



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας  
Τμήμα: Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής  
Κατεύθυνση: Χρηματοοικονομικής και Ασφαλιστικής

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Προπτυχιακοί Φοιτητές: ΚΛΩΝΤΖΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ & ΚΑΒΟΥΣΑΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ηράκλειο  
Σεπτέμβριος 2018

## Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία παρουσιάζει της εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, ενσωματώνοντας τις ραγδαίες αλλαγές τις οποίες υπέστη τα τελευταία έτη ως απόρροια της χρηματοοικονομικής κρίσης μετά το 2007-2008.

Για να καλυφθεί το θέμα της εργασίας, η δομή της περιλαμβάνει τέσσερα συνολικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία γενική αναφορά στον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και πραγματοποιείται μία ιστορική επισκόπηση για τον θεσμό. Περαιτέρω, παρουσιάζεται ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη και διεθνώς. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι τρόποι χρηματοδότησης του κλάδου σύνταξης και του κλάδου της υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Πραγματοποιείται μία σύντομη ιστορική αναδρομή και αναλύονται οι πυλώνες της κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας. Προσθέτως, παρουσιάζεται η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και οι ραγδαίες αλλαγές για τον κλάδο σύνταξης και υγείας μετά το 2008 έως και σήμερα.

Στο τρίτο κεφάλαιο, επιχειρείται μία προσέγγιση αναφορικά με τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην κοινωνική ασφάλιση. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται παράγοντες όπως η υπογεννητικότητα και η ανεργία, καθώς και η επίδραση τους στην κοινωνική ασφάλιση. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα κοινωνικών ασφαλίσεων, τόσο στο κλάδο σύνταξης όσο και στον κλάδο της υγείας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το τέταρτο κεφάλαιο, όπου παρουσιάζονται τα τελικά συμπεράσματα της παρούσας εργασίας καθώς και προτάσεις για τον θεσμό.

## **Abstract**

This thesis presents the evolution of social security in Greece, incorporating the rapid changes that the institution has been undergone in recent years as a result of the financial crisis after 2007-2008.

The structure of this thesis comprises four chapters. In the first chapter, a general reference on the institution of social insurance takes place. Further, a historical overview of the social security/insurance institution is presented, with regards to Europe and internationally. Moreover, in this chapter the financing of social security system concerning pension and health sector provision is also included. In the second chapter the social insurance in Greece is presented. Particularly, a brief historical exploration takes place, whereas the main pillars of social insurance in Greece are also provided. Additionally, in Chapter 2, Greek social insurance financing is analyzed, as well as, the rapid reforms of pension and healthcare services system provision post to the 2008 until nowadays.

The third chapter attempts an approach to the effects of the economic crisis on social security systems. This chapter presents determinants such as the birth deficit and unemployment rate, as well their impact on social insurance institution. In addition, third chapter comprises the effect of economic crisis on social insurance systems, both in terms of pension and healthcare provision sectors.

This thesis is completed with the fourth chapter, which presents the final conclusions of the study, as well as, implications for social insurance institution.

## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος.....	2
Abstract .....	3
Κεφάλαιο 1 : Ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης .....	5
1.1. Ιστορική Επισκόπηση του θεσμού της Κοινωνικής Ασφάλισης.....	7
1.2. Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ευρώπη και Διεθνώς .....	8
1.3. Η Χρηματοδότηση του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης .....	9
1.4. Κλάδος Σύνταξης .....	18
1.4.1. Διανεμητικά Συστήματα.....	18
1.4.2. Κεφαλαιοποιητικά Συστήματα.....	20
1.5. Κλάδος Ασφάλισης.....	21
1.5.1. Beveridge Model .....	21
1.5.2. Bismarck Model .....	22
Κεφάλαιο 2 - Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα.....	23
2.1. Σύνομη Ιστορική Αναδρομή.....	23
2.2. Οι πυλώνες της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα .....	28
2.2.1. Κλάδος Σύνταξης .....	29
2.2.2. Κλάδος Υγείας.....	32
2.3. Η χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα .....	33
2.4. Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης πριν την 01.01.2017.....	49
2.5. Το νέο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μετά στην Ελλάδα .....	52
2.5.1. Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) .....	52
2.5.2. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) .....	53
Κεφάλαιο 3 – Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην κοινωνική ασφάλιση .....	55
3.1. Υπογεννητικότητα και Κοινωνική Ασφάλιση .....	55
3.2. Ανεργία και Κοινωνική Ασφάλιση .....	55
3.3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα και στη Ευρώπη.....	60
3.3.1. Σύνταξη.....	60
3.3.2. Υγεία .....	64
Κεφάλαιο 4 – Συμπεράσματα .....	66
Βιβλιογραφία .....	74

## Κεφάλαιο 1 : Ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης

Γενικά ισχύει πως η κοινωνική ασφάλιση, παρουσιάζει ένα σχετικά περιορισμένο πεδίο εφαρμογής αν έχει σαν στόχο να προστατεύσει από συγκεκριμένους κινδύνους, ορισμένες μόνο ομάδες ατόμων της κοινωνίας. Μιλάμε ουσιαστικά για μία σύμβαση ή ένα συμβόλαιο μεταξύ εργαζομένων και μη, που κατανέμει διαχρονικά τα εισοδήματα μεταξύ των γενιών με την χρησιμοποίηση της πολιτικής διαδικασίας του μηχανισμού αγοράς.

Ανάμεσα στην κρατική παρέμβαση που λειτουργεί για να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ανάγκες και την ατομική πρόνοια, παρεμβάλλεται η έννοια της συλλογικής ιδιωτικής πρωτοβουλίας που παρουσιάζει, ομαδικό χαρακτήρα και στηρίζεται αποκλειστικά στην ιδιωτική πρωτοβουλία (Ναξάκης, 2015).

Η κοινωνική προστασία δημιουργήθηκε αρχικά, ώστε να καλύψει τους πολίτες από κινδύνους όπως τα γηρατειά, οι ασθένειες πάσης φύσεως και τα ατυχήματα. Έτσι, χάρη στην δημιουργία του κράτους πρόνοιας ακολούθησε ο θεσμός της κοινωνικής προστασίας, ώστε να καλύπτονται οι πολίτες από τους κινδύνους που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες.

Η κοινωνική προστασία αρχικά είχε την μορφή πρόνοιας, προσωπικής-ατομικής-οικογενειακής ασφάλισης και φιλανθρωπίας, αλλά με το πέρασμα των ετών εξελίχθηκε σε βασικότερη κρατική μέριμνα. Το αποφασιστικό βήμα για να εξελιχθεί το κράτος πρόνοιας πραγματοποιήθηκε με την βιομηχανική επανάσταση.

Είναι γεγονός πως η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν είχε κάποιο περιουσιακό στοιχείο εκτός από την ίδια τους την εργασία, με αποτέλεσμα να είναι απροστάτευτοι σε περίπτωση ανεργίας, ασθενείας ή ατυχήματος. Αυτό οδήγησε στο να υπάρχει άμεση εξάρτηση από την φιλανθρωπία ή την οικογένεια. Έτσι, δημιουργήθηκε η άμεση ανάγκη δημιουργίας και εξέλιξης ενός θεσμού που θα είχε ως στόχο την προστασία των πολιτών (Αναλυτής, 2006).

Από την βιομηχανική επανάσταση και έπειτα, έκανε την εμφάνισή του το κράτος πρόνοιας, αφού οι νέες κοινωνικές, εργασιακές και οικονομικές συνθήκες αύξησαν τους κινδύνους ανεργίας, ατυχημάτων και ασθενειών. Έτσι, διαμορφώθηκαν οι κατάλληλες προϋποθέσεις

ώστε να υπάρξει ενεργή κοινωνική πολιτική, που θα προωθούσε την ευημερία και προστασία των μελών της κοινωνίας.

Οι επιμέρους κατηγορίες που περιλαμβάνονται στην κοινωνική ασφάλεια, δηλαδή η υγεία, η πρόνοια και η κοινωνική ασφάλιση, έγιναν προϋπόθεση ενός υγιούς κρατικού μηχανισμού, ώστε με την πάροδο των ετών να διαμορφώνονται τα κατάλληλα, για τις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες, μοντέλα προστασίας (Γ.Π.Σ.Π., 2008).

Ο στόχος της κοινωνικής ασφάλειας είναι ουσιαστικά να βρει τον τρόπο, ώστε να βελτιώνει τις συνθήκες διαβίωσης των πολιτών της. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τον χαρακτήρα και την δομή του συστήματος, που αφορούν την σύνθεση του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας και την διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα. Η κάθε πολιτεία είναι λογικό να λαμβάνει τα μέτρα της, ώστε να επιτευχθούν οι γενικότεροι στόχοι του κοινωνικού συστήματος και η κοινωνική ασφάλεια των πολιτών (Δούκας, 2008).

Η κοινωνική ασφάλεια ως έννοια διαχωρίζεται σε 3 επιμέρους εννοιολογικές προτάσεις κοινωνικής προστασίας:

- Την υγεία
- Την κοινωνική πρόνοια
- Την κοινωνική ασφάλεια (Μηνακάκης, 2008)

Η τελευταία πρόταση, που αφορά την κοινωνική ασφάλεια, αφορά στα κατασταλτικά ή αλλιώς προληπτικά μέτρα κοινωνικής προστασίας που ενεργοποιεί μία κοινωνία ώστε να μειώσει ή να άρει τις δυσμενείς συνέπειες από συγκεκριμένους κινδύνους.

Ο κίνδυνος στην οικονομία, μεταφράζεται ως το αβέβαιο μελλοντικό γεγονός που δημιουργεί έντονες ανάγκες ή ζημιές στην κοινωνία, ενώ έρχεται ανεξάρτητα από την θέληση των πολιτών. Υπάρχουν βέβαια και άλλες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως εν δυνάμει κίνδυνοι, όπως είναι για παράδειγμα τα οικογενειακά βάρη.

Οι κίνδυνοι έχουν ταξινομηθεί, ενώ χαρακτηρίζονται από την πολυμορφία τους και το πλήθος τους. Ακολουθούν οι κατηγορίες κινδύνων:

- Η κατηγορία των φυσιολογικών κινδύνων, που αφορούν καθαρά την ανθρώπινη φύση
- Η κατηγορία των φυσικών κινδύνων, που αφορούν την εκδήλωση διαφόρων φυσικών φαινομένων
- Η κατηγορία των επαγγελματικών κινδύνων
- Η κατηγορία των οικογενειακών κινδύνων (Γ.Γ.Κ.Α., 2016).

Όταν οι κίνδυνοι αυτοί αρχίσουν να αποτελούν ευθύνη του κοινωνικού συνόλου, λόγω της επανόρθωσης και της πρόληψης, μετατρέπονται σε κοινωνικούς κινδύνους. Από την άλλη μεριά, τα όπλα που διαθέτει ένας πολίτης απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους είναι η ιδιωτική ασφάλιση, η φιλανθρωπία και η αποταμίευση.

### **1.1. Ιστορική Επισκόπηση του θεσμού της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η κοινωνική ασφάλιση είναι ένας από τους σημαντικότερους, αν όχι ο σημαντικότερος θεσμός κοινωνικής αλληλεγγύης και αναδιανομής του εισοδήματος των σύγχρονων κοινωνιών τόσο μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων της ίδιας γενιάς όσο και μεταξύ των διαφορετικών γενεών.

Η μεταφορά πόρων από τα μέλη των οικονομικά ενεργών γενεών προς τις παλαιότερες και μη ενεργές οικονομικά ώστε οι τελευταίες να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής, αλλά και εντός των ίδιων γενεών, ώστε να υπάρχει η εξασφάλιση του εισοδήματος σε συγκεκριμένες περιστάσεις και κινδύνους (ασθένεια, αναπηρία, ανεργία, ατύχημα), έκανε πολλές φορές την κοινωνική ασφάλιση να ταυτιστεί με την Κοινωνική Πολιτική των κρατών, αφού αποτέλεσε το βασικότερο μηχανισμό κοινωνικής προστασίας και αναδιανομής εισοδήματος. Το μέγεθος του ποσοστού των Κοινωνικών Δαπανών που λαμβάνει η κοινωνική ασφάλιση, το οποίο ξεπερνά σε πολλές περιπτώσεις το 60%, αλλά και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, που φτάνει και το 99% σε μερικές χώρες, αποδεικνύουν το ρόλο

και τη σημασία της Κοινωνικής Ασφάλισης για την Κοινωνική Πολιτική όλων των χωρών στις οποίες έχει εφαρμοστεί.

Η κοινωνική ασφάλιση:

- είναι δημόσια υποχρεωτική ασφάλιση,
- χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και τον κρατικό προϋπολογισμό,
- εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών από απώλεια εισοδήματος, με παροχές σε είδος και σε χρήμα, λόγω:
  - α) ασθένειας,
  - β) μητρότητας,
  - γ) ανεργίας,
  - δ) αναπηρίας,
  - ε) γήρατος και
  - στ) θανάτου.

## **1.2. Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ευρώπη και Διεθνώς**

Όλες οι σύγχρονες κοινωνίες, με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, είναι λογικό να έχουν αναπτύξει σε μέγιστο βαθμό την κοινωνική τους ασφάλιση. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο, είναι ώστε να προστατευθούν οι πολίτες απέναντι σε κάποιους κινδύνους της εποχής μας. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν οι λεγόμενες «πηγές αβεβαιότητας», που αφορούν τους ανθρώπους που αποχώρησαν από την εργασία τους λόγω γηρατειών ή ατυχήματος. Τις συνέπειες του λόγου αποχώρησης, θα πρέπει αρχικά να αντιμετωπίσει το ίδιο το κράτος, μέσα από την σωστή δόμηση του ασφαλιστικού του συστήματος. Για να μπορέσει όμως ένα ασφαλιστικό σύστημα να παρουσιάζει σωστή δόμηση, θα πρέπει να πληροί τις απαραίτητες σωστές οργανωτικές προϋποθέσεις. Αυτές είναι:

*Ο βαθμός ανταπόκρισης:*

Που αφορά την ικανότητα που παρουσιάζει το σύστημα, ώστε να ανταποκρίνεται στον μέγιστο βαθμό στις ανάγκες των ασφαλιζομένων, ενώ αφορά και το πόσο ορθολογική δόμηση παρουσιάζει, ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις όποιες μελλοντικές ανάγκες.



*Ο βαθμός βιωσιμότητας:*

Αφορά την ορθολογική αξιοποίηση των εισερχόμενων πόρων που εισπράττονται, ώστε να αποδίδονται στο έπακρο όλες οι μελλοντικές υποχρεώσεις.

*Ο βαθμός προσπέλασης:*

Που έχει ως βάση τις κατηγορίες των υπό προστασία ανθρώπων. Προκύπτουν βέβαια προβλήματα όπως αυτά των μερικώς ασφαλιζόμενων ή των ανασφάλιστων, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η σχεδίαση πλάνου σε πιο μακροχρόνια περίοδο.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αναπτυχθεί τρία ασφαλιστικά μοντέλα, για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών της. Αυτά είναι το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, που αποβλέπει στην αξιοποίηση των χρημάτων των ταμείων και στην επένδυση των όποιων εσόδων για να παρουσιαστεί απόδοση, το διανεμητικό σύστημα, που έχει σαν αρχή την αλληλεγγύη μεταξύ γενεών και το ιδιωτικό σύστημα (Δούκας, 2008).

### **1.3. Η Χρηματοδότηση του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η ασφάλεια ως έννοια σύνταξης και περίθαλψης, δέχεται την παρέμβαση του κεφαλαίου με αποτέλεσμα την αέναη μάχη μεταξύ των δύο σε μακροχρόνιο διάστημα. Όπως είναι λογικό, σε κάθε μάχη υπάρχουν για κάθε επιτιθέμενη πλευρά κάποιοι αντικειμενικοί στόχοι που αποτελούν για την καθεμία τους μήλον της έριδος. Για να τα καταφέρουν όμως χρειάζεται μακροπρόθεσμη προετοιμασία ώστε να πραγματοποιήσουν τις κινήσεις τους. Η προετοιμασία των πλευρών λοιπόν πρέπει να είναι οργανωτική, ιδεολογική και πολιτική (Αναλυτής, 2006).

Το κεφάλαιο φαίνεται πως και στα τρία επίπεδα προηγείται, και μάλιστα όχι μόνο σε τοπικό αλλά σε διεθνές επίπεδο. Ως βασικό στόχο το κεφάλαιο, θέλει να αντικαταστήσει με κεφαλαιοποιητικά συστήματα τα αναδιανεμητικά. Η αρχή της ισότητας του εισοδήματος μεταξύ συνταξιούχων και εργαζομένων στηρίζει τα αναδιανεμητικά συστήματα, ενώ τα κεφαλαιοποιητικά ή αλλιώς ανταποδοτικά συστήματα στηρίζονται από την απόδοση της διαρκούς κυκλοφορίας κεφαλαίων ή αλλιώς στην κεφαλαιοποίηση των εισφορών, απ' όπου και αν προέρχονται.

Το παραπάνω μεταφράζεται ως η εγκατάλειψη της αρχής ισότητας του εισοδήματος μεταξύ συνταξιούχων και εργαζομένων και σύνδεση των συντάξεων με τις αποδόσεις των κεφαλαιακών εισφορών. Αυτό θεωρητικά σημαίνει ότι στην περίπτωση που τα κεφάλαια των εισφορών παρουσίαζαν υψηλές αποδόσεις, θα έδιναν σύνταξη υψηλότερη σε σχέση με την αντίστοιχη που θα έδινε το αναδιανεμητικό σύστημα. Έτσι ο συνταξιούχος δεν χάνει την σύνταξή του. Βέβαια αυτό αποτελεί περισσότερο προσδοκία παρά γεγονός, αφού ένα παρόμοιο παράδειγμα αποτελούν οι αποταμιευτές που προσπάθησαν μέσω του τζόγου και της κεφαλαιοποίησης να ανεβάσουν το ύψος των οικονομιών τους (Μηνακάκης, 2008).

Τα τελευταία πενήντα χρόνια εφαρμόστηκαν δύο ειδών αναδιανεμητικά συστήματα: Το Αγγλοσαξονικό και το Γαλλογερμανικό.

Στο Αγγλοσαξονικό σύστημα, η κύρια σύνταξη αποδίδεται σε όλους μέσω του προϋπολογισμού από το κράτος χρησιμοποιώντας πόρους από τα κέρδη και τα εισοδήματα.

Στο Γαλλογερμανικό σύστημα, η κύρια σύνταξη χρηματοδοτείται κατά τα 2/3 από τις εισφορές των εργοδοτών και κατά 1/3 από τις εισφορές των εργαζομένων (Κουτρομάνης, 2008).

Υπάρχουν φυσικά και παραδείγματα όπως η χώρα μας, που χρησιμοποιούν μικτά συστήματα, χωρίς να υπάρχει ταμείο κύριας σύνταξης για τους υπαλλήλους του δημοσίου, αλλά μόνο λογιστική αναφορά στις επιμέρους μισθολογικές καταστάσεις. Ειδικά στην περίπτωση των εκπαιδευτικών δεν υπήρχε ούτε αυτό, αφού από την δεκαετία του 1950 το κράτος είχε δεσμευτεί να καταβάλλονται οι εισφορές του εργαζομένου έναντι αυξήσεων που δεν του δόθηκαν.

Ο προϋπολογισμός ήταν υπεύθυνος για την καταβολή των συντάξεων, αφού στην πραγματικότητα μέσω αυτού λειτουργούσε το κράτος – εργοδότης. Έτσι γινόταν η εκμετάλλευση των εργοδοτικών και εργασιακών εισφορών, καθ' όλη την διάρκεια της εργασιακής ζωής ενός εργαζομένου, ακολουθώντας απλά την δέσμευση περί καταβολής συντάξεως σύμφωνα με την αρχή της ισότητας του εισοδήματος συνταξιούχου – εργαζομένου. Η κύρια σύνταξη λοιπόν προκύπτει πως πρέπει να αποτελεί το 80% των αποδοχών του εργαζομένου, κατά τον τελευταίο μήνα εργασίας του (Δούκας, 2008).

Στο δημόσιο με την ύπαρξη μόνο επικουρικών ταμείων όπως το Πρόνοιας και το Αρωγής και στον ιδιωτικό τομέα με την ύπαρξη ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης όπως το ΙΚΑ και το ΝΑΤ, οι πόροι της κύριας ασφάλισης παρέμεναν στα χέρια του κράτους, ώστε να τους διαχειρίζεται άμεσα. Μέσω της Τράπεζας της Ελλάδος τα αποθεματικά των ταμείων διατηρούνταν άτοκα μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ώστε να χρηματοδοτούνται οι δραστηριότητες του κύριου όγκου του κεφαλαίου. Έχει υπολογιστεί πολλές φορές και πλέον έχει αποδειχθεί επίσημα πως, οι πόροι των ταμείων κατακερματίστηκαν και τα λεφτά που πάρθηκαν υπερβαίνουν τα 24 τρις δραχμές. Από την άλλη, η απελευθέρωση ενός ποσού της τάξεως του 23% των διαθεσίμων από τα ταμεία δόθηκε για εργασίες στο χρηματιστήριο, με αποτέλεσμα να προκληθούν ζημιές ύψους 1.1 τρισεκατομμυρίου δραχμών (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

Λόγω όμως της αναδιανεμητικής αρχής, η κρατική μηχανή όφειλε να εγγυηθεί για την ισότητα του εισοδήματος συνταξιούχων – εργαζομένων, με αποτέλεσμα οι συντάξεις να πρέπει να καταβληθούν, είτε τα χρήματα αυτά υπήρχαν είτε όχι. Η εξουσία δεν μπορούσε να κάνει και πολλά και εν τέλει υποτίμησε την αξία του άμεσου μισθού. Υπήρχαν και πρόχειρες λύσεις βέβαια όπως τα επιδόματα, αφού με την χρήση τους ο άμεσος μισθός ενός εργαζομένου μπορούσε να παρουσιάσει αύξηση. Αυτά τα επιδόματα δεν εισέρχονταν στην σύνταξη, αλλά και αυτά κάποια στιγμή συνάντησαν τα όριά τους.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, μπορούμε να διακρίνουμε τον κύριο στόχο της αναδιάρθρωσης των ασφαλιστικών συστημάτων. Την εγκατάλειψη δηλαδή της αναδιανεμητικής αρχής και την παραδοχή αυτής της εγκατάλειψης. Ο δεύτερος επίσης βασικός στόχος είναι η μεταφορά στα λεγόμενα συστήματα πλήρους κεφαλαιοποίησης ασφαλιστικών δικαιωμάτων ή αλλιώς στα κεφαλαιοποιητικά συστήματα. Η μεταφορά αυτή περιλαμβάνει την κεφαλαιοποίηση των διαθεσίμων ασφαλιστικών ταμείων και της περιουσίας, ανεξαρτήτως της μορφής τους, είτε δηλαδή είναι κύριας ασφάλισης, είτε επικουρικής (Νούσκας, 2015).

Αυτό σημαίνει πως η κοινωνία και κάθε επιμέρους τομέας της πρέπει να λειτουργεί σαν επιχείρηση, και να δεχθεί πως για την συνέχιση της ύπαρξής της πρέπει να είναι βιώσιμη σε εργασιακές συνθήκες ή αλλιώς σε συνθήκες αγοράς. Το κράτος οφείλει να ακολουθεί επίσης την συγκεκριμένη στρατηγική. Άλλωστε οι δηλώσεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου που αφορούσαν την Αργεντινή είναι ακόμα στο μυαλό μας: *Τα κράτη είναι επιχειρήσεις και κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί το κατά πόσο θα είναι βιώσιμα, εκτός από*

τα ίδια. Πρέπει όλοι να συνηθίσουμε αυτήν την ιδέα και να συμφιλιωθούμε με αυτό (Ρομπόλης, 2007).

Αξίζει όμως να αναλυθεί περαιτέρω η καπιταλιστική σκέψη του ΔΝΤ:

Ας σκεφτούμε για μια στιγμή πως όλοι οι πόροι των ταμείων της κύριας και επικουρικής ασφάλισης, οδηγούνται απευθείας στην κεφαλαιοποίηση χωρίς να περνούν από το στάδιο της μισθολογικής κατάστασης. Αυτό είναι εύκολο να συμβεί αφού οι μικρές επιχειρήσεις ως ομάδες θα δημιουργούν την δική τους ασφαλιστική εταιρεία και οι μεγάλες επιχειρήσεις θα έχουν με την σειρά τους τις δικές τους ασφαλιστικές. Το αποτέλεσμα είναι μάλλον εύκολο να το καταλάβουμε σύμφωνα με τις προοπτικές που ανοίγουν τα παραπάνω δεδομένα (Ναξάκης, 2015).

Αρχικά, ο διαγνωστικός τομέας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και ένα μεγάλο ποσοστό της θεραπείας των ασθενών, άμεσα θα ιδιωτικοποιηθούν λόγω του ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι συμβαλλόμενες με ιδιωτικά ιατρικά κέντρα ή διαθέτουν τις δικές τους κλινικές. Τα δημόσια νοσοκομεία θα καταλήξουν να λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και θα δουλεύουν μόνο σε ασύμφορες, για τον ασθενή, καταστάσεις περίθαλψης.

Από την άλλη τα ταμεία, είτε είναι κύριας σύνταξης είτε επικουρικά, δεν θα έχουν λόγο ύπαρξης, οδηγώντας στην αχρηστία το υπαλληλικό προσωπικό και τις κρατικές υπηρεσίες.

Το κράτος λοιπόν θα έχει πάρει επίσημα την μορφή ενός στρατηγείου, που με τους λίγους υπαλλήλους που θα υπάρχουν θα έχει σαν αποστολή, την καθοδήγηση των χρημάτων που θα εισπράττονται από τους φόρους από αυτούς που προσαρμόστηκαν, και να καταστέλλει και ελέγχει αυτούς που δεν συμμορφώνονται στην νέα αξιοκρατία και τις νέες δομές (Ναξάκης, 2015).

Τέτοια σενάρια στις μέρες μας θεωρούνται το λιγότερο ανεφάρμοστα, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε οποιαδήποτε χώρα της Δύσης. Αρχικά πρέπει να σκεφτεί κανείς πως δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή ταμείο κύριας ασφάλισης που να παρουσιάζει πλεονάσματα. Εδώ και πενήντα χρόνια, τα ταμεία κατακερματίζονταν και έχουν φτάσει στο σημείο να χρειάζονται τουλάχιστον τριάντα χρόνια χρηματοδότησης, ώστε να καταφέρουν να λειτουργούν και να καλύπτουν τις στοιχειώδεις υποχρεώσεις τους. Πολλές από τις

υποχρεώσεις αυτές παρουσιάζονται ως ανελαστικές, με την έννοια ότι δεν υπάρχει δυνατότητα των ταμείων να αποδεσμευτούν εξολοκλήρου από αυτές (Νούσκας, 2015).

Για να μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια τέτοια διαδικασία, θα έπρεπε να δημιουργηθούν παντού σε πρώτη φάση ταμεία κύριας ασφάλισης. Το παράδειγμα της ΔΕΗ μοιάζει να είναι αυτό που δείχνει το δρόμο.

Στις μέρες μας, για όλες τις χώρες αλλά και για την Ελλάδα, η μετάβαση σε μια κεφαλαιοποιητική ασφαλιστική αρχή θα αφορούσε κυρίως τα επικουρικά ταμεία ασφάλισης διότι είναι τα μόνα που διαθέτουν περιουσία και αποθεματικά. Στις χώρες τώρα με ένα ελάχιστο έστω επίπεδο κράτους προνοίας, για τριάντα χρόνια περίπου περιλαμβάνεται μια άκρως ευέλικτη τακτική στο καπιταλιστικό σχέδιο που, μέσω αυξήσεων των ορίων ηλικίας, της μεθοδευμένης κεφαλαιοποίησης της επικουρικής ασφάλισης και των περικοπών των συντάξεων, θα ελαχιστοποιηθούν τα κόστη των δικαιωμάτων των εργαζομένων που βρέθηκαν εντός του συστήματος βάση της αναδιανεμητικής αρχής. Το ΔΝΤ λοιπόν, σύμφωνα με την ανάλυση της παραπάνω σκέψης, πρότεινε στην Ελλάδα 30% αναπλήρωση της κύριας συντάξεως σε σχέση με τον εν ενεργεία μισθό των εργαζομένων (Γ.Γ.Κ.Α., 2016).

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα πως, μια διαδικασία μετάβασης σε σύστημα πλήρους κεφαλαιοποίησης του ασφαλιστικού δικαιώματος θα ήταν ιδιαιτέρως μακροχρόνια και θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μετά από τουλάχιστον 30 χρόνια απρόσκοπτης προσπάθειας. Φυσικά είναι η κατάλληλη στιγμή για να αναλυθούν ορισμένες λεπτομέρειες.

Ακόμα και σε ένα σύστημα πλήρους κεφαλαιοποίησης, ο καπιταλισμός θέλει να υπάρχουν συντάξεις. Δεν είναι πρόθεση να καταργηθεί από την αλυσίδα των καταναλωτών ο συνταξιούχος. Ο καπιταλισμός παρουσιάζει μεν σκοπιμότητα και πλάγιες προθέσεις αλλά δεν επιδιώκει την κατάργηση των συντάξεων (Ναξάκης, 2015).

Τα κεφάλαια σύνταξης και ασφάλισης οφείλουν να είναι αποδοτικά, μέσω της ταχύτητας και της ανταγωνιστικής τους χρήσης και αυτό ακριβώς είναι που επιδιώκει ο καπιταλισμός ώστε να συνεχιστεί η κερδοφορία του. Φυσικά κατά την διάρκεια της διαδικασίας συμβαίνουν και πολλά αρνητικά φαινόμενα, όπως το παράδειγμα του Enron, αλλά αντιμετωπίζονται ως παράπλευρες απώλειες.

Κάπου εδώ έχουμε την εμφάνιση του λεγόμενου «τριγωνικού συστήματος». Οι εργαζόμενοι δηλαδή που θα χάσουν την σύνταξή τους, θα πάρουν ένα ελάχιστο συντάξιμο ποσό, κάτι που το εγγυάται το ίδιο το κράτος. Υπάρχει και ένας τρίτος τομέας ασφάλισης που αφορά τους εργαζομένους που μπορούν να διαθέσουν ένα ποσό από τον άμεσο μισθό τους, ώστε να πραγματοποιήσουν ιδιωτική ασφάλιση που θα αποτελέσει επιπλέον είδος εγγύησης για την συνταξιοδοτική κατάσταση. Αυτή η δυνατότητα υπάρχει αλλά συνήθως αφορά τα ανώτερα και τα μεσαία κοινωνικά στρώματα λόγω ατομικού εισοδήματος και απολαβών (Ναξάκης, 2015).

Για να παρουσιαστούν πλήρη κεφαλαιοποιημένα ασφαλιστικά δικαιώματα στην Ευρώπη απαιτείται ένας κύκλος τουλάχιστον 30 ετών. Μέσα σε αυτήν την μεγάλη χρονική περίοδο, τα συστήματα θα μπορέσουν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν. Για να πάρουμε ένα παράδειγμα και από τις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, η κεφαλαιοποίηση δείχνει να έχει προχωρήσει ικανοποιητικά μόνο στην Αγγλία και την Ολλανδία. Στην Γερμανία, την Πορτογαλία, την Σουηδία, την Ισπανία το Βέλγιο και άλλες, η κεφαλαιοποίηση αφορά μόλις το 3% του Α.Ε.Π., ενώ στην Γαλλία η διαδικασία είναι άγνωστο για το κατά πόσο έχει προχωρήσει (Γ.Π.Σ.Π., 2008).

Η αύξηση των ορίων ηλικίας, η σταδιακή κεφαλαιοποίηση και η μείωση των συντάξεων είναι η βασική τακτική που επιλέγεται ώστε να πραγματοποιηθεί η μετάβαση, με την αρχή να γίνεται στα επικουρικά ταμεία. Η συγκεκριμένη τακτική αφορά κυρίως εκείνους που εργάζονταν με βάση την αναδιανεμητική αρχή. Η έκβαση λοιπόν του κεφαλαιοποιητικού συστήματος, θα κριθεί από τις μάχες που θα γίνουν στα επόμενα τριάντα χρόνια.

Αναφέρθηκε παραπάνω πως οι δύο αντίπαλοι, η εργασία ως έχει και το κεφάλαιο, κάνουν ιδεολογικές, οργανωτικές και πολιτικές προετοιμασίες. Ιδεολογικά το κεφάλαιο έχει στηριχθεί σε μια σειρά επιχειρημάτων. Αυτά είναι:

- Τα κεφαλαιοποιητικά συστήματα είναι πιο φθηνά σε σχέση με τα αναδιανεμητικά, αφού δεν στηρίζονται σε υπηρεσίες με μεγάλο υπαλληλικό αριθμό.
- Η κοινωνία παρουσιάζει σημάδια έντονης γήρανσης και η αναλογία δείχνει να πως θα μεταβληθεί δραματικά τα επόμενα χρόνια, στο 1 προς 1 εργαζομένων – συνταξιούχων.

- Το ΔΝΤ θεώρησε πως η Ελλάδα προσφέρει ένα από τα πιο πλούσια ασφαλιστικά συστήματα της Ευρώπης. Η χώρα μας διαθέτει πολύ υψηλά ποσοστά ασφαλιστικής δαπάνης σε σχέση με το γενικό ύψος του ΑΕΠ στην ΕΕ, της τάξεως του 12% και εάν συνεχιστεί, κατά τα επόμενα πενήντα χρόνια θα φτάσει το 24%.
- Αν και βοηθάει η εισαγωγή μεταναστών στην αγορά εργασίας, δεν αρκεί για να λύσει το πρόβλημα που έχει δημιουργηθεί (Νούσκας, 2015).

Φυσικά υπάρχει αντίλογος στα παραπάνω και ιδεολογική αντιπίθεση του αναδιανεμητικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα:

- Σχετικά με την κατηγορία, ότι τα αναδιανεμητικά συστήματα είναι πιο δαπανηρά σε σχέση με τα κεφαλαιοποιητικά, δημοσιευμένες έρευνες και μελέτες της Ε.Ε. αποδεικνύουν ότι συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο. Είναι προφανές ότι απαιτούνται ακριβοί μηχανισμοί επενδύσεων ώστε να πραγματοποιηθεί η κεφαλαιοποίηση των πόρων των ταμείων. Οι σημερινοί αναδιανεμητικοί μηχανισμοί δεν απαιτούν τέτοιο κόστος.
- Στο επιχείρημα σχετικά με την γήρανση του πληθυσμού, οι δυνάμεις εργασίας απαντούν πως για την βιωσιμότητα των ασφαλιστικών αναδιανεμητικών συστημάτων αυτό που έχει σημασία είναι η αναλογία των συντάξεων ως προς την παραγωγικότητα και το ΑΕΠ, και όχι η αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους. Εάν λοιπόν ο αριθμός των συντάξεων «τρέχει» σε μικρότερο ρυθμό από την αύξηση της παραγωγικότητας και του ΑΕΠ, η δαπάνη των συντάξεων στα επόμενα πενήντα χρόνια θα μειώνεται και δεν θα αυξηθεί ως προς το ΑΕΠ. Η κυβέρνηση προχώρησε σε αύξηση κατά 3% της παραγωγικότητας και 3.8% του ΑΕΠ, με αποτέλεσμα η δαπάνη της σύνταξης να αναμένεται να μειωθεί από το 12% που είναι σήμερα, στο 6% του ΑΕΠ τα επόμενα πενήντα χρόνια. Από την άλλη, σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, μελέτες απέδειξαν πως 2% αύξηση του ΑΕΠ κάθε χρόνο, έχει άμεση πρόβλεψη για τα τουλάχιστον σαράντα επόμενα χρόνια, κάτι που θα επέτρεπε τον διπλασιασμό του πλούτου των χωρών της Ευρώπης. Ακόμα λοιπόν και εάν αυξανόταν το ποσοστό των συντάξεων προς το ΑΕΠ, θα αποτελούσε μικρό μέρος του διπλασιασμού του πλούτου.

- Γελοίο θεωρείται το επιχείρημα περί γενναιοδωρίας του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας αφού, παρόλο που οι εργαζόμενοι καλούνται να καταβάλλουν πολύ υψηλές εισφορές, εν τούτοις έχουν τις λιγότερες παροχές από όλους τους εργαζομένους των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε.
- Τέλος, είναι αλήθεια πως οι μετανάστες αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι της εργατικής τάξης σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, αλλά θα πρέπει να έχουν πλήρη και χωρίς όρους νομιμοποίηση, καθώς και καθολική ένταξη στα εκάστοτε ασφαλιστικά συστήματα. Αυτό είναι που απαιτεί η δύναμη της τωρινής κατάστασης (Ναξάκης, 2015).

Τα κεφαλαιοποιητικά συστήματα προσπαθούν να αποκρύψουν τα πιο σημαντικά ζητήματα δυναμικής ανάπτυξης και βιωσιμότητας των αναδιανεμητικών συστημάτων. Το ωρομίσθιο, τα ελαστικά ωράρια και η εργασία σύμβασης έργου είναι μόνο μερικά από αυτά. Ένα μεγάλο μέρος των εργαζομένων της Ελλάδος και της Ε.Ε. από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, εργάζεται καταφέροντας να κατοχυρώσει μισό ένησημο για κάθε μεροκάματο. Για αυτούς τους εργαζομένους, η εισφορά είναι μηδαμινή και για να καταφέρουν να συνταξιοδοτηθούν θα πρέπει να εργάζονται για παραπάνω από μία ζωές (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

Μιλώντας πια ακόμα πιο συγκεκριμένα, θα λέγαμε πως το κεφάλαιο έχει σαν ιδεολογία όλα τα παρακάτω:

- Προσπαθεί να νομιμοποιήσει, κυρίως στις συνειδήσεις των εργαζομένων, εκτός από τα επιπλέον χρόνια εργασίας, την δραματική μείωση των συντάξεων και των επιδομάτων.
- Θέλει να δικαιολογήσει την φοβερή μείωση του ποσοστού των συντάξεων επί του ΑΕΠ, από το 10% που είναι σήμερα στο 6%, όπως σχεδιάζεται στα νέα συστήματα.
- Προσπαθεί να αποκρύψει τον διπλασιασμό που προκύπτει στον πλούτο τα επόμενα σαράντα χρόνια, ώστε να καρπωθεί ολόκληρος από το κεφάλαιο.
- Προωθεί την νομιμοποίηση της εκ νέου φορολόγησης των εισφορών που έχουν ήδη καταβληθεί από τους εργαζομένους τα προηγούμενα χρόνια.



- Θέλει να απεξαρτηθεί από την συνείδηση των εργαζομένων ότι η σύνταξη καταβάλλεται από το κράτος, ανεξαρτήτως του γεγονότος πως οι εισφορές έχουν καταβληθεί. Με αυτόν τον τρόπο, ο εργαζόμενος θα θεωρεί υπεύθυνο τον εαυτό του και την ομάδα του για την σύνταξή του, και όχι το κράτος (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

Από όλα όσα αναφέρθηκαν γίνεται κατανοητό, πως ζητήματα όπως η σύνταξη, η περίθαλψη, ο άμεσος μισθός, ο κοινωνικός μισθός των ανέργων από τα 18 τους έτη, τα επιδόματα και η περίθαλψη αποτελούν εκτός από ζητήματα του τρόπου της χρηματοδότησης, και ζητήματα πολιτικής. Το βασικότερα προβλήματα που προκύπτουν είναι δύο. Πρώτον, το κατά πόσο ο μισθός που λαμβάνει ο εργαζόμενος εκφράζει και τον χρόνο όπου είναι εκπαιδευόμενος, άνεργος, άρρωστος και συνταξιούχος. Δεύτερον, αν ο μισθός θα ακολουθήσει την άνοδο παραγωγικότητας της εργασίας. Αν δεν επιλυθούν τα παραπάνω ζητήματα, τα οφέλη ανόδου της παραγωγικότητας θα τα καρπωθούν οι εργοδότες, με αποτέλεσμα να συσσωρευθεί περαιτέρω το χρηματιστηριακό κεφάλαιο (Μηνακάκης, 2008).

Βλέποντας το διαφαινόμενο πρόβλημα δεν υπάρχει άλλη λύση για τα αναδιανεμητικά συστήματα, πέρα από το να θέσουν εκ νέου ζήτημα συνολικής αναδιανομής του πλούτου, όπως έκαναν και παλαιότερα. Αυτό θα γίνει μέσω τριών μορφών: Μέσω της μείωσης του χρόνου εργασίας και του ωραρίου δουλειάς, των μεγαλύτερων συντάξεων και των καλύτερων παροχών περίθαλψης και με την αύξηση του διαθέσιμου, προς τον καταναλωτή, εισοδήματος.

Μια λύση ώστε να υπάρξει σημαντική αύξηση στους βασικούς μισθούς, είναι να καταργηθούν τα επιδόματα ή έστω να μειωθεί η επιδοματική πολιτική των κυβερνήσεων. Τότε θα είναι δυνατόν να γίνει η χρηματοδότηση των συντάξεων, και να πληρώνεται όλος ο απελευθερωμένος χρόνος από την άνοδο της παραγωγικότητας στον τομέα της εργασίας. Δηλαδή θα υπάρχουν οικονομικά αντικρίσματα σε περιπτώσεις όπως η αρχική εκπαίδευση, η ανεργία, η αρρώστια και η σύνταξη (Ρομπόλης, et al, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, μόνο με τις εισφορές επί της αύξησης του μισθού και επί του συνολικού μισθού που πληρώνεται από τους εργοδότες, μπορεί να δοθεί διέξοδος στα προβλήματα της εργασίας. Απέναντι στην πολιτική ιδεολογία του κεφαλαίου, η εργασία πρέπει να προωθήσει κάποιους συγκεκριμένους άξονες όπως:

- Η επαναδιαπραγμάτευση του πλούτου που παράγεται με στις τρεις μορφές του.
- Η υπεράσπιση με κάθε κόστος των αναδιανεμητικών συστημάτων αντί των κεφαλαιοποιητικών.
- Η ισχυρή περίθαλψη και τα ισχυρά επιδόματα ανεργίας σε ντόπιους, μετανάστες και ανέργους.
- Οι κλαδικές συλλογικές συμβάσεις, με κατάργηση των λοιπών επιδομάτων και της επιδοματικής πολιτικής, με μείωση του εργάσιμου χρόνου έως την συνταξιοδότηση κα με αυξήσεις στους βασικούς μισθούς. Επίσης με αυξήσεις εισφορών επί του συνόλου του μισθού, μιας υποχρέωσης που επαφίεται στους εργοδότες.
- Η απαίτηση του «κανείς εργαζόμενος να μην είναι ανασφάλιστος».
- Η κατάργηση της περιστασιακής και ελαστικής απασχόλησης (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

#### **1.4. Κλάδος Σύνταξης**

##### **1.4.1. Διανεμητικά Συστήματα**

Το συγκεκριμένο σύστημα αφορά αποκλειστικά τις συντάξεις και δεν διορθώνει τις όποιες ανισότητες της κοινωνίας, αφού βασίζεται στην διανομή πόρων από την μία γενιά στην άλλη. Από την άλλη, ένα αναδιανεμητικό σύστημα, έχει ως στόχο την μείωση των ανισοτήτων, αναδιανέμοντας τους πόρους γενικά μέσα σε μία γενιά. Για να μπορέσει ένα διανεμητικό σύστημα να λειτουργεί ως αναδιανεμητικό, θα πρέπει να στηρίξει περισσότερο τους χαμηλοσυνταξιούχους.

Οι κύριες πηγές εσόδων που παρουσιάζει ένα αναδιανεμητικό σύστημα είναι οι εξής:

- Οι εργοδοτικές εισφορές, που αρκετές φορές μετατοπίζονται μέσω προϊόντων και υπηρεσιών στους καταναλωτές, υπό το καμουφλάζ των έμμεσων φόρων.

- Οι εργασιακές εισφορές
- Και η κρατική εισφορά, που είναι ανάλογη της φοροδοτικής ικανότητας του πολίτη και αφορά την γενική και προοδευτική φορολόγηση (Ναξάκης, 2015).

Βέβαια, οι πολιτικές συνθήκες που επικρατούν και η ένταση των προβλημάτων, φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην κρατική εισφορά που πραγματοποιείται μέσω της χρηματοδότησης από τον προϋπολογισμό.

Ένα γεγονός που θα μπορούσε να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, έχει να κάνει με την περίοδο αμέσως μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Λόγω του ότι υπήρχαν πολλά εργατικά χέρια και υπήρχε έλλειψη του κράτους πρόνοιας, δεν υπήρχε εμφανής λόγος οι εισπραττόμενοι φόροι της γενιάς αυτής να ενισχύσουν την γενιά των συνταξιούχων, δηλαδή την προηγούμενη γενιά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι εισφορές να μετατραπούν σε αναπτυξιακά δάνεια (Ρομπόλης, 2007).

Είναι γεγονός πως με βάση το αναδιανεμητικό σύστημα, ένας συνταξιούχος ζούσε με απόλυτη οικονομική αυτάρκεια, αφού ήταν αρκετοί τέσσερις ασφαλισμένοι που θα πλήρωναν κανονικά τις εισφορές τους. Αυτό είχε επίσης ως αποτέλεσμα, πέρα από την αυτάρκεια, να υπάρχει ένα αποθεματικό προς χρησιμοποίηση σε περίπτωση ανάγκης, αλλά και να καλύπτονται οι διοικητικές δαπάνες των ασφαλιστικών φορέων.

Στις μέρες μας όμως, έχει διαταραχθεί η σχέση εργαζομένου – συνταξιούχου, αφού τα αποθεματικά των ταμείων μπορούν να καλύψουν τα ελλείματα για λίγα μόλις χρόνια ακόμη.

Στην Ε.Ε. τα περισσότερα συστήματα ασφάλισης έχουν διανεμητικό χαρακτήρα, με μόνη εξαίρεση την Σουηδία. Η βάση αυτού του συστήματος δεν είναι άλλη από την αναλογία ασφαλιζομένων – συνταξιούχων. Δύο είναι τα κύρια προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το διανεμητικό σύστημα:

- Το ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα της ανεργίας, τόσο μειώνονται τα έσοδα των ταμείων.

- Το ότι υπάρχει φυσιολογική μείωση των αναλογιών όσο περνάνε τα χρόνια, μεταξύ ασφαλιζομένων και συνταξιούχων, λόγω του ότι δεν σταματάει η γήρανση του πληθυσμού. Αυτό έχει ως φυσιολογικό αποτέλεσμα, τα έξοδα να μην καλύπτονται από τα έσοδα και οι εργαζόμενοι να είναι λιγότεροι από τους συνταξιούχους (Δούκας, 2008).

Μέσω όμως του υποχρεωτικού τους χαρακτήρα, διευκολύνεται και επιτυγχάνεται ο στόχος της απαραίτητης κοινωνικής αλληλεγγύης. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συστήματος έχει να κάνει με την διευκόλυνση της λεγόμενης «τιμαριθμικής αναπροσαρμογής» μίας σύνταξης.

Άλλο χαρακτηριστικό της αναδιανομής είναι ότι δεν παρουσιάζεται χρονική μετατόπιση των υποχρεώσεων χρηματοδότησης των συντάξεων, αφού η παραγωγή του ίδιου έτους χρηματοδοτεί και τις συντάξεις.

Το επιχείρημα κατά του διανεμητικού συστήματος, έχει να κάνει με το ότι προκαλεί στρέβλωση στα επίπεδα της οικονομίας, αφού αποτελεί εν δυνάμει φορολογία. Θεωρείται αποτελεσματικό σύστημα μόνο όταν το επιτόκιο της αγοράς ή ο λόγος της οριακής αποδοτικότητας του κεφαλαίου είναι χαμηλότερα σε σχέση με το ρυθμό αύξησης των συνολικών αποδοχών. Έτσι σε περίοδο ύφεσης, όπως αυτή που διανύει η χώρα μας, δημιουργούνται σημαντικότερα ελλείμματα που οδηγούν στον δανεισμό και την περικοπή των παροχών (Μηνακάκης, 2008).

Άλλο σοβαρό μειονέκτημα του διανεμητικού συστήματος, είναι ότι μειώνει το κίνητρο για εργασία. Είναι κάτι που εξαρτάται αποκλειστικά από την σύνδεση της προσδοκώμενης σύνταξης - με το ύψος της εισφοράς για την κάθε γενιά. Εάν παρατηρείται μεγάλος βαθμός αποδοτικότητας, δηλαδή μεγάλη σύνδεση, τότε δεν εμφανίζεται μεγάλη επίδραση. Εάν όμως έχουμε ένα πλήρως αναδιανεμητικό σύστημα με μικρή ανταποδοτικότητα, και ανεξάρτητη από τις εισφορές σύνταξη, τότε ενισχύεται η απομάκρυνση από την εργασία.

#### **1.4.2. Κεφαλαιοποιητικά Συστήματα**

Για να δούμε πως ακριβώς λειτουργεί το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, θα πρέπει να παρουσιαστεί το εξής παράδειγμα: Έχοντας δεδομένο ένα επιτόκιο  $i$ , ένα πολίτης καταβάλλει κάθε χρόνο ένα τυχαίο ποσό  $C$ . Έπειτα από το πέρας σαράντα ετών εργασίας,

έχει μαζευτεί ένα ποσό  $F$ , που μπορεί να εισπραχθεί από τον πολίτη ως εφάπαξ σύνταξη ή με την μορφή χρονικής προσόδου.

Φυσικά το συγκεκριμένο σύστημα παρουσιάζει κάποιους προσδιοριστικούς παράγοντες, που δεν είναι άλλοι από τον πληθωρισμό και το επιτόκιο. Δημιουργείται με αυτόν τον τρόπο ένα κεφάλαιο, που προέρχεται από τα έσοδα των εισφορών, που εάν επενδυθεί θα μπορεί να καλύψει τις υποχρεώσεις του ταμείου, καθώς και τις αναγκαίες παροχές. Η βάση αυτού που αναλύσαμε μόλις είναι ότι η παρούσα αξία των περιουσιακών στοιχείων του ασφαλιστικού φορέα ισούται με την παρούσα αξία των υποχρεώσεών του (Μηνακάκης, 2008).

Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος, είναι ότι μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί σε όλες τις δημογραφικές αλλαγές που μπορεί να προκύψουν. Τα αδύνατα σημεία του εντοπίζονται στο γεγονός πως κατά την διάρκεια εργασίας του, ο εργαζόμενος μπορεί να μην επιθυμεί την αποταμίευση, ενώ παρουσιάζει και αδυναμίες στην εξυπηρέτηση του στόχου κάλυψης, απέναντι σε κάποιον ενδεχόμενο κίνδυνο. Άρα η ικανότητα αποταμίευσης των πολιτών κατά την διάρκεια του εργασιακού βίου, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το ύψος των εισοδημάτων (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

## **1.5. Κλάδος Ασφάλισης**

### **1.5.1. Beveridge Model**

Εφαρμόζεται σύμφωνα με την αρχή του συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Το συγκεκριμένο σύστημα έχει σαν στόχο να συνδέσει τον εργατικό δυναμικό μίας χώρας με τον θεσμό της οικογένειας, ώστε να προσφέρεται γενικότερη προστασία στους πολίτες της κοινωνίας.

Ο Beveridge φαίνεται πως επηρεάστηκε ιδιαίτερα από τα συμπεράσματα της έρευνας του Rowntree, που έκανε ιδιαίτερη ανάλυση για την φτώχεια και τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα. Ο Rowntree πίστευε πως αυτά τα μέτρα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην νομοθεσία των χωρών, ώστε να ανακουφίζονται από την φτώχεια οι πολίτες σε διάφορες φάσεις της ζωής τους. Μέσω της κοινωνικής βοήθειας θα επερχόταν προστασία, ενώ το κράτος θα μπορούσε να αντιμετωπίσει προβλήματα όπως οι ασθένειες, η έλλειψη θέλησης, η τεμπελιά, η περιπλάνηση και η άγνοια.

Ο κρατικός παρεμβατισμός χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο, ενώ αποτελεί καινοτόμο σύστημα ασφάλισης, αφού η κάλυψη έχει ως αρχή την έννοια της καθολικότητας (κανένας δεν πρέπει να είναι ανασφάλιστος) με την οργάνωση να πραγματοποιείται κάτω από κρατικό έλεγχο και την χρηματοδότηση να γίνεται από το ίδιο το κράτος (Αναλυτής, 2006).

### **1.5.2. Bismarck Model**

Η Γερμανία άρχισε να παρουσιάζει έντονες κοινωνικές συγκρούσεις και αυξημένες αντιπαραθέσεις στην διεκδίκηση μισθού από όλες τις πλευρές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να προωθηθεί έντονα το αίτημα κάλυψης από τους συγκεκριμένους κινδύνους. Ο Βίσμαρκ ήταν ο πρώτος που κατέγραψε αυτές τις ταραχές και ανέφερε πως παντού εμφανίζονταν κοινωνικές συγκρούσεις και επαναστάσεις, κάνοντας λόγο για την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός άρτιου θεσμικού πλαισίου κοινωνικής ασφάλισης.

Έτσι μέσω της νομοθεσίας, δημιούργησε ένα σημαντικό πλαίσιο που αφορούσε την εργατική και εργοδοτική εισφορά, με την κάλυψη να πραγματοποιείται επιλεκτικά, βάση των επαγγελματικών οργανώσεων.

Ο Βίσμαρκ λοιπόν ήταν το πρόσωπο που θα έπειθε τους επαγγελματίες των κλάδων να συμμετάσχουν στο νέο εγχείρημα, ώστε να σταματήσουν οι κοινωνικές συγκρούσεις και να εξασφαλιστεί η αναγκαία προσφορά κάλυψης από τους κινδύνους. Το μοντέλο Βίσμαρκ προσφέρει διμερή χρηματοδότηση, από εργοδότες και εργαζομένους, οργάνωση χωρισμένη ανά επαγγελματική κατηγορία και κάλυψη χωρισμένη ανά επαγγελματική οργάνωση (Αναλυτής, 2006).

## Κεφάλαιο 2 - Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα

### 2.1. Σύντομη Ιστορική Αναδρομή

Στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση εξελίχθηκε σταδιακά:

- 1836: ασφάλιση εργαζομένων στη ναυτιλία,
- 1851: αξιωματικοί του στρατού και του ναυτικού,
- 1855: δάσκαλοι,
- 1861: NAT,
- 1861: δημόσιοι υπάλληλοι,
- 1867: εργαζόμενοι στην Εθνική Τράπεζα,
- 1882: μεταλλωρύχοι,
- 1907-08: σιδηροδρομικοί,
- 1922: υποχρεωτική ασφάλιση ιδιωτικών υπαλλήλων,
- 1923-25: αρτεργατών, καπνεργατών, λιμενεργατών, τυπογράφων,
- 1928-32: ΤΣΑΥ, Ταμείο Νομικών, ΤΣΑ,
- 1934: ΙΚΑ και τροποποίηση του το 1937,
- 1934: ΤΕΒΕ, ΤΣΜΕΔΕ, Εργατών Τύπου,
- 1961: ΟΓΑ.

Έτσι, στην Ελλάδα ήδη από τα πρώτα χρόνια μετά το τέλος της οθωμανικής κυριαρχίας και την ίδρυση του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους έχουμε τη δημιουργία των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων, με αποσπασματικό και μη ολοκληρωμένο τρόπο. Αυτό οδήγησε σε ένα Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης χωρίς συνοχή και χωρίς αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών. Κομβικό σημείο για την εξέλιξη της Κοινωνικής Ασφάλισης αποτέλεσε η ίδρυση του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) τον Οκτώβρη του 1932 με το Νόμο 5733 για την ίδρυση του ΙΚΑ. Ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση ενός ασφαλιστικού ταμείου υποχρεωτικής ασφάλισης για όλους τους μισθωτούς και τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, τους οποίους θα κάλυπτε για τους κινδύνους της ασθένειας, του εργατικού ατυχήματος, του γήρατος και του θανάτου, ενώ θα παρείχε και επιδόματα μητρότητας. Δυστυχώς ο παραπάνω νόμος τροποποιήθηκε προς το χειρότερο και πριν ακόμα εφαρμοστεί αντικαταστάθηκε από το Νόμο 6298 του 1934, ο οποίος τροποποιήθηκε και πάλι και εφαρμόστηκε τελικά το 1937 σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά και σταδιακά σε όλη την Ελλάδα.

Κομβικό επίσης σημείο για την κοινωνική ασφάλιση αποτελεί και η ψήφιση του Συντάγματος του 1975 οπότε και συνταγματικά οι κοινωνικές ασφαλίσεις καλύφθηκαν υποτυπωδώς με την παράγραφο 4 του άρθρου 22 του Συντάγματος που αναφέρει ότι «το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων όπως ο νόμος ορίζει». Αλλά και από τα άρθρα 2,5 και 21 αυτού εκφράζονται αρχές κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας. Βέβαια στις συνταγματικές αυτές διατάξεις δεν μπορούν να στηριχθούν αγώγιμες αξιώσεις των πολιτών επί του είδους ή την έκταση της ασφαλιστικής προστασίας σε θέματα που δεν αποτέλεσαν αντικείμενο νομοθετικής ρύθμισης. Κατοχυρώνει όμως μία θεσμική εγγύηση ώστε οι λοιπές λειτουργίες της πολιτείας (εκτελεστική και νομοθετική) να λάβουν τα προσήκοντα μέτρα για ασφαλιστική κάλυψη του εργαζόμενου πληθυσμού.

Η πρώτη περίοδος (1990-1992) που χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση πολιτικών που επιδίωκαν πρωταρχικά την κάλυψη των χρηματοδοτικών ελλειμμάτων του ασφαλιστικού συστήματος, μέσω της αύξησης των πόρων και της μείωσης των ασφαλιστικών παροχών. Η περίοδος αυτή, κατά τη διάρκεια της οποίας σημειώθηκαν έντονες αντιδράσεις ιδίως των συνδικαλιστικών οργανώσεων για τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης, ολοκληρώθηκε με την ψήφιση του Νόμου 2084 το 1992. Αυτός εισήγαγε τη διάκριση ανάμεσα σε δύο κατηγορίες ασφαλισμένων, όπου η κάθε κατηγορία διέπεται από διαφορετικό καθεστώς ασφάλισης, με κύριο γνώρισμα τους νέους ασφαλισμένους, δηλαδή αυτούς που ασφαλίστηκαν για πρώτη φορά μετά την 1.1.1993. Αυτοί νοούνται ως νέοι ασφαλισμένοι και υπάγονται εφεξής σε ένα νέο καθεστώς όπου έχουν αυστηρότερες προϋποθέσεις χορήγησης παροχών και υπολογισμού του ύψους τους. Οι υπαχθέντες μέχρι 31.12.1992 σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα ή στο Δημόσιο, νοούνται ως παλαιοί ασφαλισμένοι και εξακολουθούν να υπάγονται στις μέχρι τότε ισχύουσες διατάξεις.

Οι παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εξασφάλισαν σε σημαντικό βαθμό τη βιωσιμότητα του συστήματος, βάσει συμπερασμάτων που προέκυψαν από μεταγενέστερες μελέτες. Από την άλλη όμως πλευρά οδήγησαν σε μείωση ή και απώλεια ασφαλιστικών παροχών, ενώ εισήγαγαν μια ιδιαίτερα δυσμενή μεταχείριση για όσους ασφαλιζόνταν για πρώτη φορά μετά την 1.1.1993. Δόθηκε δηλαδή προτεραιότητα στην οικονομική βιωσιμότητα απέναντι στην κοινωνική αποτελεσματικότητα.

Η δεύτερη περίοδος (1993-1999) που χαρακτηρίζεται από την προώθηση της οργανωτικής αναδιάρθρωσης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και την έναρξη των διαδικασιών κοινωνικού διαλόγου για τη συνολική μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος. Οι



σημαντικότερες ρυθμίσεις που προωθήθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής εντοπίζονται στη δημιουργία ενός νέου ασφαλιστικού καθεστώτος για τους αγρότες, στην ενοποίηση των ταμείων κύριας ασφάλισης των ελευθέρων επαγγελματιών και των ταμείων επικουρικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, στην ενίσχυση των ελεγκτικών μηχανισμών του ασφαλιστικού συστήματος και στη θεσμοθέτηση συμπληρωματικών παροχών για τους συνταξιούχους χαμηλού εισοδήματος μέσω της εισαγωγής του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ). Παράλληλα, εγκαινιάστηκε ο επίσημος κοινωνικός διάλογος μεταξύ της κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων για τις βασικές αρχές και τις προτεραιότητες της μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος. Την περίοδο αυτή είχαμε και μια σειρά από εκθέσεις διάφορων επιτροπών στα πλαίσια του κοινωνικού διαλόγου και της κοινωνικής διαβούλευσης. Η συζήτηση για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος ξεκίνησε το Μάιο του 1997 και προωθήθηκε μέσω μιας ανεξάρτητης Επιστημονικής Επιτροπής Κοινωνικού Διαλόγου για την κοινωνική ασφάλιση, η οποία συγκροτήθηκε από εκπροσώπους της κυβέρνησης και εμπειρογνώμονες των κοινωνικών εταίρων.

Η τρίτη περίοδος (2000-2004) χαρακτηρίζεται από την τυποποίηση των αρχών της μεταρρύθμισης, όπως συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια δύο φάσεων. Η πρώτη φάση (Μάιος 2000 - Μάιος 2001) επικεντρώθηκε στην εξέταση της οικονομικής βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Οι προτεινόμενοι άξονες της μεταρρύθμισης καταγράφηκαν στο σχέδιο συζήτησης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τίτλο «Η προτεινόμενη μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», που κατατέθηκε τον Απρίλιο του 2001, επισημαίνοντας τόσο τις διαστάσεις της κρίσης των υφιστάμενων πολιτικών στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης, όσο και τις προοπτικές μετασχηματισμού τους. Σύμφωνα με το σχέδιο, η ισορροπία του ασφαλιστικού συστήματος αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας, ενισχύοντας παράλληλα τις διαδικασίες κατοχύρωσης της κοινωνικής συνοχής και της καταπολέμησης των κινδύνων της φτώχειας και του αποκλεισμού. Όμως τελικά το Σχέδιο δεν έγινε αποδεκτό λόγω των σχετικά δυσμενών συνεπειών που συνεπαγόταν για την επάρκεια των ασφαλιστικών παροχών και της σημαντικότητας αντίδρασης των συνδικάτων και των εργαζομένων.

Η δεύτερη φάση (Οκτώβριος 2001 - Οκτώβριος 2002) προσανατολίστηκε στην κατοχύρωση των κοινωνικών διαστάσεων της μεταρρύθμισης. Ύστερα από εξαντλητική διαδικασία διαβουλεύσεων με τους κοινωνικούς εταίρους κατά τη διάρκεια του Α' εξαμήνου του 2002,

το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας επεξεργάστηκαν και κατέθεσαν στις αρχές Ιουνίου 2002 σχέδιο νόμου για την αναδιοργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο τελικά ψηφίστηκε στα μέσα του Ιουνίου ως Νόμος 3029/2002 και φέρει τον τίτλο «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης». Ο νόμος αυτός περιόρισε σημαντικά το ζήτημα της πολυδιάσπασης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και περιείχε πολλές από τις θέσεις των συνδικαλιστικών οργανώσεων.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην χώρα μας χαρακτηρίζεται από τον πολυκερματισμό και την πολυπλοκότητα των υπηρεσιών. Έχει παρατηρηθεί πως στην Ελλάδα έχει υιοθετηθεί ένα υβριδικό σύστημα προστασίας που έχει χαρακτηριστικά και από τα δύο συστήματα (Bismarck και Beveridge).

Ένα από τα αρνητικά χαρακτηριστικά του δικού μας συστήματος, έχει να κάνει με την δημιουργία πολλών ελλειμμάτων, λόγω του ότι δεν παρουσιάζει αντοχή απέναντι στις διακυμάνσεις. Παρόλο που γίνονται συνεχώς προσπάθειες ώστε να αντιμετωπιστεί το έντονο πρόβλημα των ελλειμμάτων, δεν έχει βρεθεί ακόμα μία βιώσιμη λύση (Αναγνώστου-Δεδούλη, 2008).

Αρχικά, θα λέγαμε πως το σύστημα της Ελλάδος ήταν πιο κοντά με το Γερμανικό σύστημα Bismarck. Ο πρώτος ασφαλιστικός φορέας που δημιουργήθηκε στην χώρα μας, με βάση το Γερμανικό μοντέλο, ήταν το NAT. Ακολούθησαν δύο ακόμα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ το 1934 και ο ΟΓΑ το 1961 (Μηνακάκης, 2008).

Το 1961 ιδρύθηκαν και δύο ακόμη ασφαλιστικά ταμεία, αυτό των δημοσίων υπαλλήλων και αυτό των εργαζομένων σε μεταλλεία. Ακολούθησαν και άλλα, που όμως είχαν ως στόχο την κάλυψη εργαζομένων από το γήρας, τα εργατικά ατυχήματα και τις ασθένειες.

Από το 1914 έως και το 1933 οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων αποτελούσαν τις κύριες χρηματοδοτικές πηγές. Από το 1934 και μετά είχαμε την δημιουργία του ΙΚΑ που κάλυπτε το 1/3 του Ελληνικού πληθυσμού.

Το 1973 που ξέσπασε η μεγάλη οικονομική κρίση, δημιουργήθηκε σε πολλές χώρες της Ε.Ε., αλλά και στην Ελλάδα έντονο οικονομικό πρόβλημα, κάτι που οδήγησε στην ανάγκη εξεύρεσης μίας άρτιας κοινωνικής δομής. Το 1980 υπήρχαν πάνω από 1.530 ασφαλιστικοί

οργανισμοί στην Ελλάδα, με τους μεγαλύτερους να είναι το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, το ΤΕΒΕ, το ταμείο εργαζομένων του ΟΤΕ, το ΤΑΕ, το ταμείο τραπεζοϋπαλλήλων κ.α. (Μηνακάκης 2008).

Το 1861 είχαμε την ίδρυση του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων και του Μετοχικού Ταμείου Στρατού και Ναυτικού, που οδήγησαν στην δημιουργία της επικουρικής ασφάλισης, ενώ από το 1925 και μετά άρχισαν να ιδρύονται τα πρώτα επιμελητήρια. Η επικουρική είχε ως στόχο να προσφέρει κάποιες επιπλέον παροχές σε μισθωτούς και ελεύθερους επαγγελματίες, ενώ κάλυπτε και τα όποια κενά της κύριας κοινωνικής ασφάλισης. Είχε ως σκοπό να παρέχει συγκεκριμένες συντάξεις θανάτου και αναπηρίας, ενώ αφορούσε συγκεκριμένους κλάδους εργασιακής και εμπορικής ασφάλισης.<sup>77</sup> Το 1999 η νομοθεσία προχώρησε ένα βήμα παραπέρα αφού, νόμοι που ίσχυαν από πολύ παλιά συγχωνεύθηκαν και άλλοι καταργήθηκαν. Στο Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συμμετέχουν Υπουργεία όπως:

- Το εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης
- Το οικονομικών
- Το γεωργίας
- Το εθνικής αμύνης
- Το εμπορικής ναυτιλίας
- Το ταμείο αλληλοβοήθειας
- Το υπηρεσιών ασφάλισης
- Η βουλή των Ελλήνων (Μηνακάκης, 2008).

Ορισμένα από τα παραπάνω, συγχωνεύθηκαν με την πάροδο των χρόνων ή έπαψαν να λειτουργούν, σύμφωνα με τις επιταγές της εκάστοτε κυβέρνησης. Ο χαρακτήρας του παρόντος συστήματος κατά κύριο λόγο είναι μικτός, αφού δέχεται την επίδραση και των δύο μοντέλων ασφάλισης. Το σύστημα είναι επίσης υπεύθυνο για τις συντάξεις γήρατος, επιζώντων και αναπήρων. Η σύνταξη βασίζεται στα χρόνια ασφάλισης και το ύψος του μισθού, ενώ η αναπροσαρμογή πραγματοποιείται με βάση τον μισθό των δημοσίων

υπαλλήλων και την εξέλιξή του. Η χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται ως τριμερής, από το κράτος, τους εργοδότες και τους εργαζομένους (Γ.Π.Σ.Π., 2008). Σύμφωνα με την Ελληνική βιβλιογραφία, τους αναλυτές και τους οικονομικούς μελετητές, το Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει βασικότερες αδυναμίες:

- Δημιουργεί ελλείμματα, χάρη στην κακοδιαχείριση των Ελληνικών κυβερνήσεων
- Παρουσιάζει έντονη ελαστικότητα στην απόκτηση σύνταξης (κάτι που αλλάζει τα τελευταία χρόνια)
- Παρουσιάζει πολυκερματισμό, αφού υπάρχουν πολυεπίπεδες παροχές και μεγάλο εύρος συντάξεων
- Αδυνατεί να ελέγξει τον ακριβή αριθμό των συνταξιούχων (Κουτρομάνης, 2008).

## **2.2. Οι πυλώνες της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα**

Το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι δομημένο σε τρεις πυλώνες, ενώ έχει εισαχθεί και ο θεσμός της επικουρικής ασφάλισης αφού υπάρχει η δυνατότητα ίδρυσης ΤΕΑ, δηλαδή Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης.

Η κύρια σύνταξη των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί το περιεχόμενο του πρώτου πυλώνα. Έχει δημόσιο και υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ βασίζεται στο αναδιανεμητικό σύστημα, μέσω της τριμερής χρηματοδότησης από το κράτος, τους εργαζομένους και τους εργοδότες (Κουτρομάνης, 2008).

Η επικουρική σύνταξη των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου αποτελεί το περιεχόμενο του δεύτερου πυλώνα. Βασίζεται στο κεφαλαιοποιητικό σύστημα μέσω μονομερής χρηματοδότησης είτε από τους εργαζομένους, είτε από τους εργοδότες, παρόλο που μπορεί να παρουσιαστεί και με την μορφή διμερής χρηματοδότησης από τους εργαζομένους και τους εργοδότες.

### 2.2.1. Κλάδος Σύνταξης

Από 1.1.2017 το συνολικό ποσοστό εισφοράς κλάδου σύνταξης στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης ασφαλισμένου και εργοδότη ορίζεται σε 20% επί των συντάξιμων μηνιαίων αποδοχών των ασφαλισμένων τόσο του ιδιωτικού, όσο και του δημοσίου τομέα. Το ανώτατο όριο ασφαλιστέων αποδοχών για τον υπολογισμό της μηνιαίας ασφαλιστικής εισφοράς των μισθωτών και των εργοδοτών συνίσταται στο δεκαπλάσιο του ποσού που αντιστοιχεί στον εκάστοτε προβλεπόμενο κατώτατο βασικό μισθό άγαμου μισθωτού άνω των 25 ετών ( δηλαδή τα 5860 ευρώ).

Η εθνική σύνταξη καταβάλλεται από τον ΕΦΚΑ σε όλους όσους θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις. Για την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού η εθνική σύνταξη ορίζεται σε τριακόσια ογδόντα τέσσερα (384) Ευρώ μηνιαίως εφόσον έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον 20 έτη ασφάλισης. Το ποσό της εθνικής σύνταξης βαίνει μειούμενο κατά 2% για κάθε έτος ασφάλισης που υπολείπεται των 20 ετών μέχρι τα 15 έτη ασφάλισης, που αποτελούν προϋπόθεση για την καταβολή της.

Ειδικά στις περιπτώσεις συνταξιοδότησης λόγω γήρατος, η εθνική σύνταξη καταβάλλεται στους δικαιούχους εφόσον διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα για τουλάχιστον δεκαπέντε (15) έτη, μεταξύ του 15ου έτους ηλικίας και του έτους κατά το οποίο συμπληρώνουν το προβλεπόμενο όριο ηλικίας καταβολής της σύνταξης. Το ποσό της μειώνεται για τους συνταξιούχους λόγω γήρατος κατά 1/40 για κάθε χρόνο που υπολείπεται των σαράντα (40) ετών διαμονής στην Ελλάδα, μεταξύ του 15ου έτους ηλικίας και του έτους κατά το οποίο συμπληρώνουν το προβλεπόμενο όριο ηλικίας καταβολής της σύνταξης.

Το ποσό της εθνικής σύνταξης μειώνεται αναλογικά στις περιπτώσεις θεμελίωσης δικαιώματος σε μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις. Η μείωση της εθνικής σύνταξης προκειμένου για τους ασφαλισμένους που λαμβάνουν μειωμένη σύνταξη λόγω γήρατος ανέρχεται σε 1/200 για κάθε μήνα που υπολείπεται για τη συμπλήρωση του ορίου ηλικίας πλήρους συνταξιοδότησης. Στους συνταξιούχους που λαμβάνουν μειωμένη σύνταξη λόγω αναπηρίας με ποσοστό αναπηρίας από 67% έως και 79,99% χορηγείται το 75% της εθνικής σύνταξης και με ποσοστό αναπηρίας από 50% έως και 66,99% χορηγείται το 50% αυτής. Στους συνταξιούχους του άρθρου 3 παρ. 1α που

λαμβάνουν μειωμένη σύνταξη λόγω αναπηρίας με ποσοστό αναπηρίας έως 49,99% χορηγείται το 40% της εθνικής σύνταξης.

Για τους συνταξιούχους με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω χορηγείται το πλήρες ποσό της εθνικής σύνταξης. Σε περίπτωση σώρευσης συντάξεων χορηγείται μία εθνική σύνταξη. Στην περίπτωση συνταξιούχου ή δικαιούχου μιας πλήρους σε ποσό και μιας μειωμένης κύριας σύνταξης, το ποσό της χορηγούμενης εθνικής σύνταξης είναι πλήρες. Σε περίπτωση συνταξιούχου ή δικαιούχου δύο μειωμένων κύριων συντάξεων, καταβάλλεται το ποσοστό της εθνικής σύνταξης που αντιστοιχεί σε καθεμία απ' αυτές, εφόσον το άθροισμά τους είναι μικρότερο ή ίσο με το πλήρες ποσό της εθνικής σύνταξης.

Οι ασφαλισμένοι κύριας ασφάλισης, οι οποίοι θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης εξ ιδίου δικαιώματος, αναπηρίας ή θανάτου, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, δικαιούνται ανταποδοτικό μέρος σύνταξης, που προκύπτει με βάση τις συντάξιμες αποδοχές, τον χρόνο ασφάλισης. Ως συντάξιμες αποδοχές για τον υπολογισμό του ανταποδοτικού μέρους σύνταξης κύριας ασφάλισης λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος μηνιαίων αποδοχών του ασφαλισμένου καθ' όλη τη διάρκεια του ασφαλιστικού του βίου.

Ο μέσος αυτός όρος υπολογίζεται ως το ηλικίο της διαίρεσης του συνόλου των μηνιαίων αποδοχών διά του συνολικού χρόνου ασφάλισής του. Ως σύνολο μηνιαίων αποδοχών που έλαβε ο ασφαλισμένος νοείται το άθροισμα των μηνιαίων αποδοχών που υπόκεινται σε εισφορές, καθ' όλη τη διάρκεια του ασφαλιστικού του βίου, εξαιρουμένων των δώρων εορτών και του επιδόματος αδείας που τυχόν καταβλήθηκαν. Για τον υπολογισμό των συντάξιμων αποδοχών λαμβάνονται υπόψη οι αποδοχές του ασφαλισμένου για κάθε ημερολογιακό έτος, προσαυξανόμενες κατά την ετήσια μεταβολή μισθών, η οποία και υπολογίζεται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Για τον υπολογισμό του ανταποδοτικού μέρους της σύνταξης των προσώπων τα οποία αποχωρούν από την Υπηρεσία εντός του έτους 2016 ως συντάξιμες αποδοχές λαμβάνονται υπόψη ο μέσος μηνιαίος μισθός κατά τις ειδικότερες λοιπές προβλέψεις του παρόντος άρθρου που προκύπτει από το ασφαλιστικό έτος 2002 και έως την ημερομηνία έναρξης καταβολής της σύνταξης του υπαλλήλου - λειτουργού του Δημοσίου ή του στρατιωτικού. Εφεξής ετησίως η περίοδος αυτή αναφοράς αυξάνεται κατά ένα έτος.

Το τελικό ποσό του ανταποδοτικού μέρους της σύνταξης υπολογίζεται για το σύνολο του χρόνου ασφάλισης, με βάση το ποσοστό αναπλήρωσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα Ι.

### Πίνακας Ι. Ανταποδοτικό μέρος σύνταξης με βάση το ποσοστό αναπλήρωσης

ΕΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗΣ	
0-15	0,77%	
15,01-18	0,84%	
18,01-21	0,90%	
21,01-24	0,96%	
24,01-27	1,03%	
27,01-30	1,21%	
30,01-33	1,42%	
33,01-36	1,59%	
36,01-39	1,80%	
39,01-42	2,00%	

Πηγή: ΕΦΚΑ, 2017

Για τον υπολογισμό του ανταποδοτικού μέρους των καταβαλλόμενων συντάξεων, έως την ημερομηνία έναρξης ισχύος του νόμου αυτού, συντάξεων, για τον προσδιορισμό των συντάξιμων αποδοχών λαμβάνεται υπόψη ο συντάξιμος μισθός επί του οποίου κανονίστηκε η ήδη χορηγηθείσα σύνταξη, όπως αυτός είχε διαμορφωθεί πριν από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, με βάση τους κανόνες αναπροσαρμογής των συντάξιμων αποδοχών του δημοσίου τομέα, που ίσχυαν κατά τη δημοσίευση του παρόντος.

Μέχρι την 31.12.2017 οι συντάξεις της προηγούμενης συνεχίζουν να καταβάλλονται στο ύψος που είχαν διαμορφωθεί κατά την 31.12.2014 σύμφωνα με τις τότε ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις, παρακρατούμενης της εισφοράς υπέρ υγειονομικής περίθαλψης του νόμου 4334/2015 (σ.σ. 6% στις κύριες συντάξεις και 6% στις επικουρικές συντάξεις).

Το συνολικό ποσό της σύνταξης που εκδίδεται μετά την θέση σε ισχύ του νόμου, αυξάνεται από την 1.1.2017 κατ' έτος στη βάση συντελεστή που διαμορφώνεται κατά 50% από τη μεταβολή του ΑΕΠ και κατά 50% από τη μεταβολή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή του προηγούμενου έτους και δεν υπερβαίνει την ετήσια μεταβολή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή. Από την 1.1.2017 και ανά τριετία η Εθνική Αναλογιστική Αρχή εκπονεί υποχρεωτικά αναλογιστικές μελέτες, οι οποίες επικυρώνονται από την Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αντικείμενο τη συνεχή παρακολούθηση της εξέλιξης της εθνικής συνταξιοδοτικής δαπάνης. Με ειδικό νόμο ανακαθορίζονται οι

συντάξεις με στόχο τη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Το ύψος των ανωτέρω δαπανών για την εθνική, την αναλογική και την επικουρική σύνταξη, προβαλλόμενο έως το έτος 2060, δεν πρέπει να υπερβαίνει το περιθώριο αύξησης των 2,5 ποσοστιαίων μονάδων του ΑΕΠ, με έτος αναφοράς το 2009.

Οι συντάξεις όσων από τους εργαζομένους στο Δημόσιο αποχωρούν από την υπηρεσία τους από την ημερομηνία έναρξη ισχύος του επικείμενου νόμου, εξετάζονται σύμφωνα με τις διατάξεις αυτού. Όσοι από αυτούς έχουν αποχωρήσει ή αποχωρήσουν εντός του 2016, σε περίπτωση κατά την οποία το ακαθάριστο ποσό της κανονιζόμενης σύνταξης υπολείπεται κατά ποσοστό άνω του 20% στο ποσό της σύνταξης που θα ελάμβαναν με βάση τις διατάξεις της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας του Δημοσίου όπως αυτές ίσχυαν κατά την 31.12.2014 το ήμισυ της διαφοράς αυτής καταβάλλεται στο δικαιούχο ως προσωπική διαφορά. Για όσους αποχωρήσουν εντός του έτους 2017 ή εντός του έτους 2018 η εν λόγω προσωπική διαφορά ανέρχεται στο 1/3 και στο ¼ αντίστοιχα.

Η καταβολή της σύνταξης των αγάμων ή διαζευγμένων θυγατέρων αναστέλλεται, εάν όπως προκύπτει από τη φορολογική τους δήλωση του προηγούμενου οικονομικού έτους, έχουν και άλλα εισοδήματα, εκτός από την κύρια και επικουρική σύνταξή τους, τα οποία υπερβαίνουν το αναγόμενο σε ετήσια βάση ποσό των 720 ευρώ δηλαδή το ποσό των 8640 ευρώ. Εάν τα εισοδήματα αυτά, δεν υπερβαίνουν το ποσό των 8640 ευρώ, τότε το μηνιαίο ποσό της σύνταξης (720 ευρώ) μειώνεται κατά το υπερβάλλον ποσό αναγόμενου αυτού σε μηνιαία βάση.

### **2.2.2. Κλάδος Υγείας**

Από 01.2016 η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των μισθωτών και των λοιπών κατηγοριών των οποίων οι ασφαλιστικές εισφορές κλάδου σύνταξης υπολογίζονται κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 52 του παρόντος νόμου, ορίζεται σε ποσοστό 7,10% επί των πάσης φύσεως αποδοχών και κατανέμεται κατά ποσοστό 6,45% για παροχές σε είδος, εκ του οποίου 2,15% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 4,30% βαρύνει τον εργοδότη, και ποσοστό 0,65% για παροχές σε χρήμα, εκ του οποίου 0,40% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 0,25% βαρύνει τον εργοδότη. Όπου προβλέπεται η καταβολή, επιπλέον των ανωτέρω οριζόμενων, ποσοστού εισφοράς, και ποσοστού εισφοράς για την ασφάλιση των μελών οικογενείας καταργείται.



Όπου το ποσοστό εισφορών είναι κατά την δημοσίευση του νόμου μικρότερες ή μεγαλύτερες των οριζόμενων στο άρθρο αυτό, αναπροσαρμόζονται ισόποσα ετησίως μέχρι την 31.12.2019 ώστε από 1.1.2020 να διαμορφωθεί στα ανωτέρω ποσοστά.

Από την 1.2016 η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης υπέρ ΕΟΠΥΥ για παροχές ασθενοείας σε είδος των συνταξιούχων του ΕΦΚΑ καθορίζεται σε ποσοστό 6%, και υπολογίζεται επί του καταβαλλόμενου ποσού κύριας σύνταξης, αφού αφαιρεθεί το ποσό που αντιστοιχεί στην Ειδική Εισφορά Συνταξιούχων Κύριας Ασφάλισης υπέρ ΑΚΑΓΕ (άρθρο 149 του ν. 3655/2008).

Σε περίπτωση συρροής περισσότερων της μίας κύριων συντάξεων στο ίδιο πρόσωπο, το ως άνω ποσοστό ύψους 6% υπολογίζεται στο άθροισμα των καταβαλλόμενων συντάξεων, ανεξαρτήτως κατηγορίας, και αφού αφαιρεθούν τα ποσά που αντιστοιχεί στην Ειδική Εισφορά Συνταξιούχων Κύριας Ασφάλισης υπέρ ΑΚΑΓΕ, κατά το άρθρο 149 του ν. 3655/2008.

Στην περίπτωση κατά την οποία συνταξιούχοι λαμβάνουν σύνταξη και αποδοχές από μισθωτή εργασία ή από άσκηση επαγγέλματος ή απασχόλησης, καταβάλλεται το ποσοστό εισφοράς υπέρ υγειονομικής περίθαλψης επί της συντάξεως που λαμβάνουν, καθώς και επί των πάσης φύσεως αποδοχών ή επί του μηνιαίου εισοδήματός τους.

Από την 1.1.2016 παρακρατείται εισφορά 6% υπέρ ΕΟΠΥΥ από τις επικουρικές συντάξεις, υπολογιζόμενης επί του καταβαλλόμενου ποσού επικουρικής σύνταξης.

Σε περίπτωση συρροής περισσότερων της μίας επικουρικής συντάξεων στο ίδιο πρόσωπο, το ως άνω ποσοστό ύψους 6% υπολογίζεται στο άθροισμα των καταβαλλόμενων συντάξεων, ανεξαρτήτως κατηγορίας (γήρατος, αναπηρίας, χηρείας), και αφού αφαιρεθούν τα ποσά που αντιστοιχεί στην Ειδική Εισφορά Συνταξιούχων Κύριας Ασφάλισης υπέρ ΑΚΑΓΕ, κατά το άρθρο 149 του ν. 3655/2008.

### **2.3. Η χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα**

Δυστυχώς, οι δαπάνες δεν φαίνεται να αυξάνονται στους τομείς της κοινωνικής πρόνοιας, της περίθαλψης και της ασφάλισης, παρά το γεγονός πως η κυβέρνηση διατίθεται πως σύντομα αναμένεται πρωτογενές πλεόνασμα που θα φτάνει το 2.9% του ΑΕΠ ή τα 5.4 δις ευρώ, εάν μιλήσουμε με αριθμητικά δεδομένα. Φυσικά δεν πρέπει καν να αναφερθεί το

ζήτημα της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, όπου δεν αναφέρεται σε κανένα προσχέδιο ή μνημόνιο. Αξίζει να καταγραφεί η δήλωση του πρώην υπουργού υγείας στην ημερίδα «Υγεία: Σχεδιάζοντας το μέλλον», που διοργανώθηκε από το Med and Health Business και την Direction Business Network και που ανέφερε πως «το 2015 η δαπάνη θα ανερχόταν στα 2 δις ευρώ». Φυσικά είναι πολύ αρνητικό το φαινόμενο του γαντζώματος της φαρμακευτικής δαπάνης στα 2 δις ευρώ, όταν μέσα σε αυτήν περιλαμβάνονται επίσης τα εμβόλια, τα παράγωγα αίματος και οι ανασφάλιστοι και ενώ οι εκπρόσωποι της φαρμακοβιομηχανίας ζητούν διόρθωση με επιπλέον 300 εκατομμύρια ευρώ.

Εντούτοις, και βάση των επίσημων οικονομικών στοιχείων, η δαπάνη βαίνει διαρκώς μειούμενη, ενώ επειδή ο στόχος του πρωτογενούς πλεονάσματος είναι αρκετά υψηλός, βάσει του ΜΠΔΣ – Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής, αναμένονται μεγαλύτερες μειώσεις στην δημόσια περίθαλψη, ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Πιο αναλυτικά, οι πραγματοποιηθείσες δαπάνες το 2013 βρίσκονταν στα 1.6 δις ευρώ περίπου, το 2014 στα 1.45 δις ευρώ περίπου και το 2015 στα 1.4 δις ευρώ περίπου.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε κάποια συμπεράσματα που θα μπορούσαν να καταγραφούν με τον εξής τρόπο:

- Εξαιτίας την μειωμένης χρηματοδότησης από τις ΠΕΔΥ (πρώην δομές υγείας ΕΟΠΥΥ), είναι αναγκαίο το αντιστάθμισμα με πρόσθετη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.
- Εξαιτίας των μειωμένων δαπανών μισθοδοσίας, που προκύπτουν από την εφαρμογή των μέτρων κινητικότητας του ιατρικού προσωπικού και τις μειωμένες μεταβιβάσεις του Τακτικού Προϋπολογισμού προς τις ΠΕΔΥ, δημιουργούνται μισθοδοτικά προβλήματα σε όλο το εύρος των ιατρικών επαγγελματιών.
- Εμφανίζεται μία τάση αύξησης των επιχορηγήσεων του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζεται μία ισόποση μείωση των αποδιδόμενων πόρων προς αυτούς, που οδηγεί στον κατακερματισμό των εσόδων τους.

Βάσει των νέων μέτρων οι ασφαλιστικές εισφορές του ΠΕΔΥ αναμένεται να βρεθούν εντός στόχων, αν και η μείωση της επιχορήγησής του κατά 140 εκατομμύρια ευρώ, θεωρείται βέβαιη και οφείλεται στην εφαρμογή των προγραμμάτων κινητικότητας και διαθεσιμότητας του ιατρικού προσωπικού.

Γενικά για τα δημόσια νοσοκομεία ισχύει ότι ο προϋπολογισμός τους στον τομέα των εσόδων εκτελείται σύμφωνα με τις επιταγές του αρχικού σχεδιασμού, ενώ τα προβλήματα εντοπίζονται στις μεταβιβάσεις που προέρχονται από τον ΠΕΔΥ, αφού εκεί παρατηρούνται τα περισσότερα αρνητικά ζητήματα. Για να διορθωθεί το πρόβλημα, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν ακόμη περισσότερες μεταβιβάσεις πιστώσεων προς το ΠΕΔΥ, που θα προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τέλος, και όσον αφορά την χρηματοδότηση φορέων από τα προγράμματα εξόφλησης ληξιπρόθεσμων οφειλών, υπολογίζονται τα εξής ποσά:

- 1.294 δις ευρώ για τα νοσοκομεία
- 1.526 δις ευρώ για την περίθαλψη (ΠΕΔΥ).

Αξίζει να αναφερθεί πως στις 31/12/2012 το συνολικό ύψος των ληξιπρόθεσμων οφειλών των φορέων, βρισκόταν στα 9.5 δις ευρώ, ενώ στις 31/08/2014, το ποσό είχε περιοριστεί στα 4.7 δις ευρώ.

Βάση μίας εκ των τελευταίων εκθέσεων του ΟΟΣΑ – Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, προέκυψαν αυτά που ακολουθούν:

Ο ρυθμός ανάπτυξης της δαπάνης, καθώς και τα ποσά που δαπανώνται από τις χώρες του ΟΟΣΑ για τον κλάδο της υγείας, αφορούν ένα μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας και του φάσματος της αγοράς, ενώ έχουν μεγάλη συνάφεια και με τις οργανωτικές δομές των συστημάτων υγείας.

Τα περισσότερα χρήματα και μάλιστα με μεγάλη διαφορά, από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, το 2011 τα ξόδευαν οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, φτάνοντας για κάθε άτομο το ισοδύναμο ποσό – ρεκόρ των 8.508 δολαρίων. Εάν πάρουμε σαν γνώμονα αυτό το ποσό δαπάνης και το συγκρίνουμε με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, θα δούμε πως είναι διπλάσιο, ακόμη και συγκριτικά με χώρες όπως η Ελβετία, η Ολλανδία και η Νορβηγία που ακολουθούν ως οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες στον κλάδο της υγείας. Το ποσό δαπάνης ανά άτομο που αφορά την υγειονομική περίθαλψη, είναι διπλάσιο για τους Αμερικανούς πολίτες, ακόμη και σε σύγκριση με μεγάλες και πολύ ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, όπως η Γερμανία και η Γαλλία, που όμως ακόμη και αυτές δεν μπορούν συνήθως να ανταγωνιστούν τις χώρες του Σκανδιναβικού βορρά. Έχει υπολογιστεί πως περίπου οι μισές χώρες του ΟΟΣΑ προσφέρουν κατά μέσο όρο το κατά κεφαλήν ποσό των 3.000 με 4.500 δολαρίων, προσαρμοσμένο αναλόγως στην αγοραστική δύναμη της εκάστως, προς

εξέταση, χώρας. Οι περισσότερες από τις χώρες της κεντρικής και νότιας Ευρώπης – μέλη του ΟΟΣΑ, μαζί με την Χιλή και την Κορέα, βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο των 3.000 δολαρίων, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα κατά κεφαλήν δαπάνης, καταγράφηκαν στην Τουρκία και το Μεξικό, όπου τα επίπεδά τους βρίσκονται μόλις στο ένα τρίτο του μέσο όρου του ΟΟΣΑ.

Εκτός του ΟΟΣΑ, ιδιαίτερη ανάπτυξη φαίνεται να παρουσιάζουν οι αναδυόμενες οικονομίες της Ινδίας και της Κίνας, που ξεπερνούν κατά τουλάχιστον 13% τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που περιλαμβάνει τις Ευρωπαϊκές χώρες.

Το συμπέρασμα που βγαίνει βλέποντας τα παραπάνω, είναι ότι στις Η.Π.Α. οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες που αφορούν την υγεία είναι πολύ μεγαλύτερες από όλες τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, παρόλο που ο ιδιωτικός τομέας της υγείας είναι κυρίαρχος στην καθημερινότητα των Αμερικανών πολιτών.

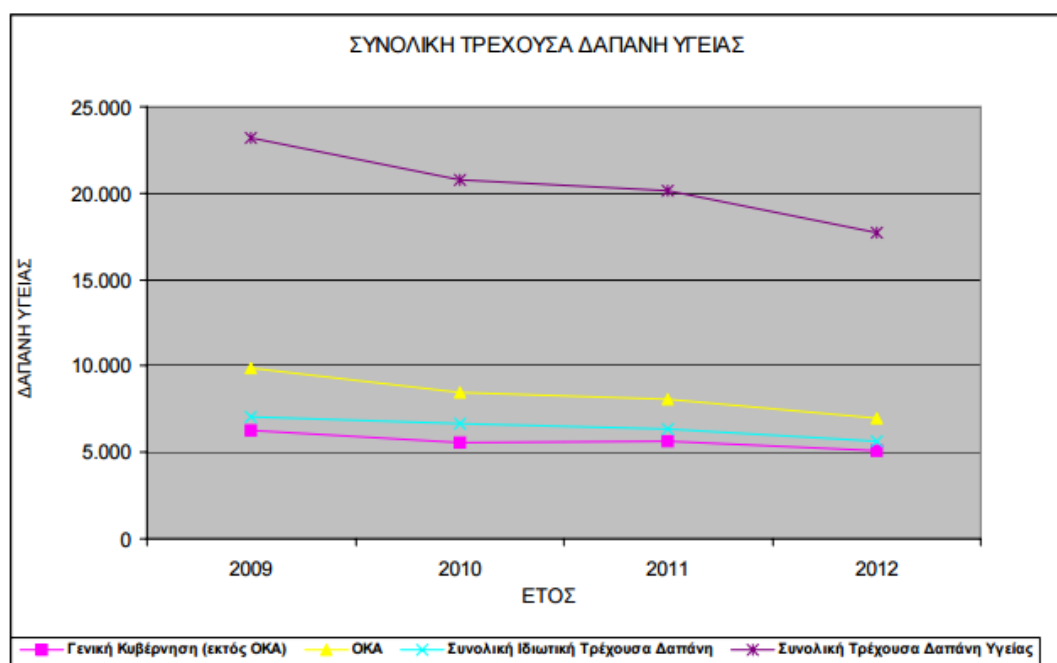
Από το 2009 και μετά και έπειτα από πολλά χρόνια ανάπτυξης, οι δαπάνες για την υγεία έχουν επιβραδυνθεί σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σε πολλές χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ. Βέβαια, κάθε μία από τις 34 χώρες, έχει επηρεαστεί σε διαφορετικό βαθμό, αφού η κάθε μία έχει διαφορετική στρατηγική εξόδου από την κρίση. Εάν πάρουμε τον μέσο όρο που αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, κατά την περίοδο 2000 έως 2009, τότε θα δούμε μία σταθερή αύξηση κατά 4.1% ανά έτος. Η πλήρης αντίθεση έρχεται την διετία 2009 έως 2011, όπου το μέσο όρο των κατά κεφαλήν δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ αυξάνεται μόλις κατά 0.2%. Είναι λογικό λοιπόν, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης να επηρέασαν σημαντικά την καθημερινότητα της κάθε χώρας του κόσμου.

Κάθε χώρα του ΟΟΣΑ, αντέδρασε διαφορετικά στην έκταση της επιβράδυνσης των δημοσίων δαπανών της. Σε πολλές χώρες, παρατηρήθηκαν σημαντικές και δραστικές περικοπές των δαπανών στην υγεία, ενώ σε κάποιες άλλες, οι δαπάνες συνέχισαν να αυξάνονται, αλλά με αρκετά πιο μειωμένο ρυθμό.

Οι Ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, είδαν να υφίστανται δραματικές αλλαγές στις δαπάνες για την υγεία, σε σχέση με την χρονική περίοδο πριν το ξέσπασμα της κρίσης. Στην Ελλάδα για παράδειγμα, ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης από το 2000 έως το 2009 ξεπερνούσε το 5% το χρόνο, ενώ από το 2010 και μετά, οι δαπάνες μειώνονταν κατά 11% το χρόνο. Άλλα παραδείγματα χωρών, που παρουσίαζαν ισχυρή ανάπτυξη, αλλά εν τέλη υπέστησαν σημαντικές μειώσεις στις κατά κεφαλήν δαπάνες, ήταν η Εσθονία και η Ιρλανδία.

Στις περισσότερες χώρες του πλανήτη, οι ετήσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά, κατά την διετία 2009 – 2011, ακόμα και σε χώρες εκτός της Ευρώπης, όπως οι Η.Π.Α. (μείωση κατά 1.3%) και ο Καναδάς (μείωση κατά 0.8%). Κατά την ίδια περίοδο, μόνο δύο χώρες του ΟΟΣΑ κατάφεραν να αυξήσουν τις δαπάνες της υγείας των πολιτών τους από το 2009 και μετά σε σχέση με την περίοδο πριν την κρίση, και πιο συγκεκριμένα η Ιαπωνία και το Ισραήλ. Τέλος, οι δαπάνες στην Βόρεια και την νότια Κορέα, συνέχισαν να αυξάνονται κατά 6% το χρόνο από το 2009 και μετά, αν και ο ρυθμός ήταν σημαντικά βραδύτερος, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Τα παρακάτω γραφήματα, αναλύονται ως προς το περιεχόμενό τους, για την καλύτερη ανάλυση των δημόσιων δαπανών υγείας:

**Γράφημα 1. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Στην χώρα μας, η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ – Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, για τα έτη 2009, 2010, 2011 και 2012, διαμορφώθηκε σε 10.03%, 9.34%, 9.67% και 9.16% αντίστοιχα.

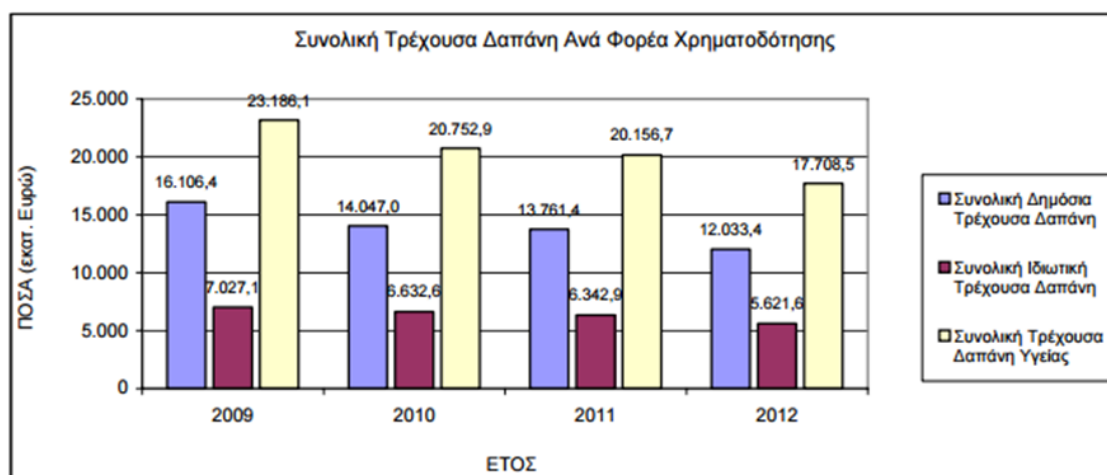
Παρουσιάζεται λοιπόν, η τρέχουσα συνολική υγειονομική δαπάνη ανά φρέα χρηματοδότησης και πιο συγκεκριμένα για:

- Την Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)
- Τους Οργανισμούς κοινωνικής Ασφάλισης

- Τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες
- Τα νοικοκυριά
- Οι λοιπές δαπάνες, από εκκλησία ή από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ).

Οι τρέχουσες συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας, παρουσίασαν κατά μέσο όρο μείωση το 2011 κατά 2% σε σχέση με το 2010, καθώς και κατά 12.6% το 2012 σε σχέση με το 2011. Από την άλλη, η τρέχουσα συνολική ιδιωτική δαπάνη παρουσίασε μείωση το 2011 κατά 4.4% σε σχέση με το 2010, καθώς και κατά 11.4% το 2012 σε σχέση με το 2011.

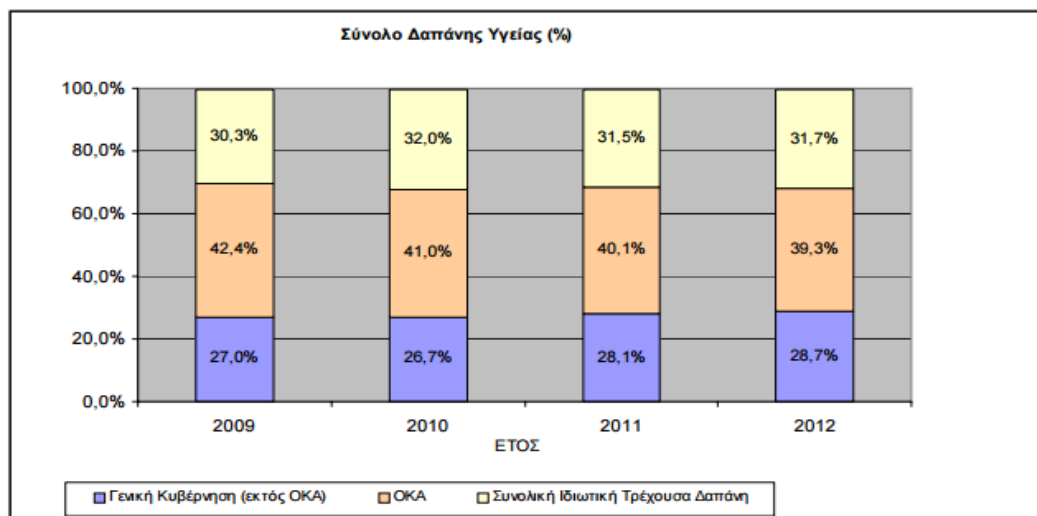
#### Γράφημα 2. Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Επίσης, καταγράφεται το ποσοστό συμμετοχής του κάθε φορέα, σχετικά με την τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας. Στην τρέχουσα συνολική δαπάνη και ως προς την συμβολή του δημοσίου τομέα, παρατηρείται μείωση σε 68% το 2012, σε σχέση με το 2009 που βρισκόταν στο 69.5%.

**Γράφημα 3. Σύνολο δαπάνης υγείας (%)**

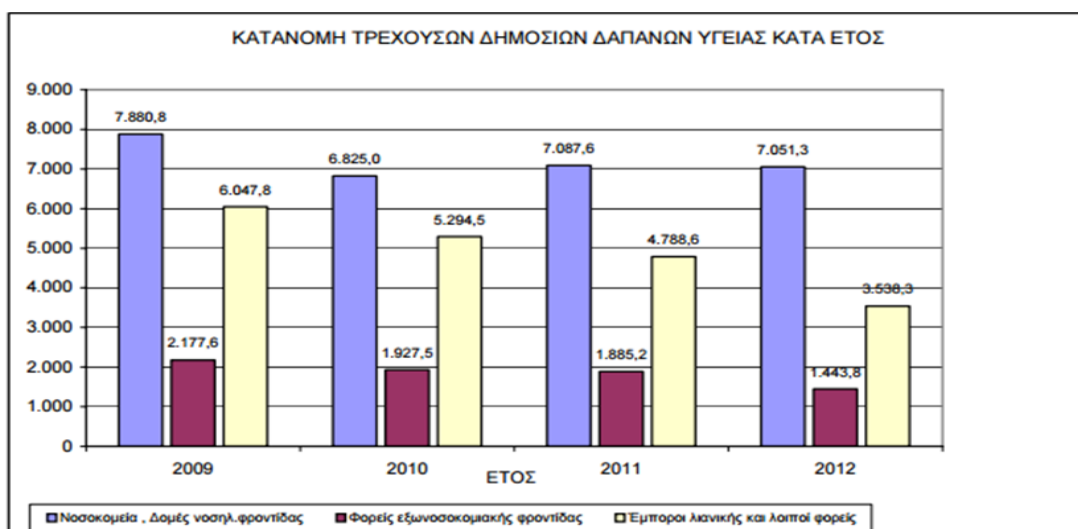


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Βάσει της δομής των πινάκων του Συστήματος λογαριασμών Υγείας, παρουσιάζονται τα στοιχεία δαπανών υγείας σχετικά με: *Την χρηματοδότηση των φορέων, που αφορούν τους προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας.*

Εδώ, εμφανίζεται η χρηματοδότηση των φορέων της εγχώριας οικονομίας, όπως η Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, τα νοικοκυριά, ΟΚΑ, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και οι λοιπές δαπάνες τύπου εκκλησίας, ΜΚΟ, προς τους προμηθευτές που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία.

**Γράφημα 4. Κατανομή τρεχουσών δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος**

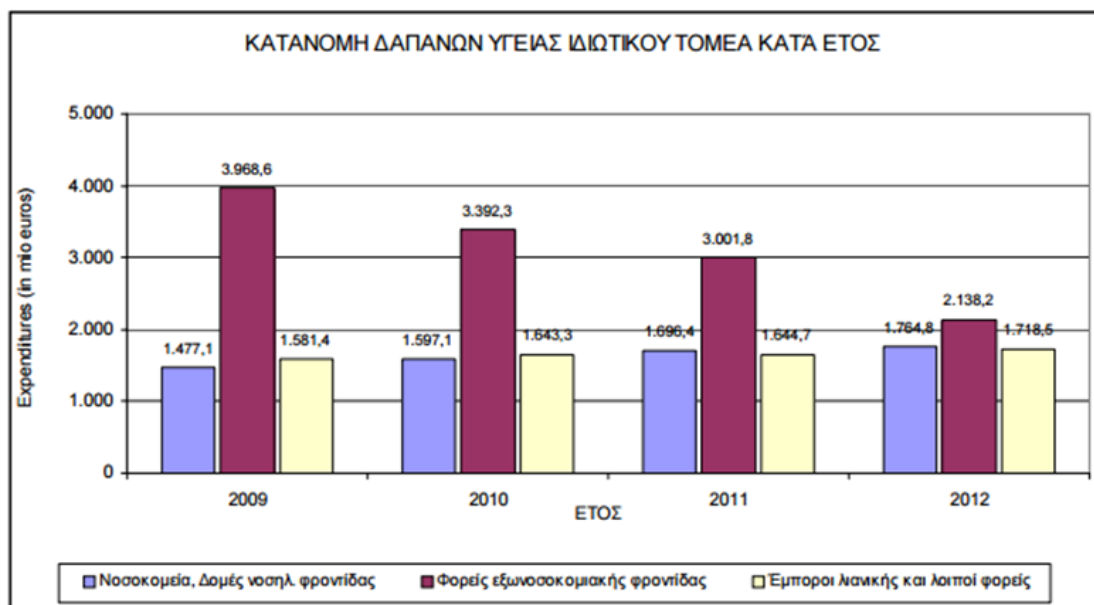


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Την χρηματοδότηση που σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας, ανά φορέα χρηματοδότησης.

Εδώ, εμφανίζεται η χρηματοδότηση των φορέων της εγχώριας οικονομίας, ανά υγειονομική δραστηριότητα, δηλαδή τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την ενδό – νοσοκομειακή θεραπεία, τα υγειονομικά και φαρμακευτικά προϊόντα και την μακροχρόνια φροντίδα.

### Γράφημα 5. Κατανομή δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα κατά έτος



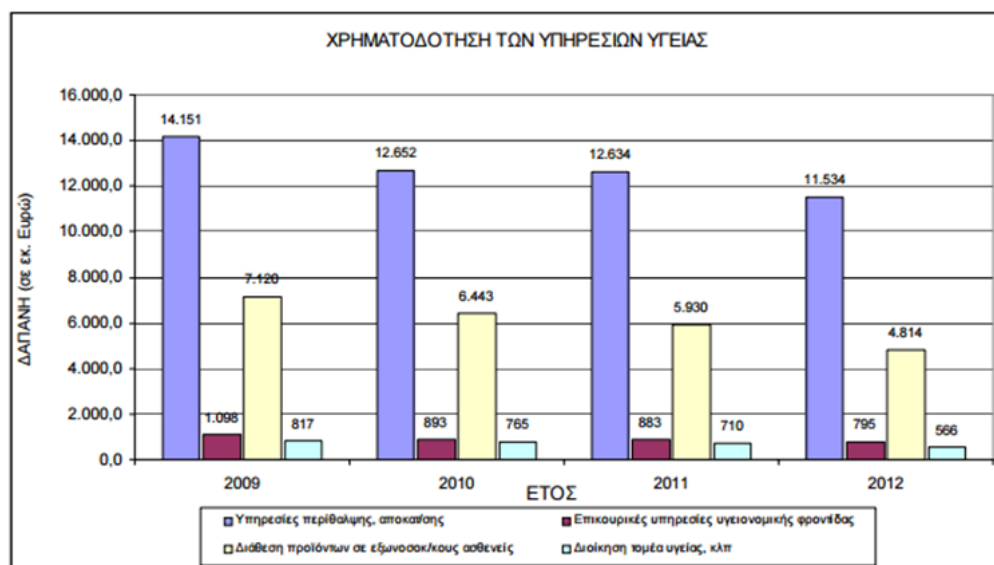
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης, ανά υγειονομική δραστηριότητα και προμηθευτή υγείας.

Εδώ, εμφανίζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης, ανά υγειονομική δραστηριότητα, όπως οι υπηρεσίες αποκατάστασης, η μακροχρόνια φροντίδα και η ενδο – νοσοκομειακή θεραπεία και ανά προμηθευτή υγείας, όπως οι γιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα και τα νοσοκομεία.



## Γράφημα 6. Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία δείχνουν πως οι δημόσιες και ιδιωτικές συνολικές δαπάνες μειώθηκαν στο 9.16% του ΑΕΠ το 2012, σε σχέση με το 10.03% του ΑΕΠ που βρίσκονταν το 2009. Το σύνολο της τρέχουσας δαπάνης για την υγεία, μειώθηκε στα 17.708 δις το 2012, από τα 23.186 δις ευρώ που βρισκόταν το 2009. Η μεγαλύτερη πτώση αποκαλύφθηκε ότι αφορούσε την δημόσια επένδυση, αφού το 2012 έφτασε τα 12.033 δις ευρώ, όταν το 2009 ήταν στα 16.106 δις ευρώ, δηλαδή μία μείωση που έφτασε τα 4 δις ευρώ. Τέλος, η ιδιωτική δαπάνη, έπεσε στα 5.621 δις ευρώ το 2012, αποκαλύπτοντας περικοπές της τάξεως του 1.4 δις ευρώ.

Από το σύνολο των δαπανών που σχετίζονταν με την υγεία, οι δαπάνες που αφορούσαν τα φαρμακευτικά προϊόντα ξεπερνούσαν το 1/6 του συνόλου, δηλαδή περίπου το 17%, κατά μέσο όρο το 2011 για τις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ. Έτσι, η συγκεκριμένη δαπάνη αποτελούσε την τρίτη μεγαλύτερη, μετά την ενδό-νοσοκομειακή περίθαλψη και ακολούθως την εξωνοσοκομειακή.

Το 2011, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ η συνολική φαρμακευτική αποτίμηση έφτανε τα 800 δις δολάρια. Αυτό που παρατηρήθηκε όμως, ήταν η μεγάλη διαφορά των φαρμακευτικών δαπανών ανά κάτοικο, μεταξύ των χωρών, εμφανίζοντας σημαντικές διαφορές στην δομή της κατανάλωσης, τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και τον όγκο των ποσοτήτων. Το

2011 επίσης, σε κατά κεφαλήν βάση, οι Η.Π.Α. δαπανούσαν 1.000 δολάρια, για φαρμακευτικά προϊόντα, ξεπερνώντας οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ. Σημαντικά μεγαλύτερα ποσά σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, δαπάνησαν επίσης ο Καναδάς, που έφταναν τα 701 δολάρια, και η Ελλάδα, που έφταναν τα 673 δολάρια. Από την άλλη μεριά, τα χαμηλότερα ποσά δαπανών, προσφέρονταν από την Χιλή και το Μεξικό.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσώπευαν κατά μέσο όρο περίπου το 1.5% του ΑΕΠ, όπου το 0.8% χρηματοδοτούνταν από το δημόσιο και το υπόλοιπο από ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης. Βλέποντας τις χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρείται ότι το μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ κυμαίνεται σε περισσότερο από 2.5% για την Ελλάδα και την Ουγγαρία και σε λιγότερο από 1% για την Χιλή, την Νορβηγία, το Λουξεμβούργο και την Δανία.

Σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρήθηκε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, εξαιτίας της σημαντικής επίδρασης της οικονομικής κρίσης. Κατά μέσο όρο σε αυτές τις χώρες, καταγράφηκε αύξηση κατά 3.5% σε πραγματικούς όρους, όσον αφορά την φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο, για την περίοδο 2000 έως 2009. Αντιθέτως, από το 2009 μέχρι το 2011, καταγράφηκε αρνητικός μέσος ρυθμός αύξησης, που άγγιζε το -0.9%.

Από το 2009 έως το 2011, παρατηρήθηκαν χαμηλότεροι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης φαρμακευτικών δαπανών, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, σε σχέση με την περίοδο 2000 έως 2009, εκτός από την Αυστραλία και την Χιλή. Στις χώρες που επλήγησαν σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση, η μείωση ήταν εμφανώς εντονότερη. Στην χώρα μας, υπήρχε μείωση της τάξεως του 10% στις φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο, τόσο το 2010 όσο και το 2011, σε σχέση με τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που παρατηρούνταν τα προηγούμενα έτη. Σημαντικές μειώσεις μεταξύ 2009 και 2011, παρουσίασαν και άλλες χώρες όπως η Ιρλανδία, κατά -4.4%, η Ισλανδία, κατά -4.7%, η Πορτογαλία, κατά -5.9% και η Εσθονία, κατά -7.2%. Ακόμη και σε μερικές από τις πιο ανεπτυγμένες οικονομίες, παρουσιάστηκαν αρνητικές δαπάνες ανάπτυξης ανά κάτοικο, αφού μειώθηκαν οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης κατά μέσο όρο από το 2009 έως το 2011 για παράδειγμα στον Καναδά, κατά -0.3%, στις Η.Π.Α., κατά -0.5%, στην Γαλλία, κατά -0.6% και στην Γερμανία, κατά -0.7%.

Αξίζει να αναφερθούν τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί από τις χώρες του ΟΟΣΑ, ώστε να μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων:

- Της εισαγωγής των τιμών αναφοράς

- Της περικοπής των τιμών, μέσω διαπραγματεύσεων με διάφορους παρασκευαστές προϊόντων φαρμακευτικής φύσεως
- Της προώθησης της χρήσης φαρμάκων με κοινή ονομασία
- Της εφαρμογής υποχρεωτικών εκπτώσεων
- Της μείωσης της κάλυψης
- Των αυξήσεων σε συνδρομές από τα νοικοκυριά
- Των μειώσεων του φόρου προστιθέμενης αξίας που αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα
- Των κεντρικών δημοσίων συμβάσεων των προϊόντων φαρμακευτικής φύσεως.

Οι φορείς και οι παροχές του πρώτου πυλώνα χρηματοδοτούνται από σύνθετους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν:

- εισφορές εργαζομένων
- εισφορές εργοδοτών
- τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού
- κοινωνικούς πόρους (έμμεσοι φόροι)
- έκτακτη κρατική επιχορήγηση
- πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

Οι δαπάνες για την ανάπτυξη του πρώτου πυλώνα ασφάλισης αντιστοιχούν στη βασική κοινωνική δαπάνη του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η εξέλιξή τους χαρακτηρίζεται από ραγδαία αύξηση κατά τη διάρκεια της περιόδου 1970-2000.

Υπάρχουν διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης ανάλογα με τις επαγγελματικές κατηγορίες των ασφαλισμένων. Οι μισθωτοί του ιδιωτικού τομέα καλύπτονται από ένα τριμερές σύστημα χρηματοδότησης που στηρίζεται στο αναδιανεμητικό μοντέλο και θεσμοθετήθηκε το 1992. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι βασικές παροχές καλύπτονται από εισφορές επί των μισθών των εργαζομένων, που έχουν διαμορφωθεί για τους ασφαλισμένους μετά την 1.1.1993 ως εξής:

## Πίνακας II. Ανταποδοτικό μέρος σύνταξης με βάση το ποσοστό αναπλήρωσης

	Εργαζόμενοι	Εργοδότες	Κράτος
Κύρια σύνταξη	6,67%	13,33%	10%
Ασθένεια	2,55%	5,10%	3,80%
Επικουρική σύνταξη	3%	3%	-

Πηγή: ΙΚΑ, 2012

Από το 2000 θεσμοθετήθηκε η μείωση κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες της εργοδοτικής εισφοράς για τον κλάδο κύριας σύνταξης του ΙΚΑ για τους πλήρως απασχολούμενους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- οι εργαζόμενοι αμείβονται με μηνιαίο μισθό ή ημερομίσθιο
- δεν είναι συνταξιούχοι
- οι μηνιαίες αποδοχές τους δεν υπερβαίνουν τα 587 ευρώ.

Επίσης, ευνοϊκό καθεστώς απαλλαγής από τις εργοδοτικές εισφορές του κλάδου της κύριας σύνταξης του ΙΚΑ υιοθετήθηκε το 2000 για τους απασχολούμενους μισθωτούς, με καθεστώς πλήρους απασχόλησης, σε οποιονδήποτε εργοδότη με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, που ασφαλίζονται στο ΙΚΑ για τον κλάδο σύνταξης από παροχή εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται με τον εκάστοτε προβλεπόμενο κατώτατο μισθό ή ημερομίσθιο της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας. Οι εργοδότες κατά την καταβολή των αποδοχών στους εργαζομένους αυτούς **δεν παρακρατούν υπέρ του ΙΚΑ την εισφορά κλάδου κύριας σύνταξης**. Η εργοδοτική εισφορά καλύπτεται πλήρως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

Οι ελεύθεροι και ανεξάρτητοι επαγγελματίες καλύπτονται από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης, σύμφωνα με το οποίο οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν εισφορές σε ποσοστό 20% και το κράτος σε ποσοστό 10%. Η κρατική συμμετοχή υπολογίζεται σύμφωνα με έναν ειδικό τύπο και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την αύξηση του ύψους των συντάξεων των δημοσίων υπαλλήλων.

Οι αγρότες καλύπτονται επίσης από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης που στηρίζεται στις ατομικές εισφορές των εργαζομένων και την κρατική εισφορά:

- οι συντάξεις χρηματοδοτούνται από τις μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων που ορίζονται σε ποσοστό 7% επί των ποσών των επτά διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών και από την κρατική εισφορά που ορίζεται σε ποσοστό 14% αντίστοιχα
- οι παροχές ασθένειας χρηματοδοτούνται από τις μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων (που ορίζονται σε ποσοστό 1,5% επί των ποσών των επτά διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών), καθώς και από την κρατική επιχορήγηση.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι που διορίστηκαν μετά το 1992 καταβάλλουν επίσης εισφορές για την κάλυψη των βασικών κινδύνων:

- ποσοστό 2,55% για την κάλυψη της μητρότητας και της ασθένειας
- ποσοστό 6,67% για την κύρια σύνταξη
- ποσοστό 5% για την επικουρική σύνταξη.

Οι συνταξιούχοι όλων των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, εκτός από τον ΟΓΑ και το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο, υπόκεινται επίσης σε ειδική εισφορά, που παρακρατείται από τις καταβαλλόμενες συντάξεις. Το ύψος της εισφοράς Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θεσμοθετήθηκε ουσιαστικά το 1992, οπότε και προβλέφθηκε νομοθετικά ότι το κράτος χρηματοδοτεί τις παροχές τόσο των μισθωτών όσο και των αυτοαπασχολούμενων. Η κρατική συμμετοχή επεκτάθηκε και στην κάλυψη των αγροτών και των δημοσίων υπαλλήλων, οι οποίοι λαμβάνουν ασφαλιστικές παροχές που συγχρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η συμμετοχή του προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης κατοχυρώθηκε πανηγυρικά το 2002 ως αποτέλεσμα του διαλόγου μεταξύ της Κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Υιοθετήθηκε νομοθετική δέσμευση για την κρατική συμμετοχή στη χρηματοδότηση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Ενιαίου Ταμείου Μισθωτών (Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ.) κατά τη χρονική περίοδο από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2032, ως εξής:

α) Κατά την περίοδο από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2008 το Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. χρηματοδοτείται κατά έτος με κυμαινόμενα ποσά, τα οποία, κατά μέσο όρο, αντιστοιχούν σε ποσοστό 1% του ετήσιου Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.).

β) Κατά την περίοδο από το έτος 2009 μέχρι το έτος 2032 το Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. χρηματοδοτείται κατά έτος με ποσό ίσο προς το 1% του Α.Ε.Π.

Η χρηματοδότηση θα καλυφθεί από ρευστά διαθέσιμα ίσα προς το ποσό που απαιτείται για τη χρηματοδότηση των αναλογιστικών ελλειμμάτων εκάστου τρέχοντος και επομένου έτους και από ειδικά ομόλογα μακράς διάρκειας, μη ρευστοποιήσιμα προ της λήξεως, για τη διασφάλιση της απαιτούμενης μελλοντικής χρηματοδότησης. Ρητώς μάλιστα προβλέπεται ότι εάν ενταχθούν σταδιακώς στο Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. και άλλα Ταμεία, το κράτος αναλαμβάνει την κάλυψη των ελλειμμάτων των Ταμείων αυτών. Επίσης αναπροσαρμόζει τη χρηματοδότηση σε επίπεδα που θα αποτρέπουν πρόσθετες επιβαρύνσεις του Ι.Κ.Α.

Τα επιπλέον ποσά χρηματοδότησης υπολογίζονται μόνο κατά την έκταση που οφείλονται σε δυσμενέστερες εξελίξεις των γενικότερων οικονομικών δεδομένων. Δεν καλύπτονται επιπλέον ελλείμματα που δημιουργούνται από αποφάσεις του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, οι οποίες κινούνται εκτός των ορίων της προγραμματισμένης αύξησης των συντάξεων ή επιτρέπουν τη διεύρυνση των συνταξιοδοτικών παροχών σε μη προβλεπόμενες κατηγορίες από αυτές που έχουν ληφθεί υπόψη κατά τον εκάστοτε προγραμματισμό της χρηματοδότησης.

Οι κοινωνικοί πόροι είναι ειδικοί έμμεσοι φόροι που επιβάλλονται σε συγκεκριμένες συναλλαγές. Η αξιοποίησή τους για τη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών δικαιολογείται από την αδυναμία ορισμένων κοινωνικών ομάδων να εξασφαλίσουν με τις εισφορές τους ένα αξιοπρεπές επίπεδο ασφαλιστικής προστασίας.

Η επιβολή και κατανομή των κοινωνικών πόρων αποτελεί την περίοδο αυτή αντικείμενο ιδιαίτερης επεξεργασίας στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Και τούτο διότι η προσφυγή στη χρήση κοινωνικών πόρων (που επιβάλλονται με νομοθετικές ρυθμίσεις) αξιολογείται πλέον όχι μόνο με κριτήρια κοινωνικής αποτελεσματικότητας αλλά και υπό το πρίσμα των διατάξεων του ευρωπαϊκού κοινοτικού δικαίου περί έμμεσων φόρων. Ήδη, το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έκρινε (Απόφαση του Δικαστηρίου της 19<sup>ης</sup> Μαρτίου 2002 στην υπόθεση C-426/98 Επιτροπή κατά Ελληνικής Δημοκρατίας) ότι η επιβάρυνση των συναλλαγών με έμμεσους φόρους υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος αντίκειται στην Κοινοτική Οδηγία περί έμμεσων φόρων επί των συγκεντρώσεων κεφαλαίων, εάν η

επιβάρυνση αυτή είναι υπερβολική και εμποδίζει την ίδρυση ή συνένωση επιχειρήσεων. Η Ελληνική Κυβέρνηση επεξεργάζεται πλέον ένα νέο πλαίσιο επιβολής των κοινωνικών πόρων που θα προσαρμόζεται τόσο στις δεσμεύσεις του κοινοτικού δικαίου όσο και στην αναγκαιότητα χρηματοδοτικής στήριξης του ασφαλιστικού συστήματος. Ήδη, οι εθνικές ρυθμίσεις περί επιβολής κοινωνικών πόρων στο κεφάλαιο των ΑΕ και ΕΠΕ που αποτέλεσαν αντικείμενο ελέγχου από το ΔΕΚ καταργήθηκαν το 2002 (άρθρο 13 παρ. 14 Ν. 3050/2002).

Η αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών αποτέλεσε βασικό αντικείμενο ρυθμίσεων στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι οποίες οδήγησαν τελικά στην υιοθέτηση ενός σύγχρονου θεσμικού πλαισίου που κατοχυρώνει την εξασφάλιση των πόρων των ταμείων και βελτιώνει τις δυνατότητες επωφελούς τους αξιοποίησης.

Το πλαίσιο που διέπει την αξιοποίηση της περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών επιτρέπει επενδύσεις που διαφοροποιούνται ανάλογα με τις επιπτώσεις τους και το μέγεθός τους:

#### i. Επενδύσεις ασφαλιστικών φορέων που διενεργούνται ελεύθερα

Οι ασφαλιστικοί φορείς αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επιτρέπεται με αποφάσεις των Δ.Σ. τους να επενδύουν τα διαθέσιμά τους ελεύθερα σε τίτλους του Ελληνικού Δημοσίου, τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή αγορά, καθώς και σε ομόλογα Τραπεζών που λειτουργούν νόμιμα στην Ελλάδα. Επίσης, οι ασφαλιστικοί φορείς μπορούν να διενεργούν με τους ίδιους όρους είτε επενδύσεις σε τίτλους του ελληνικού Δημοσίου με τη μορφή της αγοράς με σύμφωνο επαναπώλησης (πράξεις REPOS) με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των διαθεσίμων τους βραχυχρονίως είτε αγορές μετοχοποιήσιμων τίτλων (προμέτοχα) του Ελληνικού Δημοσίου.

#### ii. Επενδύσεις που διενεργούνται με προϋποθέσεις και όρια

Οι ασφαλιστικοί φορείς επιτρέπεται με αποφάσεις των Δ.Σ. τους να επενδύουν και στις παρακάτω κινητές αξίες:

- μετοχές και άλλα χρεόγραφα εταιρειών εισηγμένων στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών (ΧΑΑ)
- μετοχές εταιρειών που διατίθενται σε δημόσια εγγραφή για να εισαχθούν στο ΧΑΑ

- μερίδια αμοιβαίων κεφαλαίων τα οποία επενδύουν το ενεργητικό τους σε τίτλους σταθερού εισοδήματος και μετοχές εισηγμένες στο ΧΑΑ
- μερίδια αμοιβαίων κεφαλαίων ακίνητης περιουσίας
- συμβόλαια μελλοντικής εκπλήρωσης του Χρηματιστηρίου Παραγώγων Αξιών
- σε άλλες κινητές αξίες, εφόσον αυτό προβλέπεται από σχετική διάταξη νόμου ή Κανονιστική Πράξη (μετοχές εταιρειών που ιδιωτικοποιούνται κλπ.)
- σε ακίνητα, μέχρι ποσοστού 23% των ποσών που προκύπτουν από το συνυπολογισμό των ακόλουθων στοιχείων του Ενεργητικού τους: των κατατεθειμένων στην τράπεζα της Ελλάδας διαθεσίμων κεφαλαίων καθώς και των κεφαλαίων της ταμειακής διαχείρισης, των επενδύσεων σε τίτλους του Ελληνικού Δημοσίου με βάση τις τρέχουσες τιμές αυτών, των επενδύσεων σε ακίνητα, με βάση την αντικειμενική τους αξία, των επενδύσεων σε κινητές αξίες, με βάση τις τρέχουσες τιμές, των προϋπολογισθέντων ετήσιων τακτικών εσόδων.

Το παραπάνω ποσοστό 23% κατανέμεται κατά 40% σε επενδύσεις ακινήτων και κατά 60% σε επενδύσεις κινητών αξιών. Η κατανομή αυτή σε κινητές αξίες και ακίνητα ισχύει μέχρι 31.12.2004. Επενδύσεις σε ακίνητα και κινητές αξίες (πλην τίτλων του ελληνικού Δημοσίου και Ομολόγων τραπεζών που λειτουργούν στην Ελλάδα), που υπερβαίνουν το ποσοστό 23%, επιτρέπονται ύστερα από την έκδοση κοινής απόφασης του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδας.

Οι ασφαλιστικοί φορείς μπορούν επίσης να συγκροτούν ίδια ή ομαδικά αμοιβαία κεφάλαια, να συστήνουν Ανώνυμες Εταιρείες Διαχείρισης Αμοιβαίων Κεφαλαίων (ΑΕΔΑΚ), στις οποίες συμμετέχει μία νόμιμα λειτουργούσα στην Ελλάδα τράπεζα, ή να αναθέτουν τη συγκρότηση αμοιβαίων κεφαλαίων σε ήδη λειτουργούσες ΑΕΔΑΚ. Τα στοιχεία στα οποία στηρίζονται οι επενδυτικές επιλογές των διαχειριστών των αμοιβαίων κεφαλαίων και των μελών των οργάνων διοίκησης των ΑΕΔΑΚ των ασφαλιστικών φορέων υπόκεινται σε τακτικό ή περιοδικό έλεγχο από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου και Εποπτείας της Διαχείρισης της Περιουσίας των Ασφαλιστικών Οργανισμών, επιτροπή που λειτουργεί στο πλαίσιο της Τράπεζας της Ελλάδος.

Το πρώτο αμοιβαίο κεφάλαιο ασφαλιστικού οργανισμού ιδρύθηκε το 2002 από το ΙΚΑ, είναι μεικτού τύπου και το ενεργητικό του υπερβαίνει τα 300 εκ. ευρώ. Η πρώτη Ανώνυμη Εταιρεία Διαχείρισης Αμοιβαίων Κεφαλαίων ιδρύθηκε το 2000 από το ΙΚΑ, τον ΟΓΑ και τον ΟΑΕΕ με τη συμμετοχή της Εθνικής Τράπεζας, ενώ από το 2001 λειτουργεί η Ανώνυμη



Εταιρεία Διαχείρισης Ειδικού Κεφαλαίου ΤΑΠ-ΟΤΕ που διαχειρίζεται το Ειδικό Κεφάλαιο του ΤΑΠ-ΟΤΕ και παρέχει υπηρεσίες και συμβουλές χρηματοοικονομικής φύσης για τις επενδύσεις κεφαλαίων του ΤΑΠ-ΟΤΕ και του Ταμείου Αρωγής Προσωπικού ΟΤΕ. Η λειτουργία των φορέων αυτών αναμένεται να συμβάλει σημαντικά στην αξιοποίηση της περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών αλλά και στην ανάδειξη νέων δυνατοτήτων για την ενίσχυση της ελληνικής κεφαλαιαγοράς μέσω της δραστηριοποίησης θεσμικών επενδυτών.

Η χρηματοδότηση του δεύτερου πυλώνα που εισάγεται θεσμικά το 2002 μέσω των ρυθμίσεων για τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης καλύπτεται αποκλειστικά από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν μάλιστα με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα.

Πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης αποτελούν οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των ασφαλισμένων, οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των εργοδοτών, οι πρόσδοδοι περιουσίας και η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών τους. Τα ταμεία υποχρεούνται στη δημιουργία αποθεματικών που καλύπτουν τις υποχρεώσεις οι οποίες αναλαμβάνονται έναντι των ασφαλισμένων και των δικαιούχων παροχών. Επιτρέπεται η αξιοποίηση των αποθεματικών υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- ποσοστό μέχρι 10% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε ακίνητα
- ποσοστό μέχρι 70% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε μετοχές και ομολογίες εταιρειών
- ποσοστό μέχρι 20% των τεχνικών αποθεματικών τους επενδύεται σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις.

Επίσης, επιτρέπεται μέχρι ποσοστού 5% των τεχνικών αποθεματικών του ταμείου η επένδυση σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η ίδια η επιχείρηση που έχει συστήσει το ταμείο.

#### **2.4. Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης πριν την 01.01.2017**

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται πίνακας με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης πριν την εφαρμογή του ΕΦΚΑ.

Πίνακας III. Φορείς κοινωνικής ασφάλισης πριν την εφαρμογή του ΕΦΚΑ

Φορέας	Κύρια Ασφάλιση	Επικουρική Ασφάλιση	Πρόνοια	Υγεία
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)	✓	✓		(ΕΟΠΥΥ)
Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ)	✓	✓	✓	(ΕΟΠΥΥ)
Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ – ΜΜΕ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)				✓
Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων(ΤΠΔΥ)			✓	
Ταμείο Πρόνοιας Ιδιωτικού Τομέα (ΤΑΠΙΤ)			✓	
Ταμείο Προνοίας Αξιωματικών Εμπορικού Ναυτικού			✓	
Ταμείο Προνοίας Κατωτέρων Πληρωμάτων Εμπορικού Ναυτικού			✓	
Μετοχικό Ταμείο Ναυτικού		✓		
Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιδρυμάτων Εμπορικού Ναυτικού		✓		
Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (ΕΤΕΑ) από 1η Ιουλίου 2012 *Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ) *Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Ιδιωτικού Τομέα (ΤΕΑΙΤ)		✓		

**\*Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης  
Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ)**

**\*\*Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης  
Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ)**

**\*Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων  
Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής  
Ωφελείας (ΤΑΥΤΕΚΩ)**

**\*Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης  
Υπαλλήλων Φαρμακευτικών  
Εργασιών (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε)**

**Ενιαίος Δημοσιογραφικός Οργανισμός  
Επικουρικής Ασφάλισης &  
Περιθάλψεως**



Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2014

Ταυτόχρονα υπήρχαν και ορισμένοι αταξινόμητοι φορείς όπως οι ακόλουθοι:

- Μετοχικό Ταμείο Στρατού (ΜΤΣ)
- Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ)
- Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης & Πρόνοιας Απασχολουμένων στα Σώματα Ασφαλείας (ΤΕΑΠΑΣΑ)
- Μετοχικό Ταμείο Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος
- Ταμείο Αυτασφάλειας Προσωπικού Εθνικής Τραπέζης της Ελλάδος
- Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Εθνικού Τυπογραφείου
- Ταμείο Αλληλοβοήθειας & Περιθάλψεως Εκτελωνιστών Πειραιώς-Αθηνών
- Κεφάλαιο Ασθένειας και Ανεργίας Ναυτικών (ΚΑΑΝ)
- Ταμείο Αρωγής Λιμενικού Σώματος
- Ειδικός Λογαριασμός Οικογενειακών Επιδομάτων Ναυτικών
- Ταμείο Αλληλοβοηθείας Ναυτικού
- Ειδικός Λογαριασμός Πρόνοιας Ναυτικού
- Μετοχικό Ταμείο Αεροπορίας
- Ειδικός Κλάδος Οικονομικής Ενίσχυσης Μερισματούχων Στρατού Ξηράς
- Ειδικός Λογαριασμός Αλληλοβοηθείας Αεροπορίας
- Ειδικός Λογαριασμός Αλληλοβοηθείας Στρατού
- Ταμείο Αρωγής Αναπήρων και Θυμάτων Πολέμου
- Ταμείο Αλληλοβοηθείας Υπαλλήλων Μετοχικού Ταμείου Στρατού

- Ταμείο Αρωγής Μονίμων Πολιτικών Υπαλλήλων ΥΕΘΑ/ΓΕΣ
- Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε. (ΗΔΙΚΑ)

## **2.5. Το νέο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μετά στην Ελλάδα**

### **2.5.1. Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.)**

Η νέα συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση είναι προϊόν του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής που ενέκρινε η ελληνική κυβέρνηση τον Αύγουστο του 2015, στο οποίο παρουσιάζονται τα μέτρα του τρίτου μνημονίου, καθώς και οι δεσμεύσεις που απορρέουν από το τελευταίο πακέτο χρηματοδοτικής βοήθειας προς την Ελλάδα. με τον νόμο 4336/2015. Όλοι οι Έλληνες επηρεάζονται από αυτές τις 10 αλλαγές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, η εφαρμογή του νέου νόμου επιβαρύνει εμπόδια και τεχνικά προβλήματα, τα οποία εμποδίζουν την πρόοδο των μεταρρυθμίσεων και, ειδικότερα, τη μετάβαση από το προηγούμενο στο νέο συνταξιοδοτικό καθεστώς.

Όσον αφορά στον ΕΦΚΑ, πρόκειται για ένα ενιαίο φορέα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο αντικαθιστά 6 ξεχωριστά ταμεία που λειτουργούσαν μέχρι τις 31/12/2016. Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) απορρόφησε όλα τα υπάρχοντα συνταξιοδοτικά και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών του ιδιωτικού (ΙΚΑ) και του δημοσίου τομέα, των ελευθέρων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ - ΕΤΑΑ για γιατρούς, μηχανικούς, δικηγόρους), των αγροτών (ΟΓΑ) και των ναυτικών (ΝΑΤ) . Ο ΕΦΚΑ είναι τώρα το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης, και λειτουργεί με την ενιαία βάση εισφορών και παροχών από την 1/1/2017. Τούτου λεχθέντος, η κατάργηση των προηγούμενων κεφαλαίων δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί, δεδομένου ότι οι κανόνες συνταξιοδότησης εξακολουθούν να ποικίλλουν, ανάλογα με τις διατάξεις του καταστατικού κάθε ταμείου. Ωστόσο, το 2017, ο ΕΦΚΑ θα ρύθμιζε ομοιόμορφες συνταξιοδοτικές διατάξεις, ύστερα από την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος σχετικά με την εφαρμογή νέου Κανονισμού Κοινωνικής Ασφάλισης και Παροχών. Ο προϋπολογισμός του νέου ταμείου για το 2017 - για πρώτη φορά - δείχνει έλλειμμα 1,1 δισ. Ευρώ, το οποίο, ωστόσο, ήταν χαμηλότερο στο τέλος του έτους.

### 2.5.2. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου το οποίο αποτελεί αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο Οργανισμός συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 και ξεκίνησε τη λειτουργία του την 1η Ιανουαρίου 2012, αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Στη συνέχεια, τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ είναι ο Επίκουρος Καθηγητής Στατιστικής Σωτήρης Μπερσίμης, στη θέση του αντιπροέδρου, βρίσκεται ο Παναγιώτης Γεωργακόπουλος. Ιστορικά, πρώτος πρόεδρος του οργανισμού υπήρξε ο παθολόγος Γεράσιμος Βουδούρης, τέως Διοικητής του ΤΣΑΥ, που αντικαταστάθηκε τον Νοέμβριο 2012 από τον -πρώην Διοικητή του ΟΓΑ- Ελευθέριο Παπαγεωργόπουλο. Στις 26-06-2013 ο κ. Παπαγεωργόπουλος υπέβαλε την παραίτησή του και στη θέση του ανέλαβε ο Δημήτρης Κοντός, έως τότε Διοικητής του ΟΓΑ.

Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή ΝΑΤ, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012
- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Η αγορά Ιατρικών Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ από δημοσίους και ιδιωτικούς παρόχους υγείας άρχισαν από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

(α) Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

(β) Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.

(γ) Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).

(δ) Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ.

Ήδη από την πρώτη δανειακή σύμβαση της Ελλάδας (Μνημόνιο Ι) προβλεπόταν η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτή άρχισε σταδιακά μέσα στο 2011, με πιστοποίηση των ιατρών και την ένταξη ορισμένων Ταμείων. Στις 31-12-2011 μετά από έντονες αντιπαραθέσεις του Ιατρικού σώματος και του Διοικητού του ΕΟΠΥΥ κ. Γεράσιμου Βουδούρη, υπεγράφη Κοινή Υπουργική Απόφαση με την οποία όλοι οι ιατροί της Ελλάδας - ανεξάρτητα συμβάσεως ή όχι με τον ΕΟΠΥΥ - να μπορούν να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά τα φάρμακα στους ασθενείς τους. Την τεχνική υποδομή και την υποστήριξη του Ιατρικού λογισμικού για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει η κρατική εταιρεία ΗΔΙΚΑ ΑΕ.

## **Κεφάλαιο 3 – Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην κοινωνική ασφάλιση**

### **3.1. Υπογεννητικότητα και Κοινωνική Ασφάλιση**

Όσον αφορά το θέμα του δημογραφικού προβλήματος και τις μελλοντικές σχέσεις των ηλικιών (κατά ομάδες ηλικιών), αυτό έχει να κάνει μόνο με σενάρια και οφείλετε βέβαια στην συνεχή πτώση του βιοτικού επιπέδου, τη λιτότητα και την ανεργία, που αποτελούν τις κοινωνικές ρίζες για την υπογεννητικότητα και τη μείωση του εργατικού πληθυσμού.

Η υπογεννητικότητα, θα μπορούσε να επιβαρύνει τη σχέση ασφαλισμένων προς συνταξιούχους μόνο με την προϋπόθεση ότι δεν θα υπήρχαν οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι της «μαύρης εργασίας». Αντίθετα, παρά την δεδομένη υπογεννητικότητα το σύστημα αδυνατεί να απορροφήσει τους άνεργους, τροφοδοτώντας έτσι την κοινωνική ασφάλιση με ασφαλισμένους και επόμενα να βελτιώσει τη σχέση ασφαλισμένων-συνταξιούχων. Για να ασκήσουν στο μέλλον, αρνητική επίδραση, τα πραγματικά δεδομένα του δημογραφικού προβλήματος, πρέπει το ποσοστό μείωσης του εργατικού πληθυσμού να υπερβεί το ποσοστό της ανεργίας. Σύμφωνα όμως με τα στοιχεία, το 2025 το ποσοστό της μείωσης του εργατικού πληθυσμού θα είναι 1%, πράγμα που σημαίνει ότι αποκλείεται να υπερκαλύψει το ποσοστό της ανεργίας.

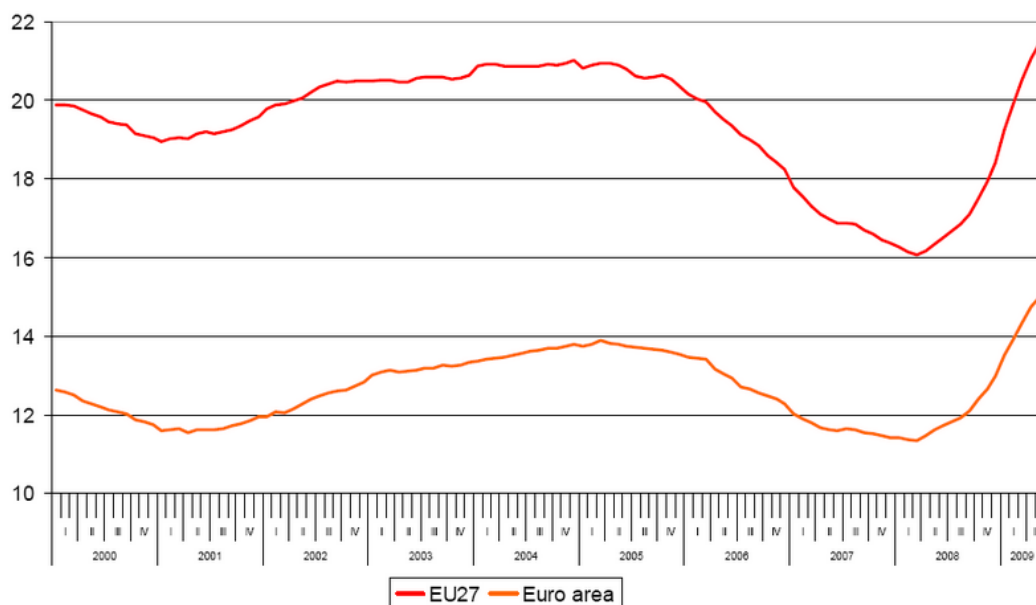
### **3.2. Ανεργία και Κοινωνική Ασφάλιση**

Η ανεργία έχει αυξηθεί έντονα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, από τον Μάρτιο του 2008 και έπειτα, ως φυσικό επακόλουθο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και της συνεχιζόμενης ύφεσης. Η αύξηση αυτή γίνεται αισθητή σε κάθε κράτος - μέλος, αν και ο βαθμός σοβαρότητας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών, αλλά και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Οι άνδρες για παράδειγμα φαίνεται πως έχουν επηρεαστεί πολύ περισσότερο από τις γυναίκες, ενώ η ίδια εικόνα παρατηρείται και στους νέους κάτω των 25 ετών, που χαρακτηρίζονται ως η πιο ευάλωτη από τις ομάδες των πολιτών (Vicini and Axman, 2017).

Τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζονται παρακάτω, βασίζονται κυρίως στα αποτελέσματα της έρευνας για το Ευρωπαϊκό εργατικό δυναμικό (LFS) και πιο συγκεκριμένα κατά το πρώτο τρίμηνο του 2009. Αντιθέτως, τα μηνιαία στοιχεία για την ανεργία προέρχονται από την Eurostat, που χρησιμοποιεί μηνιαίες ερευνητικές

πληροφορίες σε συνδυασμό με τον δείκτη LFS. Όλα τα στοιχεία κατόπιν προσαρμόζονται εποχιακά και παρουσιάζονται υπό την μορφή σύγκρισης μεταξύ των χωρών (Lea, 2017).

**Γράφημα 7.** Άνεργοι πολίτες (σε εκατομμύρια) οργανωμένοι ανά σεζόν.



Πηγή: Eurostat, 2010

Μετά από τρία χρόνια σταθερής προσπάθειας μείωσης της ανεργίας, η Ευρώπη βλέπει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην αγορά εργασίας της. Τόσο στη ζώνη του ευρώ (EA-16) όσο και στην Ε.Ε., ο αριθμός των ανέργων παρουσίαζε αύξηση κάθε μήνα που περνούσε, από τον Μάρτιο του 2008 και έπειτα. Έκτοτε, ο αριθμός των ανέργων στην ζώνη του ευρώ αυξήθηκε κατά 3,7 εκατομμύρια και έφτασε σε σύνολο τους 15 εκατομμύρια ανέργους, τον Μάιο του 2009. Την ίδια περίοδο, η ανεργία στην Ε.Ε. αυξήθηκε κατά 5,4 εκατομμύρια ευρώ, φθάνοντας τα 21,5 εκατομμύρια ανέργους (Bofinger, 2017).

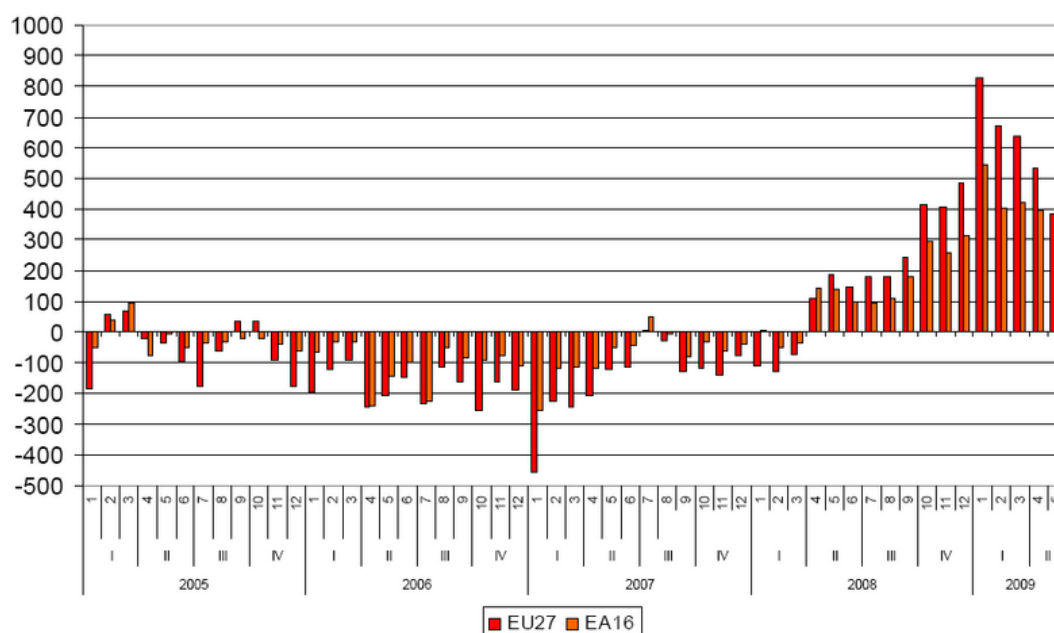
Η μηνιαία αύξηση της ανεργίας στην ζώνη του ευρώ κατέγραψε άνοδο από περίπου 100.000 που ήταν στα μέσα του 2008, σε 500.000 ανέργους τον Ιανουάριο του 2009. Ωστόσο, τους τελευταίους μήνες, ο ρυθμός αυτής της αύξησης, επιβραδύνθηκε. Στην Ε.Ε., η μέγιστη αύξηση καταγράφηκε επίσης τον Ιανουάριο του 2009, σε περίπου 800.000, προτού παρουσιάσει μείωση τους τελευταίους μήνες.

Το ποσοστό ανεργίας, το οποίο μετρά το ποσοστό των ανέργων στο συνολικό εργατικό δυναμικό, αυξήθηκε από 7,2% τον Μάρτιο του 2008, σε 9,5% τον Μάιο του 2009, όσον



αφορά την ζώνη του ευρώ. Την ίδια περίοδο, το ποσοστό των ανέργων στην Ε.Ε. αυξήθηκε από 6,7%, σε 8,9% (Hooper, 2017).

**Γράφημα 8.** Μηνιαίες αλλαγές στον αριθμό των ανέργων πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η σύγκριση γίνεται σε χιλιάδες και οργανώνεται ανά σεζόν.



Πηγή: Eurostat, 2010

Τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετώπισαν την εμφάνιση της ανερχόμενης ανεργίας, σε πολύ διαφορετικά χρονικά σημεία.

Ενώ η ανεργία στην Ε.Ε. ως σύνολο άρχισε να αυξάνεται τον Μάρτιο του 2008, τα κράτη - μέλη επηρεάστηκαν σε διαφορετικό βαθμό από την κρίση. Μία εξήγηση για αυτό το φαινόμενο, είναι ότι τα κράτη - μέλη διαρθρώνουν και ρυθμίζουν τις αγορές εργασίας τους πολύ διαφορετικά μεταξύ τους. Η έναρξη της αύξησης της ανεργίας ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, όπως φαίνεται και στον παρακάτω Πίνακα IV (Bofinger, 2017).

Στην Ισπανία και την Ιταλία, η ανεργία άρχισε να αυξάνεται ήδη από το Μάιο του 2007. Η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Λεττονία και η Λιθουανία ακολούθησαν τους επόμενους μήνες του ίδιου έτους. Στην Γαλλία, ο ρυθμός αυξήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2008 και μετά. Σε αυτό το σημείο είναι δυνατόν να καταγραφεί

μία διάκριση μεταξύ δύο ομάδων - κρατών. Η πρώτη αφορά την Εσθονία, την Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, το Βέλγιο, την Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ρουμανία, την Δανία, την Αυστρία και την Σουηδία, που άρχισαν να αντιμετωπίζουν αύξηση της ανεργίας από το δεύτερο τρίμηνο του 2008 και έπειτα. Οι υπόλοιπες χώρες σημείωσαν αύξηση της ανεργίας τους, μόνο κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2008. Στην Βουλγαρία, την Γερμανία και τις Κάτω Χώρες, τα ποσοστά ανεργίας άρχισαν να καταγράφονται από τον Νοέμβριο του 2008, δηλαδή ενάμισι χρόνο πιο μετά από ότι συνέβη στην Ισπανία και την Ιταλία (Dias, 2017). Πρέπει να αναφερθεί ότι για ορισμένες χώρες το σημείο της οικονομικής κρίσης είναι πολύ πιο διαφορετικό, συγκριτικά με κάποιες άλλες, αν και δεν υπάρχουν σαφή γεωγραφικά πρότυπα.

#### Πίνακας IV. Αρχικό σημείο ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε.

Turning point	Member State	
2007 January	Spain, Italy	
February		
March		
April		
May		
June		
July		
August		Ireland
September		Luxembourg
October		Latvia, Lithuania
November		
December		
2008 January	France	
February		
March		Euro area, EU27
April		Estonia, Finland, The United Kingdom
May		Belgium, Greece, Portugal, Romania
June		Denmark, Austria
July		Sweden
August		Cyprus
September		Czech Republic, Malta, Poland, Slovenia, Slovakia
October		Hungary
November		Bulgaria, Germany
December		The Netherlands
2009 January		
February		
March		
April		
May		

Πηγή: Eurostat, 2010

Η εγκύκλιος του Υπουργείου Εργασίας χορήγησε ασφαλιστικής κάλυψης στους ασφαλισμένους του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), στους μακροχρόνια άνεργους, και στους ασφαλισμένους που εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 4254/2014.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο, λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις να μην μπορούν να συμπληρώσουν τις ελάχιστες χρονικές προϋποθέσεις για τη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας από τον Ε.Φ.Κ.Α. και προκειμένου να μην μείνουν ανασφάλιστοι οι ίδιοι και τα μέλη οικογενείας τους, ήδη έχει προωθηθεί διάταξη στο σχέδιο νόμου «Επίσπευση διαδικασιών για την εφαρμογή της ασφαλιστικής μεταρρύθμισης και άλλες διατάξεις», με την οποία προβλέπεται ότι:

α) στους ασφαλισμένους του πρώην Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. και στα μέλη οικογενείας τους, για την περίοδο από 1/3/2017 έως 28/2/2018, είναι δυνατή η χορήγηση παροχών ασθένειας σε είδος, με τη συμπλήρωση τουλάχιστον πενήντα (50) ημερών ασφάλισης, είτε κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος (2016), είτε κατά το τελευταίο δεκαπεντάμηνο, χωρίς να συνυπολογίζονται οι ημέρες που πραγματοποιήθηκαν κατά το τελευταίο ημερολογιακό τρίμηνο του δεκαπεντάμηνου.

β) στους ανέργους ηλικίας άνω των 29 και έως 55 ετών, που έχουν κάνει χρήση των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν.2768/1999 (Α'273) όπως έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν, η ασφαλιστική κάλυψη για παροχές ασθένειας σε είδος, παρατείνεται έως την 28η Φεβρουαρίου 2018.

γ) στους ασφαλισμένους του πρώην Ο.Α.Ε.Ε. ηλικίας άνω των 30 και έως 65 ετών, που διέκοψαν την άσκηση του επαγγέλματός τους, έχουν κάνει χρήση των διατάξεων της παρ.8 του άρθρου δευτέρου του ν.3845/2010 (Α'65) και παραμένουν άνεργοι, η ασφαλιστική κάλυψη για παροχές ασθένειας σε είδος παρατείνεται έως την 28η Φεβρουαρίου 2018.

δ) στους ασφαλισμένους του πρώην Ο.Α.Ε.Ε. και του πρώην Ε.Τ.Α.Α., που έχουν κάνει χρήση των διατάξεων των περιπτ. Α και Β της υποπ. Α3, του άρθρου πρώτου του ν.4254/2014 (Α'85), η ασφαλιστική κάλυψη για παροχές σε είδος, παρατείνεται έως 28/2/2018.

ε) στους εργαζόμενους των επιχειρήσεων με την επωνυμία «ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ Α.Ε.», «ΝΑΥΠΗΓΕΙΑ ΣΚΑΡΑΜΑΓΚΑ», της Ναυπηγοεπισκευαστικής Ζώνης Περάματος και των Ναυπηγείων Ελευσίνας, καθώς και τα μέλη οικογένειάς τους, για την περίοδο από 1/3/2017 έως 28/2/2018, είναι δυνατή η χορήγηση παροχών ασθένειας σε είδος, χωρίς την προϋπόθεση συμπλήρωσης ημερών ασφάλισης.

Στ) στους πωλητές Λαϊκού Λαχείου, οι οποίοι υπάγονται στο κεφάλαιο ΙΓ του Κανονισμού Ασφάλισης του πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και τα μέλη οικογενείας τους, που αναφέρονται στο άρθρο 33 του α.ν.1846/1951 (Α'179), για την χρονική περίοδο από 1/3/2017 έως 28/2/2018 καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για παροχές ασθένειας σε είδος χωρίς την προϋπόθεση της συμπλήρωσης απαιτούμενων ημερών ασφάλισης.

### **3.3. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα και στη Ευρώπη**

#### **3.3.1. Σύνταξη**

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τα συνταξιοδοτικά συστήματα στην Ευρώπη με τρεις βασικούς τρόπους. Πρώτον, τα συστήματα αυτά χρησίμευσαν ως μία μορφή «αυτόματου σταθεροποιητή» - με άλλα λόγια, ως μέσο μετριασμού των πιθανών κοινωνικών συνεπειών της αρνητικής κατάστασης της οικονομίας - και η χρήση τους προς το σκοπό αυτό αναμένεται να αυξήσει τις κοινωνικές δαπάνες σε πολλά Χώρες της ΕΕ. Δεύτερον, η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης προκάλεσε νέες προκλήσεις όσον αφορά την οικονομική βιωσιμότητα της κοινωνικής προστασίας: η αυξανόμενη ανεργία και η αρνητική αύξηση του ΑΕΠ αντιπροσωπεύουν απώλεια εσόδων για προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και ενδέχεται να οδηγήσουν στην επιδείνωση των δημόσιων προϋπολογισμών. Τρίτον, η χρηματοπιστωτική κρίση έπληξε σοβαρά τόσο τα ιδιωτικά πλήρως χρηματοδοτούμενα συστήματα όσο και τα δημόσια αποθεματικά κεφάλαια.

Η εμφάνιση και η εξέλιξη της πρόσφατης οικονομικής κρίσης χαρακτηρίστηκαν από τρία διαφορετικά βήματα: η οικονομική κρίση (επιδεινώθηκε μετά την κατάρρευση της Lehman Brothers το 2008) · την ευρεία οικονομική ύφεση που έπληξε την Ευρώπη το 2009 · και η ελληνική κρίση και οι επακόλουθες δημοσιονομικές εντάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) το 2010 (Liddle et al., 2010, Natali, 2010).

Στη βιβλιογραφία για τη συνταξιοδοτική πολιτική υπάρχει ευρεία συναίνεση ως προς το γεγονός ότι τα συνταξιοδοτικά προγράμματα (δημόσιοι ή ιδιωτικοί) δεν είναι ανοσοποιημένοι από τις συνέπειες της οικονομικής ύφεσης και της χρηματοπιστωτικής κρίσης (ΟΟΣΑ 2009 · 2010α · CEC, 2010α). Ωστόσο, οι επιπτώσεις ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με το αν εξετάζονται τα συστήματα του πρώτου, του δεύτερου ή του τρίτου

πυλώνα. Με την ακόλουθη ανάλυση, λοιπόν, εξετάζουμε (με ειδική εστίαση στις τέσσερις υπό εξέταση χώρες), αφενός, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα επικουρικά συνταξιοδοτικά ταμεία (ιδιωτικές συντάξεις) και, στη συνέχεια, εκείνα που επηρεάζουν τα δημόσια συστήματα.

Αλλά η κρίση επηρέασε και τα δημόσια συστήματα. Πρώτον, μέσω του πιο πρόσφατου γύρου μεταρρυθμίσεων, η χρηματοδότηση έχει αναλάβει όλο και πιο σημαντικό ρόλο στα συνταξιοδοτικά συστήματα που διαχειρίζονται δημόσια. Πολλές χώρες έχουν θεσπίσει δημόσιους συνταξιοδοτικούς αποθεματικούς πόρους (PPRF) για την παροχή χρηματοοικονομικής υποστήριξης σε συστήματα τα οποία διαφορετικά λειτουργούν με βάση τη διανεμητική βάση (pay-as-you-go). Αυτή είναι η περίπτωση της Σουηδίας, όπου δημιουργήθηκαν ρυθμιστικά κεφάλαια το δεύτερο μέρος του 20ου αιώνα και πιο πρόσφατα η Ιρλανδία, η Πολωνία και η Γαλλία. Αν και σε πολύ μικρότερο βαθμό από τα ιδιωτικά συνταξιοδοτικά συστήματα, τα δημόσια αποθεματικά έχουν επηρεαστεί από αρνητικές επενδυτικές αποδόσεις. Ο αντίκτυπος της κρίσης στην απόδοση των επενδύσεων ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Το μεγαλύτερο ήταν μεταξύ των δημόσιων συνταξιοδοτικών ταμείων συνταξιοδότησης, όπου οι μετοχές αντιπροσωπεύουν μεγάλο μέρος του συνόλου των επενδεδυμένων περιουσιακών στοιχείων. Το Εθνικό Ταμείο Συντάξεων των Ιρλανδών ήταν το πιο εκτεθειμένο σε μετοχές (59,8% του συνόλου των περιουσιακών στοιχείων), ακολουθούμενο από τη Γαλλία (49,3%). Στο άλλο άκρο, τα δημόσια αποθεματικά συνταξιοδοτικών ταμείων στην Ισπανία παρουσίασαν θετικές αποδόσεις καθώς είχαν επενδυθεί πλήρως σε ομόλογα το 2008.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η κρίση έχει οδηγήσει σε περαιτέρω αποτελέσματα. Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας χρησιμοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό για την αντιμετώπιση των αρχικών κοινωνικών συνεπειών της ύφεσης. Οι χώρες της ΕΕ έχουν αυξήσει έτσι τις δημόσιες κοινωνικές δαπάνες για να περιορίσουν τις συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης σε άτομα και οικογένειες. Σύμφωνα με τις οικονομικές προβλέψεις του φθινοπώρου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, λόγω των αυτόματων σταθεροποιητών και των μέτρων διακριτικής ευχέρειας για την ενίσχυση των κοινωνικών παροχών, οι κοινωνικές δαπάνες στην ΕΕ αναμένεται να αυξηθούν κατά 3,3 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ μεταξύ του 2007 και του 2010.

Η προβλεπόμενη αύξηση κυμαίνεται από λιγότερο από 1% στη Βουλγαρία, την Ουγγαρία και τη Σλοβακία έως και το 6% ή περισσότερο στην Εσθονία, την Ιρλανδία, τη Λετονία και τη Λιθουανία. Η δαπάνη για παροχές ανεργίας ήταν η πρώτη συνιστώσα που αυξήθηκε. Ο

αντίκτυπος στον αριθμό των αιτούντων κοινωνική πρόνοια είναι πλέον σαφής. Οι αριθμοί των αιτούντων συνέχισαν να αυξάνονται στις χώρες που είχαν πληγεί από την κρίση πρώτη ή σοβαρότερα και η πίεση σε συστήματα τελευταίας τεχνολογίας άρχισε επίσης να αυξάνεται στις περισσότερες άλλες χώρες. Η συγκριτική ανάλυση έδειξε κάποια στοιχεία ανόδου. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Πολωνίας και της Ελλάδας, ο αριθμός των ηλικιωμένων εργαζομένων που ζητούν πρόωρη συνταξιοδότηση έχει αυξηθεί, ενώ σε άλλα κράτη μέλη η αναπροσαρμογή των συνταξιοδοτικών παροχών έχει αναθεωρηθεί με ευνοϊκό τρόπο (π.χ. Πορτογαλία) τα οφέλη έχουν βελτιωθεί (π.χ. Φινλανδία).

Σε μια ευρύτερη προοπτική, η οικονομική ύφεση (που ακολουθείται από ταχύτερη ανάπτυξη) δημιουργεί μακροπρόθεσμες προκλήσεις στα δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα. Η πρώτη πρόκληση είναι αποτέλεσμα των δημοσιονομικών κινήτρων που εφαρμόστηκαν από πολλές χώρες προκειμένου να μειωθεί ο αντίκτυπος της κρίσης και η οποία οδήγησε σε ταχεία επιδείνωση των δημόσιων οικονομικών. Το ΔΝΤ (2009) προβλέπει αύξηση του μέσου όρου του χρέους προς το ΑΕΠ στη ζώνη του ευρώ κατά 30%, φθάνοντας το 90% του ΑΕΠ έως το 2014. Ο μέσος όρος αυτός συγκαλύπτει σημαντικές αυξήσεις για ορισμένα κράτη μέλη και, ενώ αποτελεί μέρος της δημοσιονομικής η υποβάθμιση είναι κυκλική, ένα άλλο μέρος είναι μόνιμο.

Μια μελέτη της EPC (2009) πρότεινε δείκτη χάσματος δημοσιονομικής βιωσιμότητας (S2-Σύνολο) που μετρά το χάσμα (ως ποσοστό του ΑΕΠ) που πρέπει να κλείσει για να διασφαλίσει ότι η κυβέρνηση θα είναι σε θέση να χρηματοδοτήσει όλες τις δημόσιες υποχρεώσεις στο μέλλον. Ο λόγος συνίσταται στο άθροισμα της αρχικής δημοσιονομικής θέσης (IBP) - επηρεασμένης σε μεγάλο βαθμό από την κρίση και των συνεπαγόμενων κινήτρων - και των μακροπρόθεσμων αλλαγών (LTC) του μέλλοντος που σχετίζονται με τη δημογραφική γήρανση (και τις συναφείς δαπάνες για συντάξεις, φροντίδα μακράς διάρκειας). Σύμφωνα με τη μελέτη EPC, οι τέσσερις υπό εξέταση χώρες ανήκουν σε τρεις διαφορετικές ομάδες. Η Σουηδία χαρακτηρίζεται από χαμηλό δημοσιονομικό κίνδυνο ως αποτέλεσμα της πολύ ισορροπημένης αρχικής δημοσιονομικής κατάστασης και πολύ περιορισμένων μελλοντικών πιέσεων (λόγω των ριζοσπαστικών περικοπών που εισήχθησαν κατά την τελευταία δεκαετία). Η Πολωνία χαρακτηρίζεται από μεσοπρόθεσμους κινδύνους βιωσιμότητας: παρά τις περιορισμένες μακροπρόθεσμες προκλήσεις, οι αρχικές δημοσιονομικές συνθήκες ήταν πολύ πιο επικίνδυνες. Η Γαλλία ανήκει στον ίδιο όμιλο με κινδύνους μεσαίας βιωσιμότητας (με πιο ανησυχητικό αντίκτυπο μακροπρόθεσμων

προκλήσεων). Το Ηνωμένο Βασίλειο ανήκει στον όμιλο με υψηλούς κινδύνους λόγω μιας πολύ χειρότερης αρχικής δημοσιονομικής κατάστασης (σε συμφωνία με ένα πιο σημαντικό δημοσιονομικό κίνητρο για την αντιμετώπιση της κρίσης).

Ωστόσο, ο δείκτης μακροπρόθεσμων αλλαγών (LTC) δεν λαμβάνει υπόψη τον πλήρη αντίκτυπο της κρίσης. Επομένως αναμένονται περαιτέρω στελέχη (από την πλευρά των δημόσιων συνταξιοδοτικών συστημάτων και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης) ως συνέπεια της αυξημένης ανεργίας και των μειωμένων πόρων από τη φορολογία και τις κοινωνικές εισφορές. Η απασχόληση συρρικνώθηκε κατά περίπου 2,25% το 2009, ενώ αναμένεται περαιτέρω πτώση περίπου 1% το 2010 και αναμένεται να αυξηθεί μόνο το 2011 καθώς η ανάκαμψη άρχισε να παραμένει. Το ποσοστό ανεργίας αναμένεται να σταθεροποιηθεί σχεδόν στο 10% στην ΕΕ. Η ανεργία ήταν πιθανό να φθάσει το 10,3% το 2010, με πιθανότητα την αύξηση των κοινωνικών δαπανών από 27,5% σε 30,8% του ΑΕΠ μεταξύ του 2007 και του 2010. Εν τω μεταξύ, οι προβλέψεις για τη μελλοντική οικονομική ανάπτυξη εξακολουθούν να είναι ανησυχητικές: η κρίση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στο μελλοντικό δυνητικό προϊόν μέσω των τριών βασικών συνιστωσών: εισροή εργασίας, μετρούμενη σε ώρες εργασίας στην οικονομία, αποθέματα κεφαλαίου που επηρεάζονται από επενδύσεις και παραγωγικότητα που συνήθως λαμβάνεται ως υποκατάστατο της τεχνολογικής προόδου (Koopman & Szekely, 2009). Σύμφωνα με εκτιμήσεις των βραχυπρόθεσμων επιπτώσεων της ΓΔ ECFIN, η σοβαρή οικονομική κρίση θα οδηγήσει σε απότομη αναθεώρηση προς τα κάτω των πιθανών ρυθμών αύξησης.

Συνοψίζοντας, τα δημόσια συνταξιοδοτικά επιδόματα (πρώτος πυλώνας) φαίνεται ότι είναι σε μεγάλο βαθμό απρόσβλητα από τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης. Πράγματι, σε ορισμένες περιπτώσεις, έχουν πράγματι αυξηθεί ώστε να λειτουργούν ως αυτόματα σταθεροποιητές. Ωστόσο, οι μακροπρόθεσμες προοπτικές για συστήματα PAYG είναι πιο δύσκολο να προβλεφθούν. Η συνεχιζόμενη οικονομική στασιμότητα (αν όχι η ύφεση), η αύξηση των ποσοστών ανεργίας και η επακόλουθη μείωση των εσόδων ενδέχεται να οδηγήσουν σε μελλοντικές οικονομικές εντάσεις. Οι χαμηλότερες επενδυτικές αποδόσεις για δημόσια αποθεματικά κεφάλαια συμβάλλουν σε αυτές τις πιο αρνητικές προοπτικές. Οι ιδιωτικές συντάξεις (δεύτερος και τρίτος πυλώνας) έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στα χρηματοδοτούμενα συστήματα ήταν τεράστιες. Παρά τη μερική ανάκαμψη του 2009, η μείωση των ποσοστών απόδοσης των επενδύσεων και τα επίμονα χαμηλά επιτόκια έχουν θέσει τα συνταξιοδοτικά ταμεία σε κίνδυνο τεράστιων απωλειών.

### 3.3.2. Υγεία

Έχει γίνει πολλή δουλειά για να καθοριστεί πώς τα αποτελέσματα της υγείας μπορεί να επηρεαστούν από οικονομικές κρίσεις, αλλά ελάχιστες προηγούμενες έρευνες έχουν αξιολογήσει τι μπορεί να συμβεί στα συστήματα υγείας. Έτσι, θα πρέπει να αναπτυχθούν πειραματικές υποθέσεις που βασίζονται στη θεωρία για σύγκριση με εμπειρικά δεδομένα. Όταν αντιμετωπίζουν δημοσιονομική κρίση, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής ενδέχεται να υποστούν πίεση για τη διατήρηση, μείωση ή αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (και θα μπορούσαν επίσης να ανακατανεύμουν κεφάλαια στο πλαίσιο του συστήματος υγείας). Οι αλλαγές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία μπορούν να συνεπάγονται διάφορα μέσα πολιτικής (ή συνδυασμούς αυτών) που αποσκοπούν να επηρεάσουν την παροχή χρηματοδοτούμενων από το κράτος μέριμνας.

Σε μια μελέτη σχετικά με τις απαντήσεις των συστημάτων υγείας στην παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση (από τον Μάρτιο ή τον Απρίλιο του 2011), απεστάλη ερωτηματολόγιο στους ειδικούς της πολιτικής για την υγεία (οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν έδρα τα πανεπιστήμια, τα γραφεία χωρών της ΠΟΥ και άλλους μη κυβερνητικούς οργανισμούς) σε όλα τα κράτη μέλη της ΠΟΥ της ευρωπαϊκής περιφέρειας για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις πολιτικές απαντήσεις - δηλαδή εκείνες που εισήχθησαν άμεσα, εν μέρει ή ενδεχομένως ως απάντηση στην κρίση. Αυτά τα στοιχεία αναλύθηκαν και επαληθεύτηκαν και έδειξαν ότι οι χώρες της Ευρώπης είχαν ανταποκριθεί στην οικονομική κρίση με διάφορους τρόπους. Εντός της ΕΕ, ορισμένες χώρες (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ιταλία, Λιθουανία, Σλοβακία) ήταν καλύτερα προετοιμασμένες από άλλες λόγω φορολογικών μέτρων που εγκρίθηκαν πριν από την κρίση. Αυτές οι χώρες ήταν σε θέση να αντλήσουν από αντί-κυκλικές πολιτικές, όπως τη διατήρηση χρηματοοικονομικών αποθεμάτων που προορίζονταν για την υγεία ή τη σύνδεση δημόσιων εισφορών για οικονομικά ανενεργούς ομάδες με κέρδη τα προηγούμενα έτη. Σε άλλες χώρες, οι προϋπολογισμοί για την υγεία προστατεύθηκαν (Βέλγιο, Δανία) ή καταψύχθηκαν (το Ηνωμένο Βασίλειο, αν και οι πραγματικές δαπάνες μειώθηκαν, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της κυβέρνησης), ενώ άλλοι τομείς παρουσίασαν περικοπές.

Ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν την κρίση για να μειώσουν το κόστος, ιδίως στον νοσοκομειακό και φαρμακευτικό τομέα. Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις της Αυστρίας, της Λεττονίας, της Πολωνίας και της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις τιμών με φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ η Δανία, η Ελλάδα, η Λετονία, η Πορτογαλία και η



Σλοβενία επιτάχυναν την αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών τους τομέων. Κάποιες χώρες μείωσαν (π.χ. την Κύπρο, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τη Λιθουανία, την Πορτογαλία, τη Ρουμανία) ή αψήφησαν (π.χ. Αγγλία, Σλοβενία) τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας ή μείωσαν το ποσοστό αύξησης των μισθών (π.χ. Αυτές οι πολιτικές θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τις μισθολογικές ανισορροπίες μεταξύ (ανάλογα με τη σχετική μεταβολή των μισθών στις καθαρές χώρες μετανάστευσης σε σύγκριση με τις χώρες καθαρής μετανάστευσης) ή εντός (εάν οι μισθοί στον τομέα της υγείας πέσουν με διαφορετικό ρυθμό από τις μισθώσεις του ιδιωτικού τομέα) διαρροή επαγγελματιών υγείας.

Αρχικά, δεν έγιναν σημαντικές αλλαγές στο πεδίο εφαρμογής (δηλαδή το πακέτο των νόμιμων παροχών και στις υπηρεσίες που παρέχονται στον πληθυσμό που καλύπτονται από το κράτος) ή το εύρος (δηλαδή ο πληθυσμός που καλύπτεται από το κράτος) κάλυψης υγείας, αν και έγιναν κάποιες μειώσεις (συνήθως δευτερεύον). Έτσι, σε μερικές χώρες, ορισμένες υπηρεσίες αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών (π.χ. γονιμοποίηση in-vitro και φυσιοθεραπεία στις Κάτω Χώρες). Σε ορισμένες χώρες επεκτάθηκαν τα οφέλη για ομάδες με χαμηλό εισόδημα (π.χ. Μολδαβία). Ωστόσο, ορισμένες χώρες - συγκεκριμένα η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Λεττονία, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Σλοβενία- μείωσαν την κάλυψη υπηρεσίες υγείας για την αντιμετώπιση της κρίσης. Στις περισσότερες χώρες, η έλλειψη δεδομένων και οι ενδεχόμενες καθυστερημένες επιπτώσεις συνεπάγονται ότι η αξιολόγηση των επιπτώσεων αυτών των μεταρρυθμίσεων στην πρόσβαση σε περίθαλψη και αποτελέσματα υγείας δεν είναι ακόμη δυνατή. Ωστόσο, στοιχεία από την ευρύτερη ιατρική βιβλιογραφία δείχνουν πιθανές συνέπειες. Οι αυξήσεις των τελών χρήσης είναι μια ιδιαίτερη αιτία ανησυχίας, επειδή αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών και ίσως μειώνουν εξίσου τη χρήση υψηλής και χαμηλής αξίας φροντίδας, ιδίως από τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τους υψηλούς χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και όταν τα τέλη χρήσης είναι χαμηλά. Η εισαγωγή ή η αύξηση των τελών χρήσης στην πρωτοβάθμια ή περιπατητική εξειδικευμένη περίθαλψη μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματα της υγείας και να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση δωρεάν υπηρεσιών, αλλά με εντατική χρήση πόρων - π.χ. Έτσι, η εξοικονόμηση κόστους και η αυξημένη αποτελεσματικότητα είναι σπάνιες.

## Κεφάλαιο 4 – Συμπεράσματα

Η τρόικα ή αλλιώς οι θεσμοί, όπως μετονομάστηκαν πρόσφατα μετά από απαίτηση της κυβέρνησης, ζητούν νέες περικοπές στον τομέα της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, βάσει των μνημονίων που έχουν αποδεχθεί οι τελευταίες κυβερνήσεις.

Το αναθεωρημένο μνημόνιο είχε βασικό στόχο το να σταθεροποιηθούν τα έξοδα και οι δαπάνες της δημόσιας υγείας σε ένα ποσοστό κοντά στο 6% του ΑΕΠ, αν όχι και χαμηλότερα. Έτσι, για το 2014 επιβλήθηκε η κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό τουλάχιστον 60% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τουλάχιστον κατά 500 εκατομμύρια ευρώ.

Έτσι, έπρεπε να γίνουν δραστικές μειώσεις στις τιμές και ταυτόχρονα οριζόντιες περικοπές, ώστε να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Τα μέτρα αυτά αποτέλεσαν ουσιαστικά την ταφόπλακα στον κλάδο των φαρμακοποιών, αφού ψαλιδίστηκε ακόμη περισσότερο το ποσοστό κέρδους τους, ενώ τα χέρια των γιατρών έδεσαν και οι αυστηρές διαδικασίες συνταγογράφησης που είχαν εισαχθεί.

Ένα ακόμη αρνητικό, είναι το ότι έχει μείνει ανοιχτό το ενδεχόμενο να μπει σε όλους τους γιατρούς, ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων. Επιπροσθέτως, η φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας, μπορεί να καταστραφεί ολοσχερώς από την εισαγωγή ξένων επιχειρηματικών συμφερόντων, ενώ ταυτόχρονα προβλέπεται αύξηση της κινητικότητας των γιατρών και γενικά των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα, που θα περιλαμβάνει όλο το εύρος των υγειονομικών υπηρεσιών της Ελλάδας. Από το μνημόνιο προέκυπτε η αναγκαιότητα εξοικονόμησης κεφαλαίων από την αγορά των φαρμάκων, ώστε οι νοσοκομειακές δαπάνες να φτάσουν τα 0.66 δις ευρώ και οι έξω-νοσοκομειακές δαπάνες τα 2.371 δις ευρώ.

Βασικός στόχος ήταν να μειωθεί η δημόσια εξωνοσοκομειακή δαπάνη από τα 2.4 δις ευρώ που βρισκόταν το 2013, στα 2 δις ευρώ περίπου το 2014, να μην ξεπερνάει δηλαδή το 1% του ΑΕΠ. Από την άλλη μεριά, η συνολική δημόσια δαπάνη στον φαρμακευτικό κλάδο δεν θα έπρεπε να υπερβαίνει το 1.5% του ΑΕΠ το 2013 και το 1.3% του ΑΕΠ το 2014. Στο αναθεωρημένο μνημόνιο περιέχονταν έκτακτα μέτρα, όπως η οριζόντια μείωση των τιμών ή το παράβολο συμμετοχής στη λίστα, που σύμφωνα με τους Θεσμούς θα οδηγούσαν στην εφαρμογή και επίτευξη του στόχου της εξυγίανσης, ακόμη και σε περίπτωση αποτυχίας του προσφάτως νομοθετημένου μηχανισμού Claw Back.

Για να εκταμιευθεί η δόση προς την Ελληνική οικονομία, ήταν απαραίτητο βήμα για την κυβέρνηση να αυξήσει το μερίδιο των γενόσημων στο σύνολο των δικαιολογούμενων και έξω-νοσοκομειακών φαρμάκων, ώστε μέχρι τον Δεκέμβριο του 2013 αυτό το μερίδιο να φτάσει σε ποσότητα το 60%.

Για να εξασφαλιστεί η σταδιακή αντικατάσταση των φαρμάκων με γενόσημα, έπρεπε να προσφερθούν επιπρόσθετα κίνητρα και να ενεργοποιηθούν ειδικοί μηχανισμοί από την διοίκηση του ΕΟΠΥΥ (που μετονομάστηκε προσφάτως σε «ΠΕΔΥ»), ενώ έπρεπε να συμπεριληφθεί και ένα σύστημα μέτρησης του ποσοστού της συνταγογράφησης, που θα σχετιζόταν αποκλειστικά με τους γιατρούς.

Για την παρακολούθηση της συνταγογράφησης των γιατρών, έχει καθιερωθεί ένα ηλεκτρονικό σύστημα που αποτελείται από:

- Άκρως λεπτομερείς μηνιαίες ελεγκτικές αναφορές, που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στα νοσοκομεία, τα ιατρικά κέντρα και τους παρόχους εκείνους με ενεργές συμβάσεις με το ΠΕΔΥ. Οι αναφορές αυτές με την σειρά τους, κοινοποιούνται στο προσωπικό του ΔΝΤ, της ΕΚΤ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
- Άκρως λεπτομερείς τριμηνιαίες αναφορές δαπανών και συνταγογράφησης, που συμπεριλαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την χρήση των λεγόμενων Off Patent φαρμάκων, την χρήση γενόσημων, καθώς και την αξία και την ποσότητα των απλών φαρμάκων. Επίσης, υπάρχουν αναλυτικές αναφορές που αφορούν την μεμονωμένη αντιμετώπιση της συνταγογράφησης από γιατρούς, σε σχέση με τον μέσο όρο που ισχύει για γιατρούς αντίστοιχων ειδικοτήτων και φόρτου εργασίας. Αυτό πραγματοποιείται για τους παρόχους με ενεργές συμβάσεις ΠΕΔΥ, τα νοσοκομεία και τα ιατρικά κέντρα, ενώ όταν το σύστημα θεωρήσει πως αθετούνται οι κανόνες της συνταγογράφησης, τότε λαμβάνει χώρα η διαδικασία της ειδοποίησης.

Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα, παρέχεται ενημέρωση, ενώ εκπονείται και ετήσια μελέτη που αφορά την αξία και τον όγκο της συνταγογράφησης του κάθε γιατρού ξεχωριστά, σε σχέση με τους υπόλοιπους γιατρούς του κλάδου. Επίσης, υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τις οδηγίες της συνταγογράφησης, καθώς και της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων ξεχωριστά από τον κάθε γιατρό, ώστε να γίνεται σύγκριση με την συνταγογράφηση αντιβιοτικών και πρωτότυπων φαρμάκων.

Βάσει της μελέτης σχετικά με την ύπαρξη νέων περιθωρίων κέρδους στα φαρμακεία, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να μειώσουν στο 15% τα περιθώρια κέρδους τους, από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2014. Από την άλλη, και όσον αφορά την τιμολόγηση των φαρμάκων, ζητήθηκε από την κυβέρνηση, πριν από την εκταμίευση της δόσης και μόλις λήξει η περίοδος αποκλειστικότητας της πατέντας, σε μείωση κατά 50% στην τρέχουσα μέγιστη τιμή των πρωτότυπων φαρμάκων. Βέβαια, έχει προβλεφθεί αυξημένος ανταγωνισμός, εξαιτίας των χαμηλότερων προσφερόμενων τιμών από τους παραγωγούς. Επιπροσθέτως, η μέγιστη τιμή του γενοσήμου έχει οριστεί στο 40% της τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου, με την ίδια δραστική αξία, κατά την λήξη της περιόδου αποκλειστικότητας της πατέντας. Μετά την μείωση αυτή, η τιμή των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 80% της τιμής των φαρμάκων εκτός πατέντας.

Ένας από τους βασικούς τομείς που πλήττεται σημαντικά κατά την διάρκεια της ύφεσης είναι αυτός της απασχόλησης, με αποτέλεσμα οι μισοί σχεδόν από τους εργάτες να βρίσκονται σε μία κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως είναι ιδιαίτερος αυξημένα τα ποσοστά που θέλουν πολλούς από αυτούς να χάνουν εν τέλει την εργασία τους (Ferrie et al., 2002).

Όλες οι σχετικές έρευνες και μελέτες που έχουν εκπονηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, συμφωνούν πως υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που λειτουργούν ιδιαίτερος επιβαρυντικά για την δημόσια υγεία, όπως η ανεργία, η απώλεια εισοδήματος και η ανασφάλεια στην εργασία. Τα αίτια γύρω από την επίδραση που έχουν αυτοί οι παράγοντες στην υγεία εντοπίζονται στο συνεχόμενο στρες, στην φτώχεια, στις καταχρήσεις τύπου αλκοόλ, ναρκωτικών και τσιγάρων, καθώς και στις ειδικές συνθήκες εργασίας, όπως η υποβαθμισμένη θέση ή η μη ικανοποιητική εργασία (Τούντας, 2004).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία του Τούντα (2004), η απώλεια της εργασίας βρίσκεται στην 8<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων για την υγεία γεγονότων. Είναι λογικό λοιπόν το συμπέρασμα που θέλει να διαταράσσεται η ψυχική υγεία, να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, να παρουσιάζονται μειωμένα επίπεδα ευεξίας και να κάνουν την εμφάνισή τους περιστατικά βιαιοπραγίας, έπειτα από την απώλεια της εργασιακής θέσης. Τα παραπάνω διαπιστώθηκαν σε όλες τις έρευνες που συνέκριναν εργαζόμενους και άνεργους, που ανήκαν και στα δύο φύλα και σε διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Σύμφωνα με την θεώρηση της Βρετανικής καταγωγής ψυχολόγου Jahoda (1982), τα παραπάνω πορίσματα δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο, αφού εξαιτίας της απώλειας της εργασιακής θέσης λαμβάνουν χώρα και άλλες λανθάνουσες και αρνητικές συνέπειες, πέραν της οικονομικής ανέχειας. Τέτοιες είναι η απώλεια της καθημερινής οργάνωσης, η απώλεια των επιδιώξεων και των στόχων, η διαφοροποίηση της ατομικής ταυτότητας, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και η μείωση του σεβασμού, από μέρους του κοινωνικού συνόλου (Jahoda, 1982).

Ο Τούντας (2004) καταγράφει παλαιότερες μελέτες που συντάχθηκαν στην Ουαλία και την Αγγλία και που αναφέρουν αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε ποσοστό που αγγίζει το 20%. Αυτή η αύξηση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αυτοκτονίες και τα καρδιαγγειακά προβλήματα, ενώ τέτοιου είδους συμπεράσματα προκύπτουν και από έρευνες που εκπονήθηκαν στην Σουηδία, στην Ιταλία και στην Δανία (Τούντας, 2004).

Από τον Ferrie et al. (2002), διενεργήθηκε έρευνα με την συμμετοχή 2.429 ανδρών και 931 γυναικών την περίοδο 1995 – 1996 και 1997 – 1999, με αποτέλεσμα να καταγραφούν σημαντικές παράμετροι που αφορούσαν την υγεία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν οι κλινικές παράμετροι και οι συμπεριφορές που σχετίζονταν με την υγεία, ώστε να διαπιστωθούν οι διαφορές που ίσως υπήρχαν μεταξύ αυτών που απολάμβαναν εργασιακή ασφάλεια και αυτών που ζούσαν εν μέσω εργασιακής ανασφάλειας. Από τα αποτελέσματα προκύπτουν ενδιαφέροντα στοιχεία, αφού οι άνεργοι και εκείνοι που αντιμετώπισαν μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας, εμφάνισαν ψυχική και σωματική νοσηρότητα, καθώς και κάποιες ψυχικές διαταραχές. Τέτοιου είδους διαταραχές, εμφάνισαν όμως και οι εργαζόμενοι που αντιμετώπισαν μία περίοδο κινδύνου απώλειας της εργασίας τους, αν και τις αντιμετώπισαν πιο ικανοποιητικά, σε σχέση με τους ανέργους.

Στην έρευνα των Stuckler et al.(2009), που εκπονήθηκε από το 1970 έως το 2007 σε 26 χώρες της Ε.Ε. καταγράφηκε η σύνδεση της θνησιμότητας με την απασχόληση, καθώς και η μέθοδος τροποποίησης των δημοσίων δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων, ως απάντηση στην παραπάνω σύνδεση. Πιο συγκεκριμένα, με την αύξηση του επιπέδου της ανεργίας κατά 1%, είχαμε την αύξηση των αυτοκτονιών σε ποσοστό 0.79%, για όλες τις ηλικίες κάτω των 65 ετών, ενώ την ίδια αύξηση είχε και το ποσοστό των ανθρωποκτονιών. Αύξηση του επιπέδου της ανεργίας κατά 3%, οδήγησε στην αύξηση των αυτοκτονιών κατά 4.45% και στην αύξηση των θανάτων από κατάχρηση αλκοόλ, κατά 28%. Στην ίδια έρευνα αντιθέτως, καταγράφηκε μείωση της τάξεως του 1.39% της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα, ενώ δεν υπήρχαν σημαντικές μεταβολές στα ποσοστά θνησιμότητας από άλλα αίτια, αν και

υπήρχαν διαφορές μεταξύ του κάθε πληθυσμού σχετικά με το επίπεδο θνησιμότητάς του κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Φυσικά, σημαντικό ρόλο στα παραπάνω παίζει και η κοινωνική προστασία που προσφέρει η κάθε χώρα στους πολίτες της, στην περίπτωση που θα μείνουν άνεργοι. Από την ίδια μελέτη προκύπτει και ένα άλλο σημαντικό συμπέρασμα, που αφορά τα ενεργά εργασιακά προγράμματα, που κρατούν ή επανεντάσσουν τους πολίτες στην αγορά εργασίας. Έχει λοιπόν αποδειχθεί πως τέτοιου είδους προγράμματα μειώνουν σημαντικά τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών. Παρατηρήθηκε λοιπόν πως στα σύγχρονα κράτη – πρόνοιας, που προσφέρουν στους πολίτες τους πολύπλευρη κοινωνική στήριξη και επιδόματα από τα ταμεία ανεργίας, παρόλο που αντιμετώπισαν σοβαρότατα οικονομικά προβλήματα, εντούτοις δεν οδηγήθηκαν σε εξαθλίωση και σε συνθήκες πείνας (Τούντας, 2004).

Η μελέτη των Economidou et al. (2008), που έλαβε χώρα σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες, κατέληξε στο συμπέρασμα πως η αύξηση της ανεργίας σε ποσοστό που φτάνει μόλις το 1%, συνεπάγεται αύξηση του δείκτη θνησιμότητας της τάξεως του 2.18 / 100.000. Από την ίδια μελέτη επίσης, αποδείχθηκε η σχέση μεταξύ της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια και της ανεργίας.

Η μακροχρόνια ανεργία και η συνεχιζόμενη ύφεση, μπορεί να οδηγήσουν πολλά άτομα στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ πολλές φορές ακολουθεί υψηλό επίπεδο νοσηρότητας και πρόωρη θνησιμότητα, κυρίως σε άτομα που ανήκουν στις λεγόμενες «μειονότητες», όπως οι χρόνια πάσχοντες από σωματικά ή ψυχικά νοσήματα, οι μετανάστες και οι πρώην σωφρονισμένοι.

Υπάρχει και μία άλλη μελέτη, που εξετάζει αποκλειστικά την συσχέτιση της υγείας με την οικονομική ύφεση και την οικονομική ανάπτυξη. Σε περιόδους λοιπόν έντονης ύφεσης, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην θνησιμότητα εξαιτίας των αυτοκτονιών, μεταξύ άλλων αιτιών που ελέγχθηκαν όπως η γρίπη και η πνευμονία, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα καρδιαγγειακά, η κίρρωση και η χρόνια ηπατική νόσος, οι δολοφονίες, η νεογνική και παιδική θνησιμότητα και τα τροχαία ατυχήματα. Οι υπόλοιπες βασικές αιτίες θνησιμότητας είχαν διακυμάνσεις, αφού εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες από τις εξεταζόμενες ηλικιακές ομάδες, ενώ όταν η οικονομική ανάπτυξη ήταν μακροχρόνια οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία είτε εξαφανίζονταν, είτε ήταν προσωρινές.

Με την περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αποδείχθηκε ότι σε περιόδους οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης αυξάνονται κάποιες συνήθειες που

θεωρούνται επιβλαβείς για την δημόσια υγεία, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα, ενώ αυξάνεται και η συχνότητα οδήγησης που οδηγεί στην μείωση της κίνησης και της άσκησης. Ταυτόχρονα μειώνεται η υγιεινή διατροφή, αυξάνονται τα επίπεδα τους στρες, αυξάνονται οι ώρες εργασίας, δεν αφιερώνεται χρόνος στο να παρακολουθείται η προσωπική υγεία, ενώ παρατηρούνται και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως είναι για παράδειγμα η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με το υγειονομικό σύστημα ή τις συνθήκες οδικής συμπεριφοράς της χώρας προορισμού και ταυτόχρονα μπορεί να εισάγουν ασθένειες στους ντόπιους πληθυσμούς (Ruhm, 2000).

Η έρευνα των Jones και Kasl (2000) που εκπονήθηκε από το πανεπιστήμιο του Yale, βρίσκεται στην ίδια πλευρά αμφισβήτησης τόσο της απόλυτης, όσο και της ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με την πτωχή υγεία. Από τα συμπεράσματα προκύπτει ότι η απώλεια εργασίας προκαλείται σε μεγάλο βαθμό από τις προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, ενώ άμεση σχέση με την εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται πως έχει μία ποικιλία παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ψυχολογική και φυσική νοσηρότητα. Γενικά παρατηρείται πως όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανέργων σε μία κοινωνία, δημιουργούνται συναισθήματα πίεσης και κατάθλιψης, ακόμη και στους εργαζομένους, που αισθάνονται πως μπορεί να απειληθεί και η δική τους θέση εργασίας.

Είναι γεγονός πως μία σωρεία προβλημάτων θα πρέπει να επιλυθεί από το Ε.Σ.Υ. όπως για παράδειγμα:

- Οι επικαλύψεις και οι υγειονομικές ανισότητες
- Ο κατακερματισμός του
- Η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού
- Η αδυναμία κάλυψης των αναγκών της πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Η χαμηλή παραγωγικότητα
- Ο πληθωρισμός των γιατρών
- Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού
- Η μη ανταποκρισιμότητα
- Η περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών
- Η χαμηλή παραγωγικότητα
- Η διαφθορά
- Η σπατάλη πόρων και η διοχέτευσή τους στον κλάδο της παραοικονομίας.

Όλα τα παραπάνω προκαλούν τεράστια ελλείμματα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας και τα νοσοκομεία.

Η Ελληνική οικονομία συρρικνώνεται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας του συνδυασμού του πολύ υψηλού εθνικού ελλείμματος και της συνεχιζόμενης και έντονης οικονομικής κρίσης, κάτι που θα οδηγήσει στο να επηρεαστούν οι προϋπολογισμοί του Ε.Σ.Υ. που θα πρέπει να διοχετευθούν σε πιο προβληματικά κομμάτια του συστήματος υγείας, ώστε να γίνει καλύτερος μελλοντικός σχεδιασμός.

Λόγω των περικοπών στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, που φτάνουν ακόμη και το 1 δις ευρώ, αναμένεται να δυσκολευτεί ακόμη περισσότερο η κατάσταση αφού το σύστημα υγείας θα κληθεί να αντιμετωπίσει την αυξημένη ζήτηση που θα προκύψει, αφού η αναμενόμενη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών θα τους στρέψει σε υπηρεσίες υγείας που θα καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

Βάσει των εκθέσεων του Κυριακόπουλου (2010), έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις των πολιτών στα ιδιωτικά ιατρεία, ενώ αντιθέτως έχουν αυξηθεί κατά 30% περίπου οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Με αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ιδιωτικός τομέας της υγείας, ενώ δυσχέρειες στην χρηματοδότησή τους παρουσιάζουν και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, αφού λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, μειώνεται και η ζήτηση σχετικά με την λήψη νέων ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων υγείας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Είκοσι πέντε χρόνια περίπου μετά την συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. άρχισαν να εμφανίζονται προβληματισμοί σχετικά με την βιωσιμότητά του. Τα αίτια εντοπίζονται κυρίως στην ύπαρξη της εθνικής ύφεσης και στην πίεση της διεθνούς οικονομικής κρίσης, που προκαλούν σημαντικά προβλήματα στην οικονομική και διοικητική λειτουργία του.

Βέβαια υποστηρίζεται έντονα πως το Ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να αναπτυχθεί ως ένα βαθμό, εάν πραγματοποιούταν μία ολοκληρωμένη αναδιάρθρωση που θα βασιζόταν:

- Στην εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας και της σπατάλης
- Στην ορθή ανάπτυξη και οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Στην χρηματοοικονομική και λογιστική διαχείριση των νοσοκομείων
- Στην καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του ιατρικού προσωπικού



- Στην βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας
- Στην συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών
- Στην ανάπτυξη συστημάτων αξιολόγησης και δομών, που θα αφορούν την διαπίστευση των υγειονομικών φορέων και την ποιότητα των υπηρεσιών.

## Βιβλιογραφία

1. Αναγνώστου-Δεδούλη, Α. (2008) Η προσαρμογή του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος στις δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές
2. Αναλυτής, Ν. (2006). Πόρισμα της επιτροπής Σοφών για την αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων,
3. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.), Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, Διαθέσιμο στο: [http://www.ggka.gr/asfalistiko\\_main.htm](http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm)
4. Γραμματεία Πολιτικού Σχεδιασμού και Προγράμματος (Γ.Π.Σ.Π.). (2008). Σημεία πολιτικού λόγου για το ασφαλιστικό
5. Δούκας, Γ. (2008). Σχέδιο νόμου. Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.
6. Κουτρουμάνης, Γ. (2008). Τα προβλήματα και οι αιτίες του ασφαλιστικού. Οι εναλλακτικές προτάσεις για τις λύσεις.
7. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5): 834-840.
8. Μηνακάκης, Β. Κοινωνική ασφάλιση, Εκδ. ΚΨΜ, 2008
9. Ναζάκης, Α. (2015). Αναδιανεμητικό ή κεφαλαιοποιητικό ασφαλιστικό σύστημα; Τι πρέπει να κάνει το εργατικό κίνημα;, Διαθέσιμο στο: [http://www.antitetrada.gr/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=585](http://www.antitetrada.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=585)
10. Νούσκας, Δ. (2015). Συνταξιοδοτικό σύστημα σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, Διαθέσιμο στο: <http://dikigoros-sintakseis-neo-asfalistiko.blogspot.gr>
11. Ρομπόλης, Σ. (2007). Κοινωνική ασφάλιση. Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές.

12. Ρομπόλης, Σ., Ρωμανιάς, Γ., Μαργιός, Β. & Χατζηβασίλογλου, Ι., Αναλογιστική μελέτη ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Εκδ. ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2007
13. Κυριόπουλος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ., Shipkovenska, E., Hristov, J., (2010), Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria - The Challenge of the Cross-border Collaboration, Εκδόσεις: Παπαζήσης
14. Τούντας Γ. (2004), Κοινωνία και Υγεία. Εκδ. Οδυσσέας /Νέα Υγεία, Αθήνα
15. Vicini, S., & Axman, L. (2017). A Comparative Study of Unemployment in the Eurozone and non-Eurozone EU during the Financial Crisis.
16. Lea, R. (2017). The Eurozone: better growth but unemployment still high. Arbuthnot Banking Group, 29.
17. Bofinger, P. (2017). Hartz IV: The Solution to the Unemployment Problems in the Eurozone?. *Intereconomics*, 52(6), 353-357.
18. Hooper, V. (2017). Okun's Law Revisited Within the Context of High Eurozone Unemployment: A Note. *E-Journal of International and Comparative Labour Studies*, 6(2).
19. Liddle, R., Diamond, P., Latham, S., & Brodie, T. (2010). Aftershock: the coming social crisis in the EU and what is to be done. *Europe*, 2020, 69-92.
20. Natali, D. (2010). The Lisbon Strategy, Europe 2020 and the crisis in between (Vol. 69, pp. 93-113). Brussels: Peter Lang.
21. Koopman, G. J., & Szekely, I. P. (2009). The financial crisis and potential growth: Policy challenges for Europe. *ECFIN Economic Brief*, 3, 59-66.
22. Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 450-454.

23. Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis* (Vol. 1). CUP Archive.
24. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
25. Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, 145(3), 308-314.
26. Ruhm, C. J. (2000). Are recessions good for your health?. *The Quarterly journal of economics*, 115(2), 617-650.
27. Kasl, S. V., & Jones, B. A. (2000). The impact of job loss and retirement on health. *Social epidemiology*, 118-136.