρέωσε όλες τις εταιρείες, ανεξάρτητα από τις πραγματικές τους κεφαλαιακές και οργανωτικές δυνατότητες να παίξουν σε ένα επικίνδυνο «παιχνίδι», τους κανόνες του οποίου δεν γνώριζαν. Τεράστια έξοδα διαφημίσεων και ανάπτυξης εργασιών κυνηγούσαν τους ίδιους περιορισμένους πελάτες, με βασικό εργαλείο την Κάρτα Νοσηλείας, υποσχόμενοι απεριόριστη κάλυψη των δαπανών και διάφορες διευκολύνσεις.



Σχήμα 3.2.: Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης κατά τα έτη 2008 – 2015

Πηγή: Καθημερινή, 2016

Η κατάσταση αυτή, όμως, ήδη τείνει να διαφοροποιηθεί. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ίσως χωρίς να το καταλάβει ή να το επιδιώξει συνειδητά, έγινε σημαντικό κομμάτι της χρηματοδότησης των ιδιωτικών, κυρίως, υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Δεν έχει, όμως, συνειδητοποιήσει ότι, καλύπτοντας την όποια δαπάνη, δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση, αυξήσεις τιμών και, τελικά, υπέρογκα έξοδα για τον εαυτό της, ενώ, παράλληλα, δεν αυξάνει την πραγματική προσφορά υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η ωρίμανση των συμβολαίων και η έναρξη των αποζημιώσεων άρχισε να «δαγκώνει» βαθιά στην κατηγορία των εξόδων.

Η ελεύθερη αγορά, υπό συνθήκες στενότητας προσφοράς, ήταν επόμενο να οδηγήσει σε ολιγοπωλιακά κέρδη που πλήρωνε αγόγγυστα η ιδιωτική ασφάλιση, χρηματοδοτώντας συνεχώς την ανάπτυξη, το «κακομαθημένο παιδί» του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών.

Οι κίνδυνοι για τον κλάδο υγείας της ιδιωτικής ασφάλισης σχετίζονται κυρίως με την «ωρίμανση» των συμβολαίων και με τη συνακόλουθη σχετική «κόπωση» που παρατηρείται στην πρόκτηση νέων εργασιών. Παρατηρήθηκε πτωτική τάση στα συμβόλαια Α' έτους, η οποία αναμένεται να συνεχισθεί. Παράλληλα, εκτιμάται ότι ο κλάδος συντάξεων, που είναι και ο σημαντικότερος στην αγορά ασφαλειών, πρόκειται να επικεντρώσει τον ανταγωνισμό, αλλά και στα επόμενα χρόνια, κάτι που, άλλωστε, αναμένεται και διεθνώς.



Σχήμα 3.3.: Μερίδιο της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης

Πηγή: Καθημερινή, 2016

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ραγδαία αύξηση του κλάδου των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας γεννά ενδιαφέροντα, αλλά ακόμη αναπάντητα ερωτήματα ως προς το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην κοινωνική προστασία και στην υγεία ειδικότερα (Contiades, 2004). Η ανάλυση έχει ιδιαίτερη σημασία για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, εφόσον κατά την τελευταία δεκαετία ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης έχει αναγνωρισθεί διεθνώς και αποτελεί μία εναλλακτική ή/και συμπληρωματική λύση στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης.

Στα πλαίσια της παρούσας ενότητας θα παρουσιαστεί η ενδεχόμενη συμπληρωματικότητα που εμφανίζει η κάλυψη της ιδιωτικής ασφάλισης όσον αφορά στον τομέα των κοινωνικών ασφαλίσεων, με ιδιαίτερο παράδειγμα της ασφάλισης ασθενείας.

4.2. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Από την ανάλυση που προηγήθηκε, αναφορικά με την αποσαφήνιση των εννοιών και την καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης, μπορούν να καταγραφούν τα εξής στοιχεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό και των δύο κατηγοριών (Kygiopoulos & Tsalikis, 2013):

- Η ύπαρξη κίνδυνου (οι παροχές εξαρτούνται από μελλοντικό και αβέβαιο γεγονός)
- Η οικονομική κατοχύρωση βασίζεται στην ύπαρξη μεγάλης πληθυσμιακής ομάδας
- Η καταβολή ασφαλίστρου (εισφορά) που προσδιορίζεται με μαθηματικού υπολογισμούς πιθανοτήτων, αν όχι απόλυτα όμοιους, αλλά που διέπονται βασικά από την ίδια μαθηματική λογική

Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία τα οποία οδηγούν στη διαφοροποίηση των δύο κατηγοριών, κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, που μπορούν να καταγραφούν είναι οι εξής (Souliotis & Kyriopoulos, 2001):

- Η ιδιωτική ασφάλιση βασίζεται στη σύμβαση, ενώ η κοινωνική ασφάλιση στο νόμο.
- Τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση καθορίζονται ανάλογα με τον κίνδυνο, ενώ οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση δεν επιβάλουν τέτοια εξάρτηση, αλλά κλιμακώνονται ανάλογα με τις απολαβές του προστατευόμενου προσώπου
- Ο κίνδυνος επιλέγεται από τον ιδιωτικά ασφαλιζόμενο, ενώ με την κοινωνική ασφάλιση ασφαλίζονται ολόκληρες κοινωνικές τάξεις ανεξάρτητα από την πιθανότητα κινδύνου.
- Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται αποκλειστικά από εισφορές (ασφάλιστρα) των ασφαλισμένων ενώ η κοινωνική ασφάλιση αντλεί τους πόρους της και από άλλες πηγές.

Το σύνολο των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, οργανώνονται υπό του δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), ενώ οι ασφαλιστικές εταιρείες διέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο (ΝΠΙΔ).

Παρ' όλο που η παράβαση καταβολής ασφαλιστρών μπορεί να δημιουργήσει, ανάμεσα σε άλλα, δικαιώματα για αποδέσμευση του ασφαλιστή (αναπροσαρμογή ή καταγγελία της ασφαλιστικής σύμβασης), η παράβαση καταβολής εισφορών της κοινωνικής ασφάλισης δεν έχει επιπτώσεις, εφόσον συντρέχουν ήδη οι χρονικές προϋποθέσεις παροχών (Euzebay & Langendonck, 1990).

Οι παραπάνω διαφορές μπορούν να δικαιολογήσουν την ανάλυση των ασφαλιστικών σχέσεων από δύο αυτοτελείς κλάδους δικαίου (Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Δίκαιο Ιδιωτικών Ασφαλίσεων). Δεν αποκλείουν, ωστόσο, την εναλλακτική χρησιμοποίηση των δυο αντίστοιχων θεσμών.

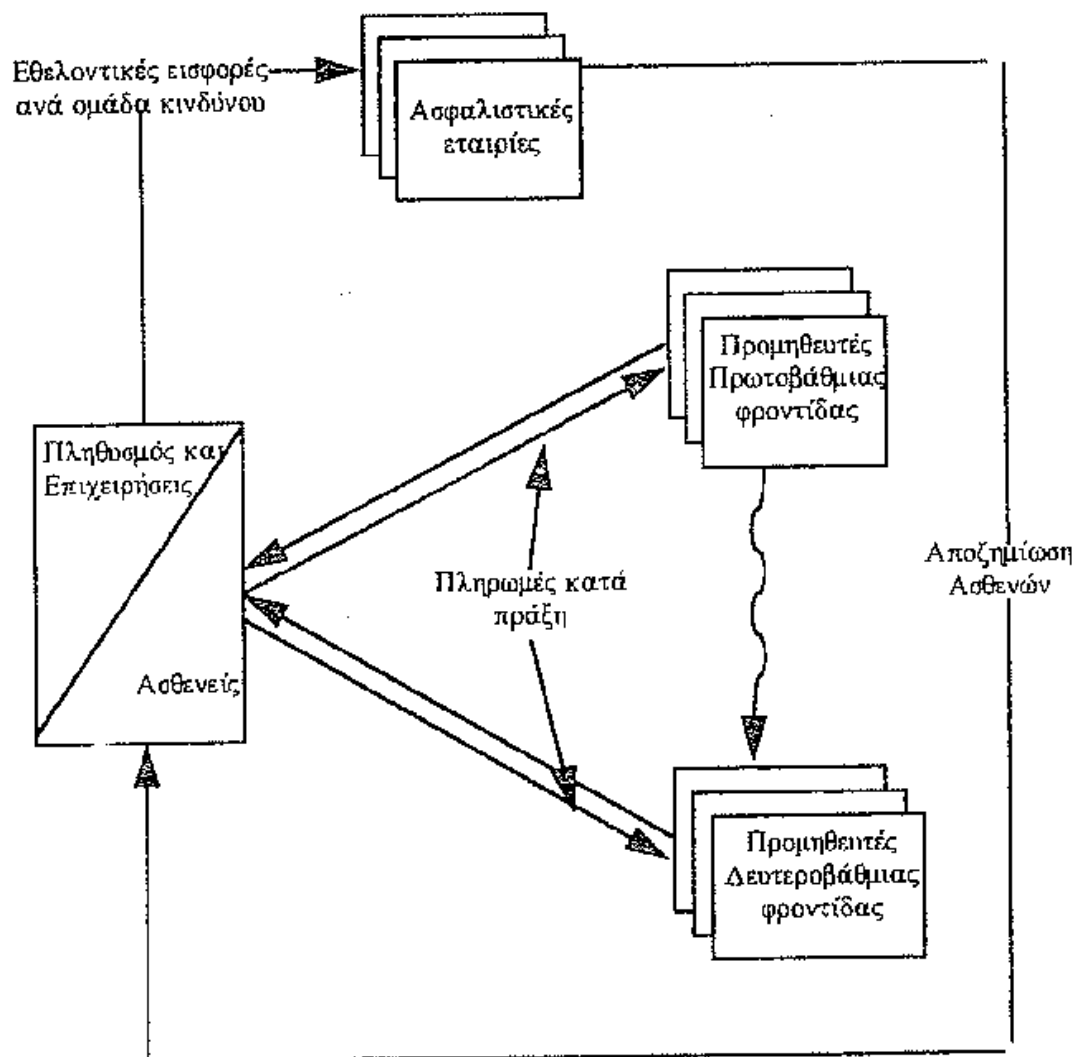
4.3. Ο ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η συζήτηση για τα χρηματοδοτικά θέματα του τομέα της υγείας συνήθως περιστρέφεται γύρω από το ρόλο της δημόσιας χρηματοδότησης. Συνεπώς, η διεθνής βιβλιογραφία γύρω από το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη (Χριστοδούλου, 2016). Οι όποιες αναλύσεις, μάλιστα, συνήθως ασχολούνται με το σύνολο της ιδιωτικής ασφάλισης Ζωής και όχι ειδικά της Υγείας. Ολοένα και περισσότερο, όμως, τα διεθνή συστήματα υγείας διερευνούν τις δυνατότητες συμπληρωματικής δράσης από πλευράς ιδιωτικής ασφάλισης, με κυριότερες τις προσπάθειες στην Ολλανδία.

Η κυρίαρχη τάση διεθνώς είναι η μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή αυτή ουσιαστικά έχει τη μορφή της «προσθήκης» του μοντέλου που παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.1. στη λειτουργία του συστήματος υγείας (Tsantilas, 2004). Στο Διάγραμμα 4.1. παρουσιάζεται η τριγωνική σχέση μεταξύ ασθενών, προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων, σε καθεστώς εθελοντικής (προαιρετικής) ασφάλισης. Οι χρηματικές ροές φαίνονται με διακεκομμένες γραμμές και οι ροές των υπηρεσιών με συνεχείς γραμμές.

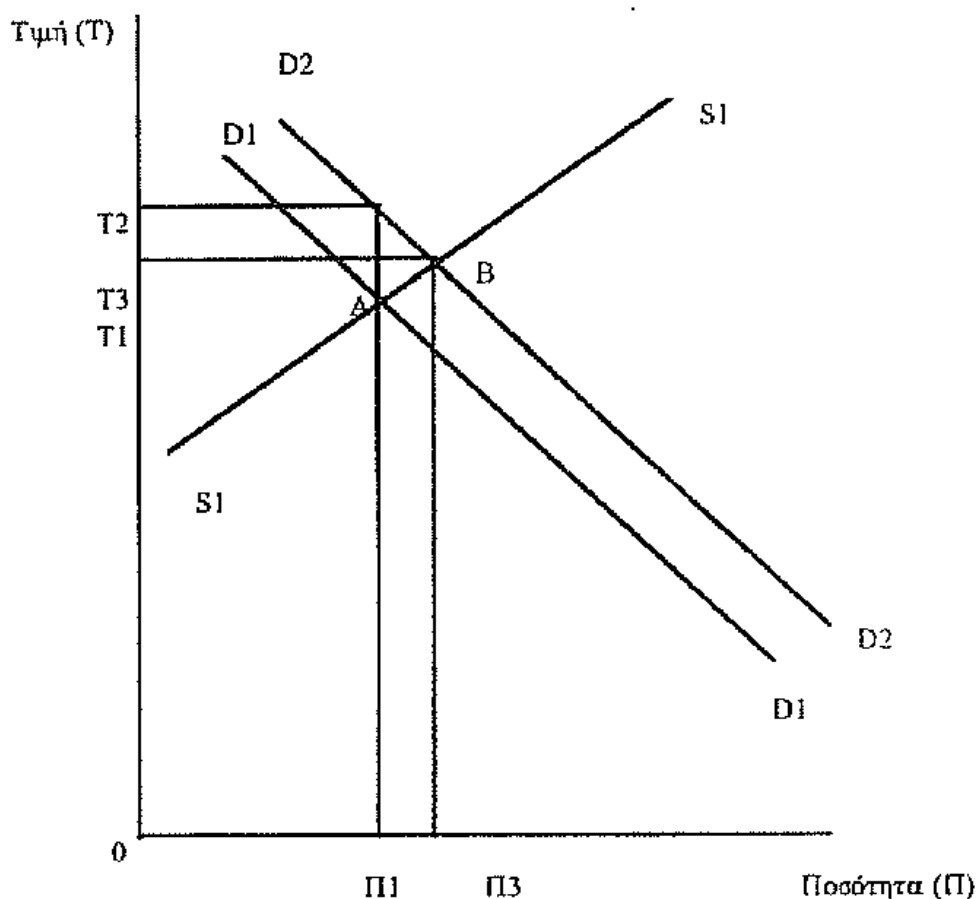
Το σημαντικότερο σημείο που μπορούμε να διακρίνουμε στο Διάγραμμα 4.1. είναι η απουσία οποιοσδήποτε σύνδεσης μεταξύ παροχής υπηρεσιών και της ασφαλιστικής διαδικασίας. Είναι σαφές ότι η σχέση ασθενών και προμηθευτών, στη βάση της κατά πράξη αμοιβής, καθορίζει το ύψος των δαπανών και ο ρόλος του ασφαλιστικού τομέα είναι απλώς η αποζημίωση του ασθενή, ανεξάρτητα από το κόστος των υπηρεσιών (Kazakos et al., 2006). Η λειτουργία του μοντέλου αυτού, συνεπώς, είναι σαφώς πληθωριστική και δε συμβάλλει στην μακροοικονομική αποτελεσματικότητα του γενικότερου συστήματος υγείας.

Διάγραμμα 4.1.: Προαιρετική Ασφάλιση με Αποζημίωση του Ασθενή



Υπάρχουν κάποιες πιθανές παρενέργειες, οι οποίες μπορεί να προκύψουν από την ραγδαία και ανεξέλεγκτη αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για τον τομέα υγείας. Οι παρενέργειες αυτές μπορούν να πάρουν τη μορφή της ανόδου των τιμών, της ανάπτυξης της παραοικονομίας στην Υγεία και της ασύμμετρης ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα. Ορισμένες από τις πιθανές εξελίξεις που προαναφέρθηκαν μπορούν να αναλυθούν θεωρητικά με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος:

Διάγραμμα 4.2.: Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Στο Διάγραμμα 4.2. φαίνονται οι καμπύλες Ζήτησης D1 και Προσφοράς S1, οι οποίες μας δίνουν το σημείο ισορροπίας A με τιμές T1 και ποσότητες υπηρεσιών υγείας που καταναλώνονται Π1. Η αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ισοδυναμεί με αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος και, συνεπώς, μία μετατόπιση της καμπύλης ζήτησης στη θέση D2. Είναι φανερό από το Διάγραμμα 4.2. ότι η άμεση αντίδραση της αγοράς είναι η αύξηση των τιμών στο σημείο T2, χωρίς μεταβολή στην ποσότητα. Μεσοπρόθεσμα, όμως, το νέο σημείο ισορροπίας θα είναι το σημείο B, με τιμές T3 και αυξημένη ποσότητα υπηρεσιών υγείας Π3 (Ρόκας, 2006).

Το βασικό ερώτημα που προκύπτει από τη θεωρητική ανάλυση που προηγήθηκε είναι το κατά πόσον η αύξηση στην προσφορά υπηρεσιών που προκύπτει μεσομακροπρόθεσμα από τη λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας συμβάλλει στην μακροοικονομική αποτελεσματικότητα του γενικότερου συστήματος υγείας (Kazakos et al., 2006). Μία πρώτη απάντηση μπορεί να προκύψει από την ανάλυση των σχετικά πρόσφατων εξελίξεων στην Ελλάδα.

4.4. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η διερεύνηση της συμπληρωματικότητας της ιδιωτικής ασφάλισης απαιτεί τον έλεγχο του ρόλου που παίζει στα διαπιστωμένα προβλήματα του τομέα υγείας. Ορισμένα από τα προβλήματα αυτά συνοψίζονται στον παρακάτω Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1.: Τα προβλήματα του τομέα υγείας και η συνεισφορά της ιδιωτικής ασφάλισης

Προβλήματα	Συνεισφορά
Χαμηλή δημόσια δαπάνη	Μεγάλη
Περιορισμένος αριθμός κρεβατιών	Καμία
Αναποτελεσματικό σύστημα παραπομπών	Καμία
Αναποτελεσματική επείγουσα περίθαλψη	Πολύ μικρή
Έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας	Πολύ μικρή

Αίσθηση ανασφάλειας των πολιτών	Σημαντική (όχι γενική)
Άνιση γεωγραφική κατανομή πόρων	Αρνητική
Άνιση κατανομή πόρων (κοινών, τάξεις)	Αρνητική
Αύξηση κόστους (συνολικά)	Αρνητική
Έλλειψη έμφασης στην Π.Φ.Υ.	Καμία

Από τα παραπάνω φαίνεται, εκ πρώτης όψεως ότι η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει πολύ λίγα στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων του Τομέα Υγείας. Ουσιαστικά περιορίζεται στην κάλυψη κάποιων ιδιωτικών δαπανών, ενώ η συνολική της λειτουργία μπορεί να είναι αρνητική στο κόστος του Τομέα, στην κατανομή των πόρων και γενικά στην μακροοικονομική αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Πρέπει, συνεπώς, να εξερευνηθεί σε βάθος την πραγματική λειτουργία του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Μέσα από μελέτη που πραγματοποίησαν οι Kyriopoulos & Tsalikis, (2013), το κυριότερο συμπέρασμα της είναι ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στη «νοσοκομειακή κάλυψη» και στις οικονομικές συνέπειες της παραμονής στο νοσοκομείο, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Άλλες υπηρεσίες υγείας, όπως η έξω - νοσοκομειακή περίθαλψη, οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι υπηρεσίες πρόληψης και αποκατάστασης είτε δεν καλύπτονται καθόλου, είτε παρέχονται μόνο σε συνδυασμό με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάλυση της συνολικής δαπάνης της νοσοκομειακής περίθαλψης κατά τύπο θεραπευτηρίου. Διαπιστώθηκε ότι το σύνολο σχεδόν της

δαπάνης στα δημόσια θεραπευτήρια αφορά σε δαπάνες για δωμάτιο και τροφή, ενώ στα ιδιωτικά θεραπευτήρια σημαντικές είναι οι δαπάνες για αμοιβές γιατρών και έξοδα χειρουργείου. Αυτό ίσως είναι ένδειξη των πρόσθετων δαπανών που καταβάλλονται, πέρα από αυτές που καλύπτει το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα (Euzeby & Langendonck, 1990).

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι οι δαπάνες για δωμάτιο και διατροφή που δηλώνονται είναι περίπου ίσες στα δημόσια νοσοκομεία και στα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Δεν επιβεβαιώνεται δηλαδή η κοινή αντίληψη ότι τα ιδιωτικά θεραπευτήρια χρεώνουν υπέρογκα ποσά για το «ξενοδοχειακό» μέρος της νοσηλείας.

Εκτός των άλλων, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας αφορούσε στην κατανομή της δαπάνης κατά υπηρεσία υγείας. Το πιο εντυπωσιακό ίσως εύρημα είναι ότι οι δαπάνες υγείας μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης αφορούν σε πολύ μεγάλο μέρος στην καταβολή διαφόρων επιδομάτων και κυρίως του επιδόματος ανικανότητας. Η κατανομή της δαπάνης με βάση τα υποβληθέντα δικαιολογητικά είναι σχεδόν ισόμερη μεταξύ της νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των διαφόρων επιδομάτων (Ρόκας, 2006). Η κατανομή, όμως, της πραγματικά καταβληθείσης από τις εταιρίες δαπάνης είναι διαφορετική. Το μεγαλύτερο μέρος αποτελούν τα διάφορα επιδόματα και κυρίως το επίδομα ανικανότητας. Η έξω - νοσοκομειακή περίθαλψη ακολουθεί με 30,5% και η νοσοκομειακή περίθαλψη περιορίζεται μόνο στο 25,7% της συνολικής δαπάνης.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης της υγείας αποτελούσαν ένα ασήμαντο μέρος της συνολικής δαπάνης. Το συμπέρασμα από τα παραπάνω είναι ότι και στις τρεις περιπτώσεις η λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι σαφώς συμπληρωματική της κοινωνικής ασφάλισης. Η διερεύνηση του βαθμού συμπληρωματικότητας δείχνει ότι στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης αυτή παίρνει τη μορφή της κάλυψης μέρους της δαπάνης και φθάνει το 18,5% του συνόλου των υπηρεσιών που καταναλώνονται από τους ασφαλισμένους. Στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη η συμπληρωματικότητα παίρνει τη μορφή υπηρεσιών που καταναλώνονται έξω από την κοινωνική ασφάλιση και τα ποσοστά συμπληρωματικότητας είναι 13,2%

και 17,6% αντίστοιχα (Ρόκας, 2006). Σε όλες τις περιπτώσεις, η ιδιωτική ασφάλιση αξιοποιείται για την αύξηση των επιλογών των ασφαλισμένων, που στο σύνολο τους έχουν και κάποια μορφή κοινωνικής ασφάλισης.

Ένα τελευταίο σημείο, που είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της κάλυψης μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, αφορά στο επιχείρημα της διευκόλυνσης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με δεδομένο το σημερινό καθεστώς στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι η πρόσβαση στα νοσοκομεία υψηλού επιπέδου, όπου η ζήτηση είναι ιδιαίτερα έντονη, δεν εξαρτάται από την ασφαλιστική κάλυψη ή τη δυνατότητα καταβολής της δαπάνης, παρά μόνο για τα ελάχιστα κρεβάτια «θέσεων» (Ρόκας, 2006). Από τη θεωρητική ανάλυση της προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης, προκύπτει ότι, όσο η προσφορά κρεβατιών ποιότητας μένει σταθερή, το μόνο αποτέλεσμα από την αύξηση της ζήτησης που δημιουργεί η ιδιωτική ασφάλιση είναι η αύξηση των τιμών και η δημιουργία συνθηκών «ελεγχόμενης προσφοράς» με δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνική δικαιοσύνη της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Αν, όμως, η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση μπορεί να ικανοποιηθεί με πολύ μικρότερη αύξηση τιμών και να επιτρέψει την ικανοποιητική λειτουργία της συμπληρωματικότητας της ιδιωτικής ασφάλισης. Στο σημείο αυτό ακριβώς βρίσκεται το σκεπτικό για την αναζήτηση τρόπων συμμετοχής των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών στην αύξηση και αναβάθμιση της υγειονομικής υποδομής της χώρας.

Τα γενικότερα ευρήματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί τονίζουν το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα τείνει σε μεγάλο βαθμό να καλύπτει τον οικονομικό κίνδυνο της ασθένειας και όχι το άμεσο κόστος της περίθαλψης (Kazakos et al., 2006). Πολύ λιγότερο ή σχεδόν καθόλου, συνεισφέρει η ιδιωτική ασφάλιση σε άλλες γενικότερες ανάγκες υπηρεσιών υγείας, όπως η πρόληψη και η αποκατάσταση.

Η οικονομική και μόνο εξασφάλιση απέναντι στον κίνδυνο της αρρώστιας, όμως, δεν είναι το μόνο ζητούμενο σε μία σύγχρονη κοινωνία, όπου η υπάρχουσα

υποδομή δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του ανθρώπου. Δεν έχει νόημα να υπερκαλύπτεται ο οικονομικός κίνδυνος ενώ οι συνθήκες νοσηλείας από την άποψη της προσφοράς υπηρεσιών παραμένουν ανεπαρκείς (Contiades, 2004). Το γεγονός αυτό θα τείνει στο μέλλον να γίνει το κύριο ζητούμενο στην περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης.

4.5. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Η ταχεία ανάπτυξη των εργασιών των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και ο έντονος ανταγωνισμός που αναπτύσσεται δεν τους επιτρέπουν τον προβληματισμό σε περιοχές, όπως οι παραπάνω, οι οποίες κρύβουν πολλούς «εν δυνάμει» κινδύνους στο άμεσο μέλλον. Η ανάγκη για έρευνες βάσης, η δημιουργία αξιόπιστων δεδομένων και η σε βάθος μελέτη συγκεκριμένων ερωτημάτων θα ωφελήσει τον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά και την κοινωνική ασφάλιση.

Η έρευνα στο χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας πρέπει να έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διερεύνηση της πραγματικής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τις παρεχόμενες από την κοινωνική ασφάλιση υπηρεσίες.

Για να παίξει, όμως, η ιδιωτική ασφάλιση εποικοδομητικό ρόλο, είναι απαραίτητη η ένταξή της στο γενικότερο σχεδιασμό του συστήματος υγείας (Contiades, 2004). Για το λόγο αυτό, η συγκέντρωση και ανάλυση των απαραίτητων δεδομένων αποτελεί ερευνητικό αντικείμενο πρώτης προτεραιότητας, ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου η απουσία σχετικών στοιχείων και μελετών είναι παντελής.

Αυτό που πρέπει τώρα να γίνει συνείδηση των υγιών και συγκροτημένων εταιρειών ασφάλισης υγείας είναι ότι επιβάλλεται η επιστημονική τους οργάνωση και η ενημέρωσή τους στους κανόνες του παιχνιδιού.

Αυτό σημαίνει σωστά τιμολογημένα συμβόλαια, με δικλίδες ασφαλείας στην κατάχρηση και στην υπερχρέωση εκ μέρους των προμηθευτών. Σημαίνει, δηλαδή, γνώση της αγοράς υγείας και συμμετοχή στην παροχή υπηρεσιών για τη

μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους. Σημαίνει, τέλος, παρέμβαση στην προσφορά με νέα σχήματα, όπως γίνεται σε ορισμένες χώρες, όπου η επιλογή φορέα ιδιωτικής ασφάλισης εμπεριέχει και την επιλογή φορέα περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία αναφορικά με τη διεξαγωγή ορισμένων συμπερασμάτων για την ιδιωτική και κοινωνική ασφάλισή. Η μελέτη έγινε στην περιφέρεια Αττικής ενώ συμπληρώθηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια, τα οποία προέκυψαν από τα 150 που ήταν να συμπληρωθούν αρχικά.

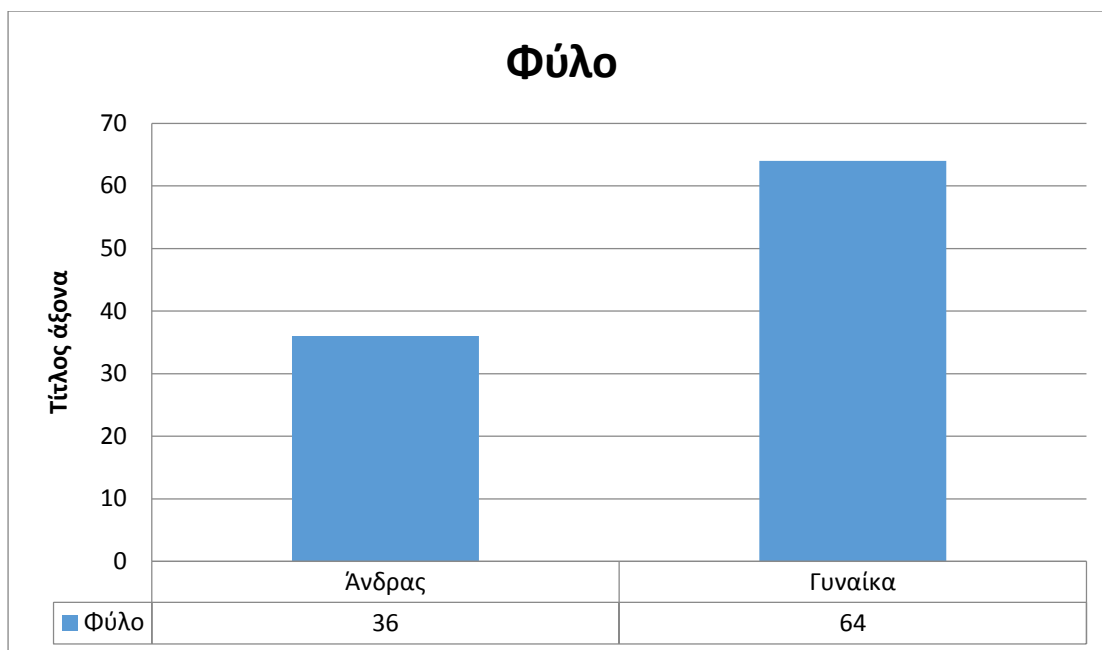
Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε έχοντας ως ερευνητικό εργαλείο τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο, λειτουργώντας σαν ένα μέσο συλλογής ερευνητικών δεδομένων, στοχεύει στη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με συμπεριφορές και γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα στο άμεσο περιβάλλον των συμμετεχόντων (Cohen et al., 2000). Οι απαντήσεις κρίνονται σύμφωνα με χαρακτηριστικά του εκάστοτε ερωτώμενου, όπως οι ικανότητες ή οι γνώσεις του για το υπό εξέταση θέμα, η από πλευράς του κατανόηση των ερωτήσεων, η ειλικρίνεια με την οποία απαντά και η αξιοπιστία των απαντήσεών του.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου σαν ένα ερευνητικό εργαλείο της έρευνας έγινε γιατί μας ενδιαφέρουν αντιλήψεις και απόψεις και σε αυτή την περίπτωση ενδείκνυται η χρήση ερωτηματολογίων. Η μέθοδος της συλλογής και αξιολόγησης των δεδομένων έγινε μέσω του excel.

5.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

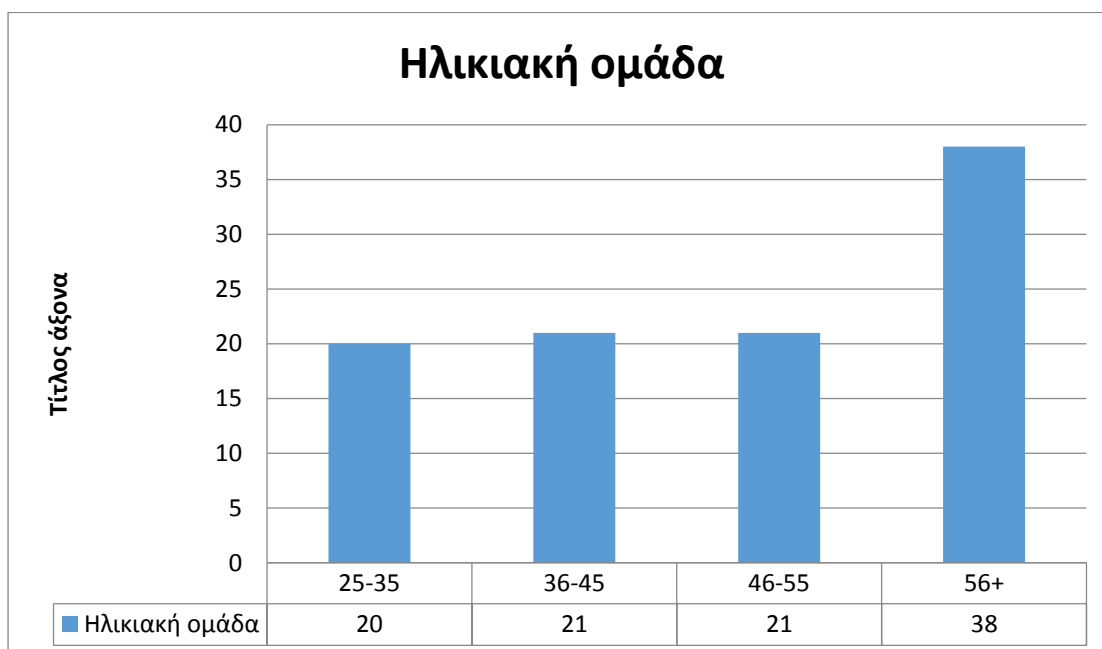
Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο



Σε ποσοστό, βλέπουμε πως το 64% των ατόμων που απάντησαν στις ερωτήσεις ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 36 % του δείγματος αποτελούνταν από άνδρες.

2. Ηλικιακή ομάδα



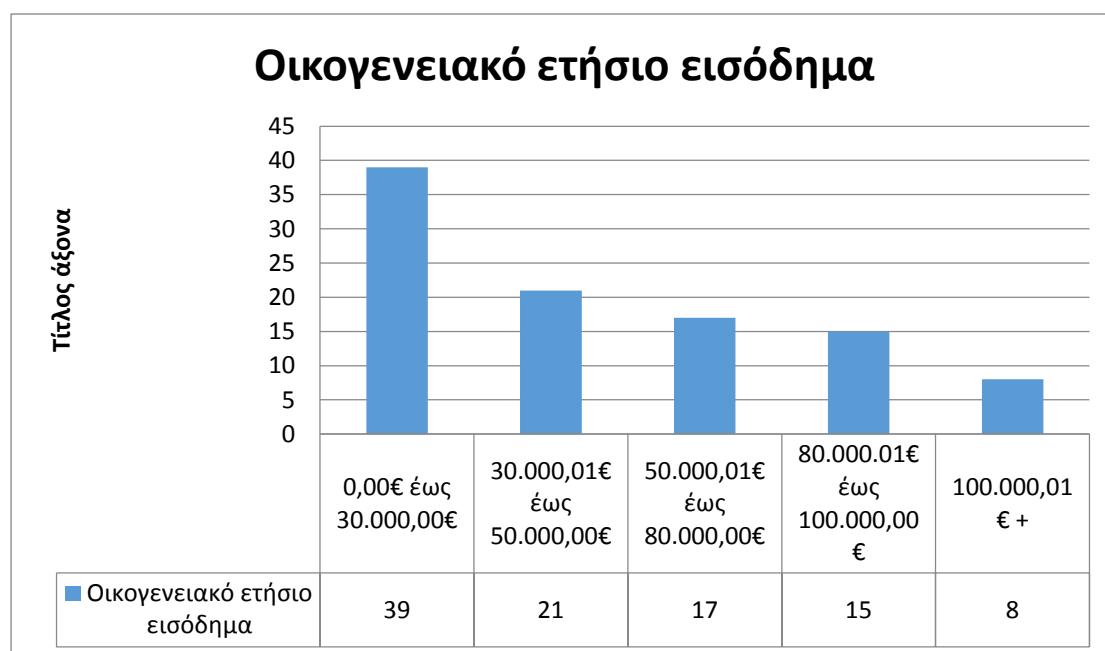
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων του δείγματος ανήκει στη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα.

3. Οικογενειακή κατάσταση



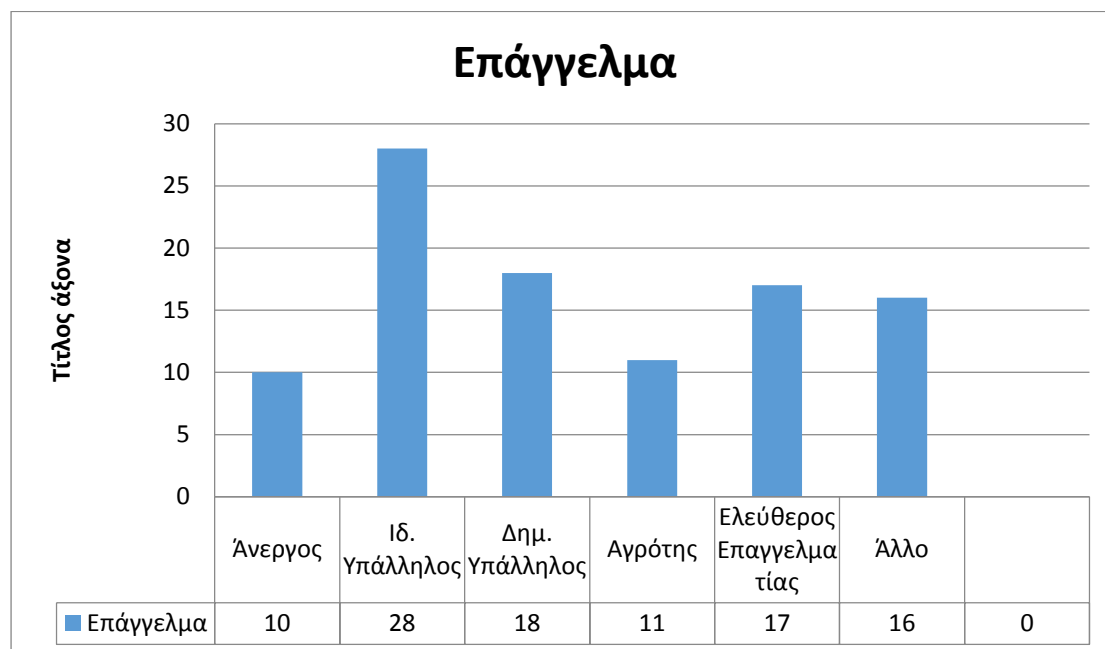
Η μεγαλύτερη ομάδα απαντήσεων άνηκε στην τελευταία κατηγορία, οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι με παιδιά.

4. Οικογενειακό ετήσιο εισόδημα



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στην πρώτη κατηγορία, την μικρότερη εισοδηματικά.

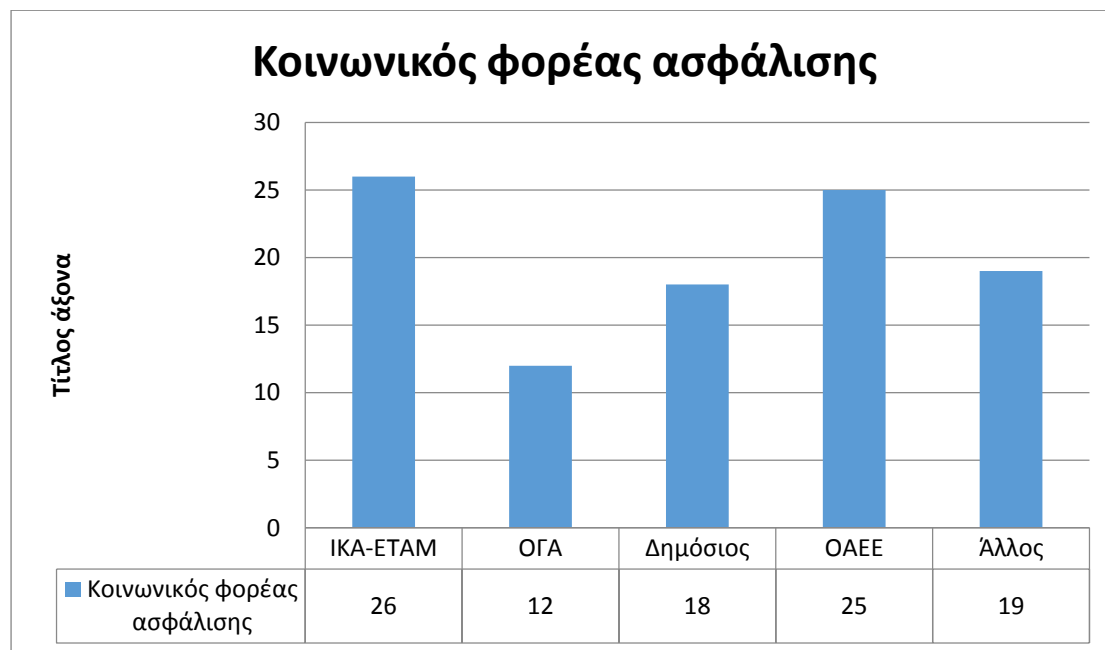
5. Επάγγελμα



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει πως είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

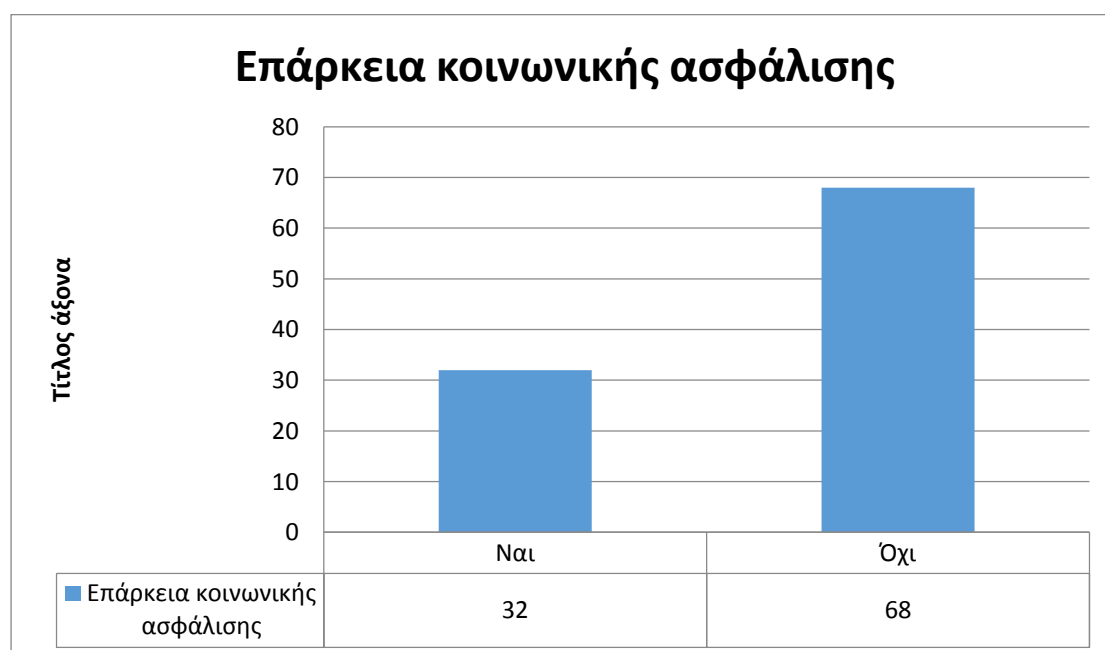
Κύριες ερωτήσεις

6. Ποιον κοινωνικό φορέα ασφάλισης έχετε;



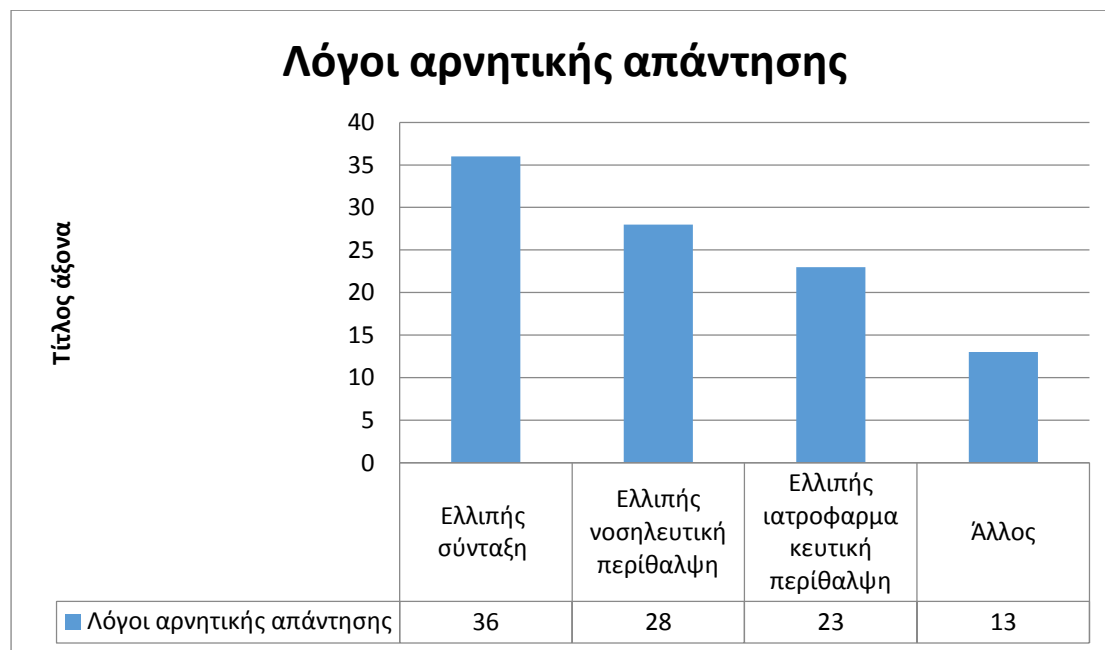
Όπως προκύπτει άμεσα και από την προηγούμενη ερώτηση, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

7. Θεωρείτε την κοινωνική ασφάλιση επαρκή;



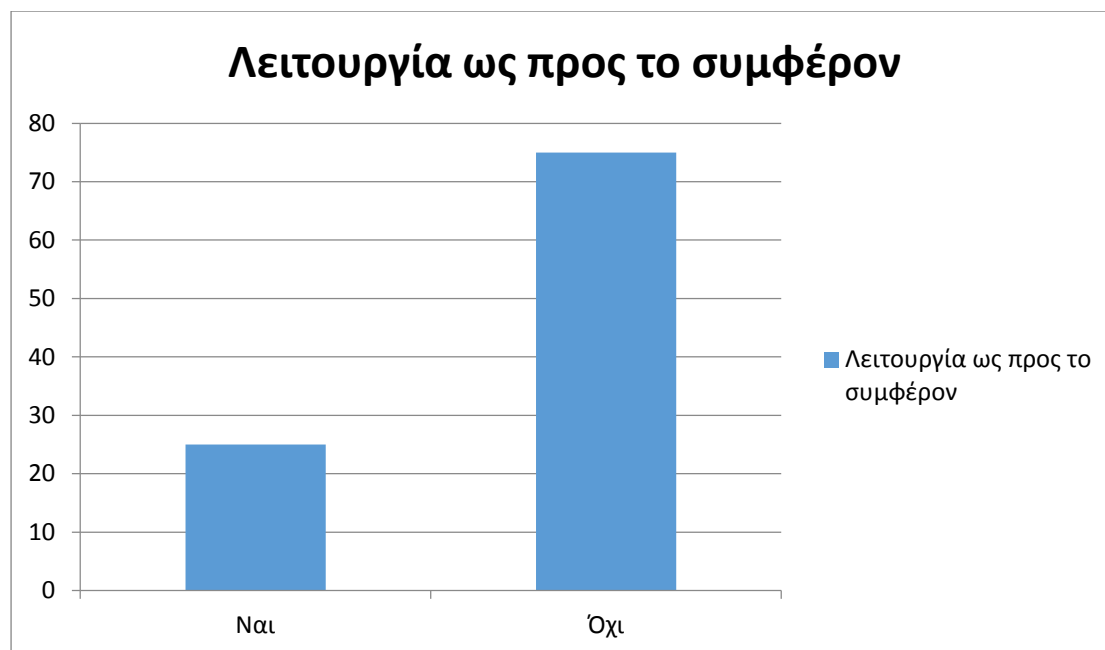
Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά αρνητικά.

8. Αν όχι, ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν στη συγκεκριμένη απάντηση;



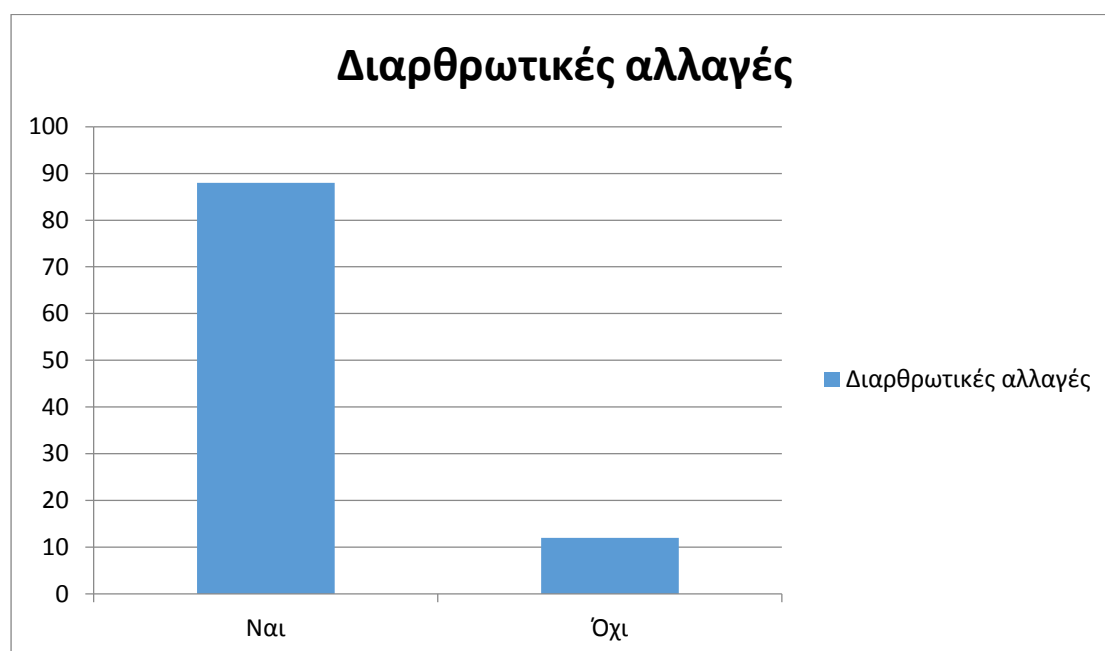
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υποστηρίζει την άποψη πως το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η ελλιπής σύνταξη.

9. Θεωρείτε ότι τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ότι ενεργούν ως προς το συμφέρον σας;



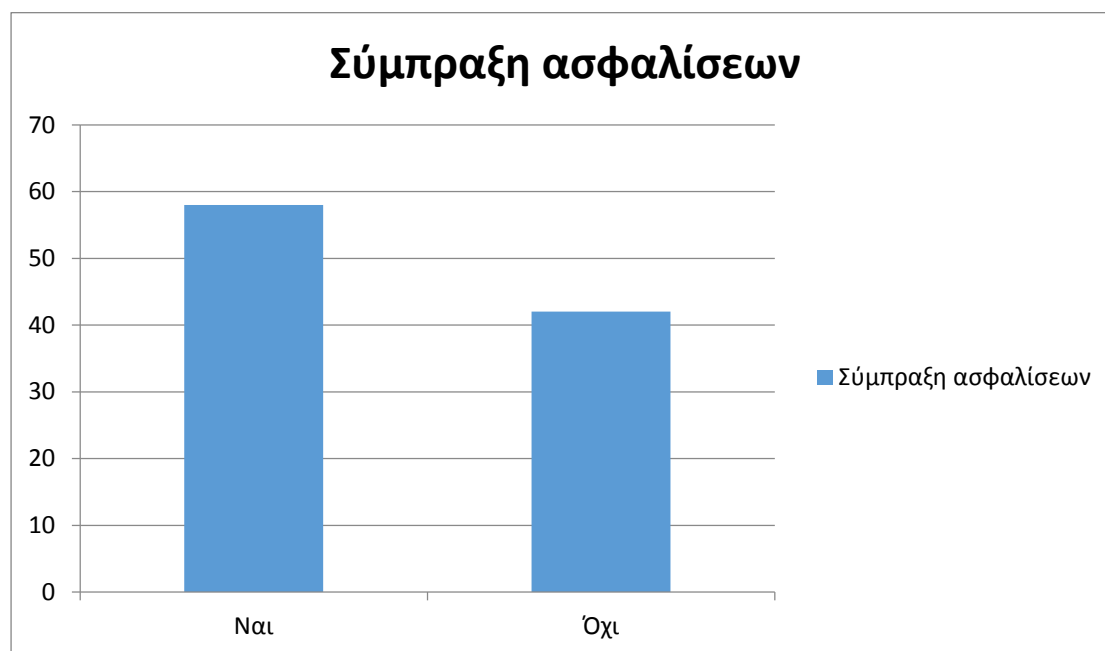
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος πιστεύει πως τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης δεν ενεργούν εξυπηρετώντας το συμφέρον του.

10. Θεωρείται ότι το ισχύον σύστημα χρήζει διαρθρωτικών αλλαγών;



Μια συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απαντά θετικά ως προς την εφαρμογή διαρθρωτικών αλλαγών.

11. Επιθυμείτε τη σύμπραξη ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης;



Και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι θετικό σε κάποια αλλαγή.

5.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων σε δείγμα 50 ατόμων. Παρά το γεγονός ότι το δείγμα είναι μικρό συγκριτικά με το συνολικό πληθυσμό καθώς και ότι κάποια χαρακτηριστικά που προκύπτουν αμφισβητούν την εγκυρότητα, η έρευνα ολοκληρώθηκε με επιτυχία και οδήγησε σε κάποια χρήσιμα συμπεράσματα.

Αν παρατηρήσουμε τα βασικά σημεία του ερωτηματολογίου, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απάντησαν στις ερωτήσεις ήταν άνω των 55 ετών, και οι περισσότεροι δήλωσαν πως είναι δυσαρεστημένοι με το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα. Οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον φορές με το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλισμένων, γεγονός που προκύπτει από την προηγούμενη ερώτηση, εφόσον οι περισσότεροι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, δηλώνουν πως είναι δυσαρεστημένοι από τις παροχές των φορέων.

Η αγανάκτηση του δείγματος αναφορικά με τη δυσαρέσκεια που εκφράζει ως προς τον τρόπο λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης, φαίνεται και στις απαντήσεις τους, εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης δεν λειτουργούν ως προς το συμφέρον τους και αυτό γιατί στα ταμεία αυτά επικρατεί κυρίως ανισόροπια στο ισοζύγιο ικανοποίησης των κοινωνικό - ασφαλιστικών αναγκών, κακή διαχείριση των αποθεματικών και πόρων αλλά και έλλειψη αρχών σωστής διαχείρισης και μακροχρόνιας πολιτικής.

Κατά συνέπεια, το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών, και πιο συγκεκριμένα η συντριπτική πλειοψηφία, υποστηρίζει πως πρέπει να πραγματοποιηθούν συντριπτικές αλλαγές και ίσως ενοποίηση της κοινωνικής με την ιδιωτική ασφάλιση.

Διότι μπορεί έτσι να επιτύχουν περισσότερες καλύψεις και μια ταυτόχρονη εξασφάλιση και μετέπειτα αύξηση της σύνταξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης αναλύθηκαν οι κλάδοι της ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης. Εξετάσθηκε εκτενώς ο βαθμός της συμπληρωματικότητας της ιδιωτικής ασφάλισης στα πλαίσια των δράσεων του ταμείου κοινωνικών ασφαλίσεων.

Από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν παραπάνω, την αποσαφήνιση των εννοιών και την καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κοινωνικής αλλά και της ιδιωτικής ασφάλισης, συμπερασματικά μπορούν να καταγραφούν τα παρακάτω χαρακτηριστικά τους τα οποία είναι κοινά, η ύπαρξη κινδύνου, η οικονομική κατοχύρωση η οποία έχει ως βάση της την ύπαρξη μίας μεγάλης πληθυσμιακής ομάδας και η καταβολή ασφαλίστρου η οποία μπορεί να προσδιορισθεί χρησιμοποιώντας υπολογισμούς πιθανοτήτων.

Το σύνολο των διαφορών της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης που μπορούν να καταγραφούν σχετίζονται με το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση έχει ως

βάση της στη σύμβαση, ενώ η κοινωνική ασφάλιση στο νόμο. Εκτός των άλλων, τα ασφαλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση μπορούν να καθορισθούν έχοντας ως βάση τον κίνδυνο, ενώ οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η επιβολή τέτοιας εξάρτησης, αλλά κλιμακώνονται ανάλογα με τις απολαβές του προστατευόμενου προσώπου.

Εν συνεχεία, στα πλαίσια της ανάλυσης των διαφορών, ο κίνδυνος επιλέγεται από τον ιδιωτικά ασφαλιζόμενο, ενώ με την κοινωνική ασφάλιση ασφαλίζονται ολόκληρες κοινωνικές τάξεις ανεξάρτητα από την πιθανότητα κινδύνου ενώ η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης προέρχεται αποκλειστικά από εισφορές των ασφαλισμένων ενώ η κοινωνική ασφάλιση αντλεί τους πόρους της και από άλλες πηγές.

Οι διαφορές μεταξύ ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης οι οποίες παρουσιάζονται δεν εμποδίζουν την πρώτη να συμπληρώνει τη δεύτερη. Αρχικά, η ιδιωτική ασφάλιση χρησιμοποιείται για να προσφέρει στο κοινό ασφαλίσεις κατά των ζημιών, ενώ η κοινωνική ασφάλιση σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με ασφαλίσεις προσώπων. Εν συνεχεία, μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο όσον αφορά στη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης προσώπων με την παροχή διαφόρων συμπληρωματικών παροχών νοσοκομειακής περίθαλψης αν υπάρχει ασφάλιση ασθένειας ή ατυχήματος καθώς και με την παροχή πρόσθετων παροχών ή συντάξεων αν υπάρχει ασφάλιση ζωής ή επιβίωσης.

Όπως προκύπτει και από τα αναφερόμενα παραπάνω, η ιδιωτική Ασφάλιση είναι ένα πολύ βασικό συμπλήρωμα και σύμμαχος της Κοινωνικής Ασφάλισης παρέχοντάς της τις απαραίτητες λύσεις – όπως είναι παραδείγματος χάριν η διάθεση αποθεμάτων αναφορικά με την πραγματοποίηση επενδύσεων οι οποίες θα έχουν κοινωφελή χαρακτήρα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής μας. Θα πρέπει στο σημείο αυτό να εστιάσουμε σε κάποια βασικά στοιχεία της Ιδιωτικής Ασφάλισης που την καθιστούν κάτι παραπάνω από απαραίτητη στα πλαίσια του συμπληρωματικού της χαρακτήρα στην Κοινωνική Ασφάλιση.

Ένα βασικό σημείο το οποίο πρέπει να αναφερθεί και καταδεικνύει το συμπληρωματικό χαρακτήρα της Ιδιωτικής ασφάλισης είναι η υπεργήρανση του πληθυσμού. Μια δυσμενής εξέλιξη η οποία παρατηρείται κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η υπεργήρανση του πληθυσμού, άρχισε να αφήνει τα επακόλουθά της. Αν υπολογίσει κανείς και τον παράγοντα «εισφοροδιαφυγή» ή ακόμα το φαινόμενο της ανεπάρκειας και αδυναμίας του δημοσίου συστήματος, εύκολα συνειδητοποιεί κανείς την κονιορτοποίηση της δεξαμενής που λέγεται Κοινωνική Ασφάλιση.

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να τονισθεί ότι έχουν επέλθει βαθιές ματβολές των παραμέτρων πάνω στις οποίες οικοδομήθηκε το δημόσιο σύστημα συνταξιοδότησης. Παρ' όλα αυτά, αν εξαιρέσουμε τις αιτίες, και μπροστά στην απτή κακή κατάσταση της δημόσιας ασφάλισης, ο κάθε πολίτης είναι απαραίτητο να έχει εναλλακτικές λύσεις επιβίωσης στη δύσκολη περίοδο των γηρατειών του μεταξύ των οποίων η Ιδιωτική Ασφάλιση μπορεί να έχει ρόλο πρωταγωνιστικό. Για να γίνει αυτό πρέπει οι πολίτες, το κράτος αλλά και ο κλάδος των ασφαλιστικών εταιρειών, θα πρέπει να κατανοήσουν τις ωφέλειες που θα έχουν, οι οποίες είναι πολλαπλές και άμεσα συνδυναζόμενες.

Στις πλείστες των περιπτώσεων, το θέμα συζήτησης στρέφεται γύρω από την χρησιμότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Η φιλοσοφία της Ιδιωτικής Ασφάλισης είναι, όπως προαναφέρεται, ότι έρχεται να συμπληρώσει την Κοινωνική Ασφάλιση και όχι να την αντικαταστήσει. Είναι ξεκάθαρο ότι όλο και περισσότεροι Έλληνες έρχονται να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητά της και απευθύνονται στην Ιδιωτική Ασφάλιση.

Η εκτίμησή που μπορεί να γίνει μέσα από την παρούσα μελέτη είναι ότι υπάρχει σημαντικός χώρος για έρευνα, η οποία θα επαληθεύσει, θα εξειδικεύσει και θα αναλύσει περαιτέρω τα ενδιαφέροντα αποτελέσματα που μπορεί να προκύψουν από το πλήθος των προγενέστερων ερευνητικών εργασιών.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ - ΠΗΓΕΣ

Ξένη Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία

- Contiades X. (2004), Constitutional Guarantees and Institutional Organization of the Social Security System, Ant. Sakkoulas, Athens-Komotini (in Greek).
- Euzeby A., van Langendonck J. (1990), Neo-liberalism and social protection, ILO Geneva.
- Kazakos A., Manitakis A., Travlos Tzanetatos D. (2006), The Subsidiary Insurance of Bank Employees. Anti-Constitutionality Issues (Law 3371/2005), Ant. Sakkoulas, AthensKomotini in Greek).
- Kyriopoulos, I.-E. and. Tsalikis G. (2013), Public and private imperatives of Greek health policies, Health Policy 26, 105-117.
- Souliotis K. - Kyriopoulos G. (2001), "The pricing policy and the Impact on Health Services", in: Kyriopoulos et al. (ed) The Health Insurance in Greece, Themelio Pub., Athens.
- Tsantilas P. (2004), Les modes de financement de la sécurité sociale, Ant. Sakkoulas-Bruylant.

Ελληνική Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία

- Κυριόπουλος Γιάννης, Λυκούργος Λιαρόπουλος, Χρήστος Μπουρσανίδης,(2001) κ.ά. Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα / Συλλογικό έργο · επιμέλεια - Αθήνα : Θεμέλιο, 2001.
- Μηνακάκης, Βασίλης, (2008), Κοινωνική ασφάλιση : Από το "κράτος πρόνοιας" στην "ελαστασφάλεια" / Βασίλης Μηνακάκης. - 1η έκδ. - Αθήνα : ΚΨΜ
- Ρόκας, Ιωάννης Κ. (2006), Ιδιωτική ασφάλιση: δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης και της ασφαλιστικής επιχείρησης : 11η έκδοση, για χρήση των φοιτητών / Ιωάννης Κ. Ρόκας. - 11η έκδ. - Αθήνα : Σάκκουλας Αντ. Ν.
- Ρόκας, Ιωάννης Κ. (2012) Ασφαλιστικό δίκαιο: Εισηγήσεις / Ιωάννης Κ. Ρόκας. - Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη

- Σουλιώτης, Κυριάκος Ν., (2013), Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα : Από το αδιανόητο στο αυτονόητο / Κυριάκος Ν. Σουλιώτης. - 1η έκδ. - Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση
- Τζίβα, Έφη. (2014), Ασφάλιση ιατρικής ευθύνης / Έφη Τζίβα. - Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη
- Χριστοδούλου, Δημήτριος Φ. Η ιδιωτική ασφάλιση / Δημήτριος Φ. Χριστοδούλου. - Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη, 2016.

Διαδίκτυο

- Καθημερινη, (2016), <http://www.kathimerini.gr/856105/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/telos-oi-yyhles-apodoseis-sthn-idiwtikh-asfalish>, Ημ, πρόσβασης: 10-08-2016

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικιακή ομάδα

- 25-35
- 36-45
- 46-55
- 56+

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Ελεύθερος / η
- Παντρεμένος/η
- Παντρεμένος με παιδιά

4. Οικογενειακό ετήσιο εισόδημα

- 0,00€ έως 30.000,00€
- 30.000,01€ έως 50.000,00€
- 50.000,01€ έως 80.000,00€
- 80.000.01€ έως 100.000,00€
- 100.000,01€ +

5. Επάγγελμα

- Άνεργος
- Ιδ. Υπάλληλος

- Δημ. Υπάλληλος
- Αγρότης
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Άλλο

6. Ποιον κοινωνικό φορέα ασφάλισης έχετε;

- ΙΚΑ
- ΔΗΜΟΣΙΟ
- ΟΓΑ
- ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ)
- Άλλος

7. Θεωρείτε την κοινωνική ασφάλιση επαρκή;

- Ναι
- Όχι

8. Αν όχι, ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν στη συγκεκριμένη απάντηση;

- Ελλιπής σύνταξη
- Ελλιπής νοσηλευτική περίθαλψη
- Ελλιπής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Άλλος

9. Θεωρείτε ότι τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ότι ενεργούν ως προς το συμφέρον σας;

- Ναι
- Όχι

10. Θεωρείται ότι το ισχύον σύστημα χρήζει διαρθρωτικών αλλαγών;

Ναι

Όχι

11. Επιθυμείτε τη σύμπραξη ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης;

Ναι

Όχι