

ΑΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΙ ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ :

Η ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ & ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ.

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΠΠΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΛΑΜΑΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ (ΑΜ.6636)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΕΒΕΖΑ 2010

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	6
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	6
1.0. ΎΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ (Ι.Κ.Α.)	6
1.1.1 Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.	8
1.1.2. Η ΙΑΤΡΙΚΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.	9
1.1.3. ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.1.4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
1.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΑΕΕ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	19
1.3. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (Ο.Π.Α.Δ.)	22
1.3.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.	22
1.3.2. Η ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.	24
1.3.3. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.	28
1.3.4. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΠΑΔ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
1.4. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.)	30
1.4.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.	31
1.4.2. ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.	33
1.4.3. ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.	34

1.4.4. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.	36
1.4.5. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.	37
1.4.6. Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο Ο.Γ.Α.	38
1.4.7. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΓΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ - Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	39
1.5. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΥ ΝΑΥΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	41
Η ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ	41
2.1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ	46
2.1.1. ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΑΜΕΙΩΝ	46
2.2. ΤΑ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	50
3.0. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	50
3.1. ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	50
3.1.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ	51
3.1.2. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	53
3.1.3. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	53
3.1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	57
3.2. ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	60
3.3. ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	63
3.3.1. ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ	63
3.3.2. ΤΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	65

3.3.3.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΥΓΕΙΑ	66
3.4.Η ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.	67
3.5.Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.	74
3.6.ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή ασφάλισης στους δικαιούχους υπήρξε διαχρονικά αποστολή πρωταρχικής σημασίας και συνεχίζει να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πεδία δραστηριοτήτων του εκάστοτε ασφαλιστικού οργανισμού. Το καθεστώς των παροχών ασφάλισης στοχεύει στην άσκηση μιας δικαιότερης κοινωνικής πολιτικής, με αποδέκτες τους ανέργους και εργαζομένους που έχουν ανάγκη, καθώς συνιστά έναν αναδιανεμητικό μηχανισμό. Η λειτουργία αυτού του μηχανισμού υποχρεώνει αμφότερος εργοδότη και εργαζόμενο, στην καταβολή εισφορών.

Οι αναπτυγμένες χώρες αντιμετωπίζουν σοβαρά το ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης σαν μέσο εξασφάλισης ποιοτικά ικανοποιητικής ζωής για το σχετικά γερασμένο τμήμα του πληθυσμού τους.

τα στοιχεία που συνθέτουν τρία από τα βασικότερα ταμεία ασφάλισης της χώρας μας, είναι αυτά του Ι.Κ.Α., του Ο.Γ.Α. και του Ο.Π.Α.Δ., τα οποία αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες¹

Το κάθε ταμείο χωριστά ακολουθεί διαφορετική πολιτική στην αντιμετώπιση των ασφαλισμένων του, ωστόσο υπάρχουν κάποιοι γενικοί κανόνες που ακολουθούνται, με κατεύθυνση την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βελτίωση του συστήματος ασφάλισης. Αυτούς τους κανόνες, καθώς και τις διευκολύνσεις που παρέχουν θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε με την παρουσίασή τους.²

¹ Κουσνέρ Μ(1996), Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα

² Σιγάλας Ι., (2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

1.0. ΊΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ (Ι.Κ.Α.)

Στην μακρόχρονη πορεία του το Ι.Κ.Α., από την ημέρα της ίδρυσής του, μέχρι σήμερα, πέρασε από πολλές φάσεις ανάπτυξης.

Η αρχική όμως πορεία του Ι.Κ.Α., δεν άλλαξε. Το μόνο που άλλαξε, είναι το πλήθος των ασφαλισμένων, οι διάφορες κατηγορίες και ειδικότητες, που πια καλύπτονται από το Ι.Κ.Α.

Και δεν είναι μόνο αυτό. Το Ι.Κ.Α., μέσω του Τομέα Υγείας, στις δικές του Μονάδες Υγείας (νομαρχιακές, τοπικές κλπ μονάδες) παρέχει, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους του.

Έτσι σήμερα, το Ι.Κ.Α. έφτασε να είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας. Διαθέτει 331 Μονάδες Ασφάλισης και 364 Μονάδες Υγείας. Παρέχει περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτεί 845.000 συνταξιούχους.

Την πορεία αυτή, το Ι.Κ.Α. την οφείλει κατά ένα μεγάλο μέρος στις Διοικήσεις που πέρασαν, από την ημέρα της ίδρυσής του, μέχρι σήμερα.

Το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ., ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας, ανταποκρινόμενος στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, υλοποιεί ένα πρόγραμμα εκσυγχρονισμού της οργάνωσης και των διαδικασιών του υιοθετώντας τα επιτεύγματα της σύγχρονης τεχνολογίας, με στόχο την βέλτιστη εξυπηρέτηση του πολίτη.³

³ Κωνσταντοπούλου Α(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>

Η ανάπτυξη του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (Ο.Π.Σ.-Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.) αποτελεί τον κύριο άξονα της υλοποίησης του εκσυγχρονιστικού προγράμματος και καλύπτει το σύνολο των λειτουργιών και διαδικασιών του ιδρύματος.

Οι κυριότερες αλλαγές που επέρχονται στο σύστημα ασφαλίσεως του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. από 1/1/2002 και αφορούν τους ασφαλισμένους συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω:

Απογραφή ασφαλισμένων και ασφαλιστική ταυτότητα

Ασφαλιστική τακτοποίηση

Ατομικοί Λογαριασμοί Ασφαλισμένων - Ασφαλιστική ιστορία

Απεικόνιση της ασφάλισης

Ασφαλιστική ικανότητα⁴

⁴ Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt

1.1.1 Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. καλύπτει τους εργαζομένους που παρέχουν:

Εξαρτημένη εργασία ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη τους (Ιδιωτικός Τομέας - Δημόσιος Τομέας , ΝΠΔΔ κ.λπ.) και εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου φορέα κύριας ασφάλισης.

Εξαρτημένη εργασία στο εξωτερικό για λογαριασμό εργοδότη που εδρεύει στην Ελλάδα, με την προϋπόθεση η χώρα που εργάζεται να μην έχει με την Ελλάδα διμερή σύμβαση ή να μην ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Την προσωπική τους εργασία με σύμβαση εκμίσθωσης έργου κατά κύριο ή συγκύριο επάγγελμα, εφόσον για την εργασία τους αυτή δεν υπάγονται στην ασφάλιση κάποιου άλλου Φορέα Κύριας Ασφάλισης.

Τα μέλη οικογένειάς τους.

Τους αλλοδαπούς.

Επίσης καλύπτονται διάφορες κατηγορίες προσώπων, που παρέχουν την εργασία τους σε μη σταθερό εργοδότη και οι αυτοτελώς απασχολούμενοι, που στερούνται επαγγελματικής στέγης (φορτοεκφορτωτές, στιλβωτές υποδημάτων, πωλητές Λαϊκού Λαχείου, εφημεριδοπώλες, εκδοροσφαγείς, νεκροπομποί, αποκλειστικές νοσοκόμες, πλανόδιοι και υπαίθριοι μικροπωλητές). Η ασφάλιση των προσώπων αυτών γίνεται μέσω σωματείων ή ασφαλιστικών συνεταιρισμών.⁵

Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και όχι προαιρετική. Αυτό σημαίνει ότι, η ασφάλιση δεν εξαρτάται από τη θέληση του εργαζομένου ή του εργοδότη και αρχίζει από την πρώτη μέρα

⁵ Karokis A., Sissouras A(1994)., The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

εργασίας. Με την ασφάλισή του ο εργαζόμενος γίνεται δικαιούχος πολλών παροχών τόσο από το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. όσο και από άλλους οργανισμούς.⁶

1.1.2. Η ΙΑΤΡΙΚΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α.

Το πλήρες φάσμα των παρεχομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. παρατίθεται επιγραμματικά. Ο ασφαλισμένος δικαιούχος ιατρικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα:

Να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (τα οποία λειτουργούν επί 12ωρο) και στα ιδιωτικά τους ιατρεία, όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί.

Να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό, όπου ισχύει ο θεσμός

Για ιατρική εξέταση να απευθύνονται στο τηλέφωνο 184 για προγραμματισμό ραντεβού με γιατρό της επιλογής τους ή με άλλο διαθέσιμο γιατρό της ίδιας ειδικότητας στις περισσότερες μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. Για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση τα ραντεβού για ιατρική εξέταση, κλείνονται από το τηλέφωνο και όχι με φυσική παρουσία στις Τοπικές Γραμματείες για την αποφυγή ταλαιπωρίας, περιμένοντας σε ουρές αναμονής.

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού μπορούν να προσέλθουν στη Μονάδα Υγείας στην οποία υπάγονται, χωρίς να έχουν κλείσει ραντεβού και να εξυπηρετηθούν άμεσα μετά την κρίση του επείγοντος από τους αρμόδιους ελεγκτές γιατρούς ή τον Διευθυντή της Μονάδας.⁷

- Να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό στις αγροτικές περιοχές.
- Να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας.

⁶ Πολυεικής Α.,(2007), Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-7-2009 από [http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%)

⁷ Αλεξιάδης Α(2000),Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ

- Να καλούν κατ' οίκον ιατρό του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. στο σπίτι όταν είναι κλινήρεις και δεν μπορούν να μετακινηθούν.
- Να κάνουν γενικές ή ειδικές εξετάσεις (όπως αίματος, ακτινογραφίες, αξονικές, μαγνητικές και λοιπά) ή ειδικές θεραπείες (όπως φυσικοθεραπείες) σε εργαστήρια του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. ή σε συμβεβλημένα με το Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. εργαστήρια, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων.
 - Να εντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα.
 - Να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση.
 - Να καλούν τις πρώτες βοήθειες στις περιπτώσεις ανάγκης.
- Να καταφεύγουν για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά στους ΣΑΒ του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.
- Να ζητήσουν να ενταχθούν στο πρόγραμμα της κατ' οίκον τακτικής περίθαλψης (κατάκοιτοι υπερήλικες)
 - Να συμμετέχουν σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής.
- Να ζητούν την απόδοση της δαπάνης, σύμφωνα με την κρατική διατίμηση, για την αμοιβή που κατέβαλλαν σε ιδιώτη ιατρό για επίσκεψη και φάρμακα που χορηγήθηκαν, καθώς και για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε μη συμβεβλημένα με το Ι.Κ.Α. εργαστήρια, σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθένειας.

Όταν το παραπεμπτικό για την πραγματοποίηση των παρακλινικών εξετάσεων, το δίνει ο γιατρός του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ., η προθεσμία υποβολής της αίτησης για την απόδοση της δαπάνης είναι 6μηνη, η οποία υπολογίζεται από την ημερομηνία εκτελέσεως των παρακλινικών εξετάσεων.⁸

⁸ Βότσης Γ(1997),Ο κοινωνικός αποκλεισμός στο καθημερινό λόγο, Ελευθεροτυπία

Όταν το παραπεμπτικό για εξετάσεις το δίνει ιδιώτης γιατρός, η προθεσμία υποβολής της αίτησης είναι 30 ημέρες και υπολογίζεται από την ημερομηνία εκτελέσεως των παρακλινικών εξετάσεων.

Οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από τους γιατρούς του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. για την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων και την πλήρη ανάρρωσή τους. Οι οδηγίες που δίνει ο γιατρός πρέπει να τηρούνται αυστηρά για να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η., εξυπηρετούνται όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων είτε από γιατρούς του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. που επισκέπτονται ή απασχολούνται στα Κ.Α.Π.Η. είτε από ιδιώτες γιατρούς που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. και συνταγογραφούν σε συνταγολόγια που χορηγεί το ίδρυμα.

Συνταγές του ιδρύματος μπορούν να εκδίδουν κάτω από προϋποθέσεις που θέτει η Διοίκηση του ιδρύματος και οι γιατροί των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).⁹

Αν δεν υπάρχει στην Μονάδα του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. γιατρός ειδικότητας ή ο ασφαλισμένος εξυπηρετείται από αγροτικό γιατρό ή γιατρό Ι.Κ.Α. χωρίς ειδικότητα, θα πρέπει να επισκεφθεί γιατρό της σχετικής με την πάθησή του ειδικότητας (του Ι.Κ.Α. ή του Ε.Σ.Υ.) προκειμένου να προμηθευτεί γνωμάτευση στην οποία θα καθορίζεται η ειδική φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται. Με την γνωμάτευση αυτή θα μπορούν άλλοι γιατροί του Ι.Κ.Α., χωρίς ειδικότητα ή αγροτικοί, να εκδίδουν συνταγές με το θεραπευτικό σχήμα που καθόρισε ο γιατρός ειδικότητας. Η γνωμάτευση του γιατρού ειδικότητας μπορεί να έχει ισχύ μέχρι και δύο χρόνια, εφόσον δεν ορίζεται μικρότερο χρονικό διάστημα. Μετά τη παρέλευση της διαρκείας είναι απαραίτητο να καθοριστεί εκ νέου το θεραπευτικό σχήμα από γιατρό ειδικότητας.

Η συνταγή πρέπει να εκτελεστεί εντός (5) εργασίμων ημερών από την έκδοση της, αλλιώς θεωρείται άκυρη. Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα:

⁹ Ε. Μωραΐτης, Τ. Κουρή-Ζαραφωνίτη, Μ.Π. Μερκούρης(1990) Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1: 5-23,

- Δεν πληρώνουν συμμετοχή οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που χορηγούνται σε εργατικό ατύχημα και για τα φάρμακα που χορηγούνται στη μητρότητα (κύηση - τοκετός - λοχεία) και μόνο για την αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών.
- Παιδιά και ενήλικες για εμβολιασμούς του εγκεκριμένου κάθε φορά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Εθνικού προγράμματος εμβολιασμού.
- Οι πάσχοντες από καρκίνο ή λευχαιμία για τα φάρμακα που έχουν σχέση με την πάθησή τους καθώς και αυτά που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών της νόσου.
 - Οι διαβητικοί για την ινσουλίνη.
- Οι πάσχοντες από ψυχώσεις (για τα νευροληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα).
 - Οι επιληπτικοί (για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα).
- Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (για τα φάρμακα αποσιδήρωσης και των επιπλοκών της νόσου).
 - Οι αιμορροφιλικοί (για τους αντ αιμορροφιλικούς παράγοντες).
 - Οι πάσχοντες από υποφυσιογενή νανισμό (για την αυξητική ορμόνη).
 - Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και παραπληγικοί και τετραπληγικοί, καθώς και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων, για όλα ανεξαρτήτως τα φάρμακα.
- Οι ασφαλισμένοι για τα κυτταροστατικά και ανοσορρυθμιστικά φάρμακα, με τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία, ανεξάρτητα της πάθησης από την οποία πάσχουν
- Οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που προμηθεύονται από τα φαρμακεία και την αποθήκη του ιδρύματος ή από τα Κρατικά Νοσοκομεία.

- Οι HIV θετικοί ασθενείς για τα αντιρετροϊκά φάρμακα που συνταγογραφούνται από τα αναγνωρισμένα κέντρα αναφοράς για τη διάγνωση του AIDS και τις αναγνωρισμένες νοσοκομειακές μονάδες ειδικών λοιμώξεων.
- Οι ασφαλισμένοι για τα φάρμακα που προμηθεύονται από τα φαρμακεία του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. ή τα κρατικά νοσοκομεία.
 - Οι ασφαλισμένοι που κάνουν χρήση σκιαγραφικών ουσιών.¹⁰

Πληρώνουν μειωμένη συμμετοχή 10% για τα φάρμακα, που χορηγούνται στις παρακάτω παθήσεις:

- Νόσο του PARKINSON και δυστονίες (για τα αντιπαρκινσονικά φάρμακα).
- Αποιο διαβήτη (αντιδιουρητική ορμόνη και τα συνθετικά ομόλογά της)
- Χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια, συγγενής καρδιοπάθεια, στεφανιαία νόσος και υπερλιπιδαιμίες.
- Νοσήματα του συνδετικού ιστού (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληροδερμία, δερματομυοσίτις, αγγειίτιδες, ρευματοειδής αρθρίτις, αγγυλωτή σπονδυλοαρθρίτις, ψωριασική αρθρίτις).
- Οστεοπόρωση και νόσο PAGET (για τα φάρμακα που επηρεάζουν το μεταβολισμό των οστών).
 - Μυασθένεια (για τα παρασυμπαθομιμητικά και κορτικοειδή φάρμακα).
 - Φυματίωση.
 - Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
 - Κληρονομικό αγγειοοίδημα.

¹⁰ Πολυνείκης Α.,(2007), Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-7-2009 από [http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%)

- Αδένωμα υπόφυσης.
 - Ελκώδη κολίτιδα.
 - Νόσο του CROHN.
 - Κίρρωση του ήπατος.
 - Συγγενή ιχθύαση.
- Χρόνια και επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια.
 - Βιταμινεξαρτώμενη ραχίτιδα.

Πληρώνουν επίσης μειωμένη συμμετοχή 10% για τα φάρμακα οι συνταξιούχοι που δικαιούνται του επιδόματος Ε.Κ.Α.Σ. (για όσο χρόνο το δικαιούνται) και τα μέλη της οικογένειάς τους από 01/01/1999.

Στους ασφαλισμένους που πάσχουν από μεταβολικά νοσήματα ή παρουσιάζουν διαταραχή στην απορρόφηση τροφών, χορηγούνται δωρεάν τα ειδικά προϊόντα και σκευάσματα ειδικής διατροφής.

Το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού που προμηθεύονται από το εμπόριο είναι 25% με εξαίρεση τις παρακάτω περιπτώσεις.

Ειδικότερα δεν καταβάλλουν συμμετοχή:

Οι ασφαλισμένοι με χρόνιες παθήσεις για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών υγειονομικού υλικού.

Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκαταστάσεως ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων και

οι HIV θετικοί ασθενείς, για το σύνολο του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού που έχουν ανάγκη.¹¹

Φάρμακα που αφορούν θεραπεία υψηλού κόστους διατίθενται από τα φαρμακεία του ιδρύματος δωρεάν. Επίσης για ορισμένα φάρμακα απαιτείται έγκριση από Ειδική Επιτροπή του Ιδρύματος, λόγω υψηλού κόστους ή συνταγογράφησή τους για μη εγκεκριμένες από τον Ε.Ο.Φ. ενδείξεις. Για τα παραπάνω είναι ενήμεροι οι συνταγογράφοι γιατροί του ιδρύματος που οφείλουν να χαρακτηρίζουν σχετικά τις συνταγές Ι.Κ.Α. και να καθοδηγούν τον ασφαλισμένο. Σημειώνεται εδώ ότι οι απαιτήσεις αρκετών ασφαλισμένων για όλο και περισσότερα φάρμακα δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην υγεία τους.¹²

1.1.3. ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών του Ιδρύματος για τον κλάδο υγείας είναι, τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα υψηλός (φτάνει και το 10%), υπονομεύοντας τη μακροχρόνια βιωσιμότητα, όχι μόνο του συγκεκριμένου κλάδου αλλά και συνολικά του ΙΚΑ. Και ερχόμαστε στο σήμερα.Στα πλαίσια του επιχειρησιακού σχεδίου για το 2008-2010, το ΙΚΑ προχωρά¹³:

1. στη διαχείριση των δαπανών υγείας από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα,

¹¹ Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ(2002)., Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη

¹² Τούντας Γ.,(2003), Οικονομία της υγείας, Ανάκτηση στις 15-7-2009 από <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>

¹³ ECONOMIST.,(2008),Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από http://www.economist.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4859:%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1%20%CE%A6%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82&catid=9&Itemid=10

2. την πλήρη μηχανογράφηση των φαρμακευτικών δαπανών,
3. στην ηλεκτρονική επεξεργασία των λογαριασμών των συμβεβλημένων νοσοκομείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων,
4. στη μηχανογραφημένη εκκαθάριση των χρεώσεων από τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία, για ιατρικές και νοσοκομειακές πράξεις,
5. και στον καθορισμό - από τις Υγειονομικές Υπηρεσίες - ανώτατων τιμών σε σειρά υγειονομικών υλικών. ενώ έχει προβεί ήδη σε διαγωνισμούς που αφορούν:
 - στη δημιουργία L.I.S. και M.I.S. για τα 24 μεγάλα εργαστήρια,
 - ? καθώς και στην αυτοματοποιημένη διαχείριση συνταγών φαρμάκων.

Η μηχανογράφηση των δαπανών και η ολοκλήρωση του ΟΠΣ αντιμετωπίζει μεν το μείζον ζήτημα της παρακολούθησης και του ελέγχου των δαπανών υγείας, δεν επιλύει όμως τα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα του κλάδου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχει το ΙΚΑ.¹⁴

¹⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή(1992), Οριοθέτηση Κοινωνικού Αποκλεισμού, http://ec.europa.eu/index_el.htm

1.1.4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο Επιχειρησιακό Σχέδιο του 2010 προβλέπεται ο διαχωρισμός των Κλάδων Ασφάλισης και Υγείας. Αυτό σημαίνει αυτοτέλεια του κλάδου υγείας και ειδικότερα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενισχυμένης και οργανωμένης με σύγχρονα συστήματα διοίκησης μονάδων υγείας, για τη διασφάλιση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους μας.

Η αυτοτέλεια του κλάδου υγείας επιτυγχάνει ικανοποίηση των 4 αρχών που ανέφερα στην αρχή, κλινική αποτελεσματικότητα, οικονομική αποτελεσματικότητα, κοινωνική δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση και υψηλή παραγωγικότητα. Αυτό γιατί ο κλάδος υγείας:

1. παραμένει εντός του θεσμικού πλαισίου του ΙΚΑ, με κάθε κλάδο να έχει δικά του κτίρια, διοικητικές, οικονομικές και λειτουργικές υπηρεσίες και λειτουργεί με ανεξάρτητο προϋπολογισμό με ετήσιους στόχους, χωριστή χρηματοδότηση, κ.λ.π., κάτι που εξασφαλίζει διαφάνεια, αφού ήδη ο κλάδος υγείας και σύνταξης έχουν χωριστές εισφορές (27% ο κλάδος σύνταξης, 7,65% ο κλάδος υγείας),¹⁵
2. συνεχίζει, χωρίς τριβές και προβλήματα προσαρμογής, με το ίδιο εργασιακό καθεστώς των γιατρών του ΙΚΑ, οι οποίοι αντίθετα με το ΕΣΥ, έχουν συμβάσεις που επιτρέπουν και ιδιωτική δραστηριότητα,
? αποκτά το δικό του εξειδικευμένο διοικητικό προσωπικό, το οποίο σήμερα ανήκει στις διοικητικές μονάδες του ΙΚΑ, καθώς και ικανοποιητικό νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό, που σήμερα είναι ανεπαρκές,
3. διατηρεί τη σχέση του με τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και συνεχίζει με τις ίδιες παροχές, με αλλαγές που έχουν να κάνουν μόνο με την πλήρη διαφάνεια και τη διασφάλιση της ποιότητάς τους.

Αξίζει εδώ να τονιστεί ότι με εξασφαλισμένη την υποδομή, το επιστημονικό προσωπικό και την οργάνωση και με δεδομένη τη διαφάνεια στην κοστολόγηση, ο αυτοτελής οργανωτικά κλάδος υγείας του ΙΚΑ μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες και σε ασφαλισμένους άλλων ταμείων,

¹⁵ Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,

με βάση το δημόσιο τιμολόγιο και κάλυψη της δαπάνης είτε από το Ταμείο τους είτε από το Δημόσιο Προϋπολογισμό, εάν και μόνο εάν είναι ανταγωνιστικός.

Ταυτόχρονα, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ μπορούν να συνεχίσουν με τους σημερινούς όρους και το δημόσιο τιμολόγιο να νοσηλεύονται στα δημόσια νοσοκομεία, με χρηματοδότηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (κλάδος ασφάλισης), ενώ με τον τρόπο αυτό μπορεί να γίνει και διαφοροποίηση των πακέτων κάλυψης και συμμετοχής στο κόστος, ώστε να επιτευχθεί ο βέλτιστος έλεγχος των δαπανών υγείας, αλλά ταυτόχρονα κοινωνική δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση.¹⁶

¹⁶ Καβουνίδη Τ(2000), Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής, δημοσιευμένο στο Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, έκδοση ΕΚΚΕ, τ. Β', σελ. 47-79

1.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΑΕΕ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Τον τελευταίο χρόνο παρατηρήθηκαν προβλήματα ρευστότητας στον ΟΑΕΕ, γεγονός που οδήγησε το ταμείο στη ρευστοποίηση ομολόγων για την πληρωμή των υγειονομικών υποχρεώσεων του ταμείου απέναντι στους ασφαλισμένους. Δυστυχώς κατά τη διάρκεια της ενοποίησης του ΟΑΕΕ μεταφέρθηκαν τελικά ελλείμματα, αλλά όχι ταμειακά αποθέματα, λυγίζοντας και το υγιές, μέχρι το 2006, ΤΕΒΕ.¹⁷

Την εικόνα συνθέτουν τα εξής δεδομένα, τα οποία προέρχονται από κυβερνητικές εκθέσεις και την ομοσπονδία των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία¹⁸:

1. Αναλογιστική μελέτη του υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας εκτιμά το έλλειμμα του ΟΑΕΕ, σε 51,9 δις. ευρώ. Η αξία των δικαιωμάτων σε υγειονομική περίθαλψη υπολογίζεται σε 48,4 δις. ευρώ, ενώ η περιουσία του ταμείου είναι μόλις 588 εκ. ευρώ και μπορεί να καλύψει μόλις το 1,21% των υποχρεώσεων.
2. Για το 2008 ο προϋπολογισμός του ΟΑΕΕ προβλέπει έλλειμμα της τάξης των 220 εκατ. ευρώ, αλλά υπολογίζεται όμως ότι θα απαιτηθούν συνολικά 300-350 εκατ. ευρώ, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του έτους και για την πληρωμή των υγειονομικών υποχρεώσεων μέχρι τα Χριστούγεννα. Ήδη το πρώτο εξάμηνο του 2008 δόθηκαν στον ΟΑΕΕ 218 εκ. ευρώ.
3. Μέχρι στιγμής η ανάγκη κάλυψης των ελλειμμάτων οδήγησε στην εκποίηση ομολόγων αξίας 80 εκ. ευρώ, ενώ από την 1^η Ιουνίου αυξήθηκαν κατά 13,3% στον κλάδο υγείας.
4. Τα τρία ταμεία ΤΕΒΕ – ΤΣΑ – ΤΑΕ κατά την ενοποίηση 1/1/2007 και βάσει των στοιχείων 31/12/2006 δεν μετέφεραν στον ΟΑΕΕ ταμειακά διαθέσιμα, αλλά αντίθετα

¹⁷ OECD, 1996, Health Data

¹⁸ EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf

ανεξόφλητες μεγάλες υποχρεώσεις (ΤΑΕ και ΤΣΑ) που επιβάρυναν την οικονομική κατάσταση του φορέα.

5. Το διαχρονικό έλλειμμα που προκάλεσε η ενοποίηση υπολογίζεται σε 750 εκ. ευρώ.
6. Το ΤΕΒΕ προτού γίνει η ενοποίηση είχε χρηματική απαίτηση από την Πολιτεία συνολικού ύψους 207 εκ. ευρώ προερχόμενη από την μη καταβολή της διμερούς συμμετοχής των ετών 1995 – 2001, βάσει του νόμου 2084/92.

Στο τέλος του 2004 η Πολιτεία αντί εξόφλησης σε μετρητά χορήγησε στον ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ) ομόλογα Ελληνικού Δημοσίου αντίστοιχου ποσού, με τη δυνατότητα ρευστοποίησης του 10% κάθε χρόνο. Το ΤΕΒΕ μέχρι την ενοποίηση δεν έκανε καμία χρήση του δικαιώματος αυτό για το λόγο ότι υπήρχαν ταμιακά διαθέσιμα για την πληρωμή των υγειονομικών υποχρεώσεων. Εάν συνεπώς αντί ομολόγων παραδίδονταν στον ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ) μετρητά, διότι οι εισφορές καταβάλλονται σε μετρητά, τότε ο ΟΑΕΕ θα είχε σήμερα διαθέσιμα για την πληρωμή των υποχρεώσεων υγείας και κατά συνέπεια δεν θα υπήρχε λόγος πώλησης μετοχών που απεφάσισε το ΔΣ στις 17/9/2007 (με τη μειοψηφία μόνο ενός μέλους). Η αξία των ομολόγων του ΟΑΕΕ υπολογίζεται σε 400 εκ. ευρώ.¹⁹

Θυμίζουμε ότι κατά την ψήφιση του νόμου 2676/99, στο αίτημα της διοίκησης του Ταμείου, της ΓΣΕΒΕΕ και της Ένωσης Επιμελητηρίων να καλυφθούν τα ελλείμματα των ενοποιηθέντων ταμείων (ιδιαίτερα του ΤΑΕ και ΤΣΑ) από τον κρατικό προϋπολογισμό, η τότε κυβέρνηση απάντησε ότι θα καλυφθούν από τον ΛΑΦΚΑ, που ως γνωστό καταργήθηκε από 1/7/05.

Σήμερα η κατάσταση είναι δύσκολη. Ο ΟΑΕΕ προχώρησε σε αυξήσεις εισφορών για να καλύψει τις υποχρεώσεις του, παρά τις αντίθετες διαβεβαιώσεις. Οι υποχρεώσεις επιβαρύνθηκαν κατά 203 εκ. ευρώ, καθώς το ΙΚΑ ζητά να του καταβληθεί χρέος που προέρχεται από το πρώην ΤΣΑ. Αν συνεχιστεί η τακτική των ρευστοποιήσεων, το 2009 ο ΟΑΕΕ δεν θα έχει τίποτα άλλο

¹⁹ Commission of the European Communities, DG V, 2001: National policies to combat social exclusion. First Annual Report of the European Community Observatory. Edited by Graham Room.

να πουλήσει για να πληρώσει τις υποχρεώσεις του στους ασφαλισμένους σε σχέση με την υγεία.

20

²⁰ Strobel, Pierre, 1996: From poverty to exclusion: a wage-earning society or a society of human rights? *International Social Science Journal*, 148, June 1996, 173-189

1.3.ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (Ο.Π.Α.Δ.)

Αποστολή του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) είναι η οργάνωση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου, η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας αυτής, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησής της, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων των πόρων του Δημοσίου.²¹

1.3.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.

Ως «δικαιούχοι» νοούνται όλοι οι ασφαλισμένοι, οι οποίοι κάτω από τις νόμιμες προϋποθέσεις δικαιούνται την περίθαλψη, την οποία παρέχει ο Ο.Π.Α.Δ.

Δικαιούχοι από τον Ο.Π.Α.Δ. παρεχόμενης περίθαλψης είναι κυρίως εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιες κατηγορίες ασφαλισμένων:

1. Οι τακτικοί δημόσιοι πολιτικοί υπάλληλοι.
2. Οι εξ ίδιας υπηρεσίας πολιτικοί και στρατιωτικοί συνταξιούχοι του Δημοσίου.
3. Τα τακτικά μέλη της Ακαδημίας Αθηνών.
4. Το προσωπικό της Ελληνικής Αστυνομίας και του Πυροσβεστικού Σώματος.
5. Οι εκ μεταβιβάσεως συνταξιούχοι του Δημοσίου, εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό φορέα.
6. Οι μόνιμοι άνδρες του Σώματος της Αγροφυλακής που κατέχουν οργανικές θέσεις και οι συνταξιούχοι και τα μέλη των οικογενειών τους.

²¹ Τούντας Γ.,(2003), Οικονομία της υγείας, Ανάκτηση στις 15-7-2009 από <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>

7. Το τακτικό προσωπικό που υπηρετούσε στον Οργανισμό Σχολικών Κτιρίων (ΟΣΚ) κατά το χρόνο της μετατροπής του σε ανώνυμη εταιρεία και τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι και όσοι εκ των ανωτέρω θα συνταξιοδοτηθούν και τα μέλη των οικογενειών τους.

8. Το τακτικό προσωπικό που υπηρετούσε στον Οργανισμό Διαχείρισεως Δημόσιου Υλικού (Ο.Δ.Δ.Υ.) κατά το χρόνο της μετατροπής του σε ανώνυμη εταιρεία και τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και όσοι εξ αυτών θα συνταξιοδοτηθούν ή όσοι συνταξιοδοτήθηκαν από τη δημοσίευση του Ν. 1813/1988 και τα μέλη των οικογενειών τους.

9. Τα μέλη της οικογενείας του ασφαλισμένου στο Δημόσιο κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους στα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης.

10. Οι βουλευτές και τα μη έχοντα την ιδιότητα του βουλευτού μέλη του Υπουργικού Συμβουλίου και τα μέλη των οικογενειών τους.²²

11. Οι διατελέσαντες βουλευτές που δεν λαμβάνουν σύνταξη από το Δημόσιο γιατί δεν έχουν συμπληρώσει τον προβλεπόμενο χρόνο θητείας σαν βουλευτές και τα μέλη των οικογενειών τους υπό τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις που παρέχεται η περίθαλψη στους συνταξιούχους βουλευτές και στα μέλη των οικογενειών τους. Οι παραπάνω βουλευτές δικαιούνται υγειονομική περίθαλψη σε βάρος του Ο.Π.Α.Δ. μόνο όταν συμπληρώσουν το όριο ηλικίας που απαιτείται για την συνταξιοδότηση των βουλευτών και εφόσον δεν δικαιούνται περίθαλψη από άλλο ασφαλιστικό φορέα πλην των ασφαλισμένων στον Ο.Γ.Α., οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν είτε την περίθαλψη από τον Ο.Π.Α.Δ., είτε αυτή του Ο.Γ.Α.

12. Το τακτικό προσωπικό που υπηρετούσε στο Ταμείο Εθνικής Οδοποιίας (Τ.Ε.Ο.) κατά το χρόνο της μετατροπής του σε ανώνυμη εταιρεία και τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι και όσοι εκ των ανωτέρω θα συνταξιοδοτηθούν και τα μέλη των οικογενειών τους.

13. Οι τακτικοί υπάλληλοι του Ταμείου Χρηματοδοτήσεως Δικαστικών Κτιρίων και τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι του και τα μέλη των οικογενειών τους.

²² Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

14. Το τακτικό προσωπικό των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων που διέπεται από τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους (άρθρο 2 Ν. 2512/1997).

15. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία και ιδρύματα που έχουν υπαχθεί στις διατάξεις των Ν.Δ των 2592/1953, Ν. 1397/1983 και Ν. 1579/1985, εφόσον δεν δικαιούνται περίθαλψη από άλλο ασφαλιστικό φορέα .

16. Οι ιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ.

17. Το μόνιμο προσωπικό των Κέντρων Παιδικής Μέριμνας και το μόνιμο βοηθητικό προσωπικό των Κρατικών Παιδικών Σταθμών και των Κρατικών Βρεφονηπιακών Σταθμών που υπάγεται στο συνταξιοδοτικό καθεστώς του Δημοσίου.

18. Το προσωπικό του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε.) και τα μέλη των οικογενειών τους.²³

1.3.2. Η ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.

Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασθενούς, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο. Επίσης, περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και την θεραπεία του ασθενούς. Ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα δύο επισκέψεων το μήνα για κάθε ειδικότητα ανάλογα με την πάθησή του, εκτός της παιδιατρικής, για την οποία το δικαίωμα είναι τέσσερις (4) επισκέψεις τον μήνα. Για επισκέψεις πέραν του ανωτέρω αριθμού ανά μήνα σε ιατρό ίδιας ειδικότητας, η αναγνώριση της δαπάνης είτε αυτές γίνονται από τον ίδιο το θεράποντα ιατρό, είτε γίνονται από άλλο ιατρό της ίδιας ειδικότητας, απαιτείται έγκριση από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό. Επισκέψεις ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας χορηγούνται στους ενήλικες μέχρι τέσσερις (4) εν συνόλω το μήνα, ενώ για τους ανήλικους οκτώ (8) εν συνόλω το μήνα μετά από έγκριση του ελεγκτή ιατρού.

²³ Παρασκευόπουλος Λ.,(2006), Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από <http://www.google.gr>

Η περίθαλψη παρέχεται από ιατρούς όλων των αναγνωρισμένων στην Ελλάδα ειδικοτήτων, πολυϊατρεία, τμήματα εξωτερικών ιατρείων ιδιωτικών κλινικών και γενικότερα μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Π.Δ. 84/2001, οι οποίες έχουν την αντίστοιχη άδεια λειτουργίας. Η περίθαλψη παρέχεται επίσης και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, των ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων.

Οι παρακλινικές εξετάσεις εκτελούνται με επιλογή του ασφαλισμένου από εργαστηριακούς ιατρούς, όλων των αναγνωρισμένων στην Ελλάδα αντίστοιχων ειδικοτήτων, διαγνωστικά εργαστήρια, πολυϊατρεία και γενικότερα φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Π.Δ. 84/2001. Η περίθαλψη αυτή παρέχεται επίσης και στα εξωτερικά ιατρεία των Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, χωρίς έγκριση ελεγκτή ιατρού.²⁴

Ο Ο.Π.Α.Δ. παρέχει στους ασφαλισμένους του τα ενδεδειγμένα για την πρόληψη, θεραπεία, διάγνωση από τη νοσηρή κατάστασή τους φάρμακα και ουσίες που περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων και εκτός ενιαίου καταλόγου, εφόσον κρίνονται αναντικατάστατα, καθώς και τα εμβόλια, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα παρέχονται μόνον εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα. Κατ' εξαίρεση δύναται να αναγνωρίζεται και να καταβάλλεται η αξία ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

Τα φάρμακα χορηγούνται από φαρμακεία και μόνο βάσει συνταγών του ενιαίου τύπου συνταγολογίου των ασφαλισμένων του Ο.Π.Α.Δ. που εκδίδονται από τον αρμόδιο θεράποντα ιατρό ή οδοντίατρο και έχουν θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό ή οδοντίατρο, όπου τούτο προβλέπεται από τις ισχύουσες σχετικές διατάξεις.

²⁴ WHO Health for all database, Regional Office for Europe

Η εκτέλεση της συνταγής από τα συμβεβλημένα φαρμακεία και η παραλαβή του φαρμάκου από το δικαιούχο βεβαιώνεται με την υπογραφή επί της συνταγής του φαρμακοποιού που την εκτέλεσε ή του υπεύθυνου του φαρμακείου που θέτει τη σφραγίδα του φαρμακείου και την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής και με υπογραφή επί της συνταγής αυτού που παρέλαβε το φάρμακο.

Σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, δύναται να καταβάλλεται από τον οργανισμό η δαπάνη για τα φάρμακα που χορηγήθηκαν χωρίς έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή ιατρού, εφόσον πιστοποιήσει τούτο ο θεράπων ιατρός επί της εντολής. Ειδικά φάρμακα, διαγνωστικές ουσίες, εφόσον δεν υπάρχει ένδειξη θεραπείας για συγκεκριμένη ασθένεια, θα χορηγούνται μετά από έγκριση επιτροπής τριών (3) ελεγκτών ιατρών.²⁵

Τα ποσοστά συμμετοχής ορίζονται σε 0%, 10%, 25% και 40%. Ειδικότερα:

1. Οι άμεσα ασφαλισμένοι και συνταξιοδοτούμενοι σύζυγοι συμμετέχουν στις δαπάνες φροντίδας υγείας ως εξής:
 - Κατά το οριζόμενο κάθε φορά από τις ισχύουσες διατάξεις ποσοστό στη φαρμακευτική περίθαλψη.
 - Καμία συμμετοχή επίσης δεν υφίσταται σε περίπτωση θεραπείας ή αποκατάστασης ατυχήματος κατά την εργασία ή νοσήματος που προέκυψε από την εργασία. Ο σχετικός χαρακτηρισμός του ατυχήματος ή του νοσήματος γίνεται από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές.
 - Κατά ποσοστό 40% στις οδοντοπροσθετικές εργασίες.
 - Καμία συμμετοχή δεν έχουν γενικά στις δαπάνες της περίθαλψης εξαιτίας της νόσου τους οι πάσχοντες από νεοπλασματικές ασθένειες, οι αιμοκαθαρόμενοι, οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς, τα άτομα που πάσχουν από μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική και μικρο-δρεπανοκυτταρική αναιμία, καθώς και οι μεταγγιζόμενοι πάσχοντες από κάθε είδους χρόνια βαρεία αναιμία.

²⁵ Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα

2. Οι έμμεσα ασφαλισμένοι και τα συνταξιοδοτούμενα τέκνα συμμετέχουν:

- Κατά ποσοστό 25% στις ιατρικές πράξεις, παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, εκτός αυτών που πραγματοποιούνται στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, των Ενόπλων Δυνάμεων, του Υπουργείου Παιδείας & Θρησκευμάτων, στο Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. και στα κέντρα υγείας για τις οποίες απαλλάσσονται από οποιαδήποτε συμμετοχή. Επίσης δεν καταβάλλεται συμμετοχή για την ιατρική επίσκεψη.
- Κατά ποσοστό 25% στις δαπάνες περίθαλψης στις ιδιωτικές κλινικές. Εξαιρούνται τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά και η νοσηλεία στις ψυχιατρικές κλινικές, για τις οποίες ισχύει ποσοστό στις δαπάνες 10%.
- Κατά το οριζόμενο κάθε φορά από τις ισχύουσες διατάξεις ποσοστό συμμετοχής στη φαρμακευτική περίθαλψη.
 - Κατά ποσοστό 40% στις δαπάνες οδοντοθεραπευτικών εργασιών.
 - Κατά ποσοστό 25% στις φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες. Στην περίπτωση σπαστικού παιδιού δεν καταβάλλεται συμμετοχή.
 - Καμία συμμετοχή δεν καταβάλλουν γενικά στις δαπάνες της περίθαλψης εξαιτίας της νόσου τους οι πάσχοντες από νεοπλασματικές ασθένειες, οι αιμοκαθαρόμενοι, οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς, τα άτομα που πάσχουν από μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική και μικρο- δρεπανοκυτταρική αναιμία, καθώς και οι μεταγγιζόμενοι πάσχοντες από κάθε είδους χρόνια βαρεία αναιμία.
 - Καμία συμμετοχή δεν έχουν στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας εφόσον νοσηλεύονται για την ασθένειά τους οι πάσχοντες από αιμορροφιλία, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, παραπληγία, τετραπληγία, υποφυσιογενή νανισμό, ψυχώσεις, αυτισμό, καθώς επίσης οι ασθενείς που τους χορηγούνται κυτταροστατικά, ανοσοκαταστατικά, ινσουλίνη στον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη και οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται για μεταμόσχευση.

- Καμία συμμετοχή δεν καταβάλλουν γενικά στις δαπάνες περίθαλψης τα παιδιά έως δεκατεσσάρων (14) ετών συμπληρωμένων που πάσχουν από σοβαρή συγγενή ή επίκτητη καρδιοπάθεια και παρουσιάζουν ποσοστό αναπηρίας εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω.

Τα ίδια ποσοστά συμμετοχής ισχύουν σε περίπτωση περίθαλψης σε μη συμβεβλημένους με τον οργανισμό προμηθευτές.²⁶

1.3.3. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Π.Α.Δ.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα, την ενδιαίτησή του, την οποιασδήποτε φύσεως ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν συνδρομή και ειδικότερα τη δέουσα αγωγή και θεραπεία και αποκατάσταση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες συνήθειες ή ειδικές θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, κάθε είδους φάρμακα, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα, θεραπευτήρια, νοσηλευτήρια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικές κλινικές. Με νοσηλευτήρια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικές κλινικές είναι δυνατή η σύναψη σύμβασης.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στη θέση που δικαιούται ο ασφαλισμένος, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ο Ο.Π.Α.Δ. για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων του καταβάλλει νοσήλιο μέχρι το ύψος αυτού που ισχύει κάθε φορά για τα Κρατικά ή Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, τα νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τις ιδιωτικές κλινικές.

Κατ' οίκον νοσηλεία δικαιούνται οι ασθενείς οι οποίοι έχουν εισαχθεί στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., των Ενόπλων Δυνάμεων, του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, στο Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. ή σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να αποθεραπευτούν, επιτρέπεται μετά από έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό να συνεχίσουν τη νοσηλεία τους στο

²⁶ Παρασκευόπουλος Λ.,(2006), Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από <http://www.google.gr>

σπίτι, εφόσον υπάρχουν αντίστοιχες υπηρεσίες στα προαναφερθέντα ιδρύματα. Η χρονική διάρκεια αυτής της νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τη μία (1) εβδομάδα.²⁷

Κατ' εξαίρεση, μετά από έγκριση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ο χρόνος αυτός μπορεί να τριπλασιαστεί.

Το ύψος της αμοιβής αυτής της υπηρεσίας ορίζεται στο ήμισυ του αντίστοιχου κλειστού νοσηλίου της Γ' θέσης. Για την υπηρεσία αυτή απαιτείται ειδική σύμβαση μεταξύ Ο.Π.Α.Δ. και του αντίστοιχου τμήματος του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Η ημερήσια νοσηλεία αφορά τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται νοσοκομειακή φροντίδα χωρίς να είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο τμήμα εσωτερικών ασθενών του νοσηλευτικού ιδρύματος. Η έγκριση της γίνεται με την διαδικασία και τις προϋποθέσεις και τις αντίστοιχες διατάξεις της νοσοκομειακής φροντίδας.

Η ψυχιατρική νοσηλεία χορηγείται, εκτός από τα νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές, σε μονάδες που έχουν την αντίστοιχη άδεια και με τους εκάστοτε ισχύοντες όρους και προϋποθέσεις. Για τη νοσηλεία αυτή ο Ο.Π.Α.Δ. συνάπτει με τα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει αντίστοιχες μονάδες συμβάσεις, οι οποίες καθορίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις της παροχής αυτής.

1.3.4. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΠΑΔ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΟΠΑΔ αριθμεί 1.289.000 δικαιούχους περίθαλψης εκ των οποίων οι ενεργοί ασφαλισμένοι είναι 382.000 και τα εξαρτώμενα μέλη φθάνουν τις 670.000. Ο αριθμός των συνταξιούχων ανέρχεται σε 237.000.

Πολύ μεγάλος είναι ο αριθμός συμβεβλημένων με τον φορέα γιατρών όλων των ειδικοτήτων από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα, ο οποίος αγγίζει τους 20.000. Όπως αναφέρεται στην έκθεση, ο «υπερβολικά μεγάλος αυτός αριθμός των συμβεβλημένων γιατρών και εργαστηρίων και η απουσία ουσιαστικών ελέγχων οδηγούν σε εκτεταμένες καταστρατηγήσεις, ιδιαίτερα από τους γιατρούς, οδηγώντας τις δαπάνες σε πολύ υψηλά επίπεδα».

²⁷ Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004), Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08

Συγχρόνως και ο ΟΠΑΔ χρωστά στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έκθεση, το χρέος του εκτιμάται σήμερα στα 39.618.489 ευρώ.

Ωστόσο, σε αντίθεση με άλλα ταμεία, ο ΟΠΑΔ εμφανίζεται οριακά ελλειμματικός. Το γεγονός αυτό αποδίδεται από τους συγγραφείς της έκθεσης στο ότι αποτελεί ταμείο στο οποίο οι μισθοί και οι συντάξεις επί των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές υγείας είναι κατά πολύ υψηλότερα σε σύγκριση με άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, στο ότι το συγκεκριμένο ταμείο δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα εισφοροδιαφυγής, ανασφάλιστης και «μαύρης» εργασίας καθώς και στο ότι το ποσοστό των συνταξιούχων του είναι πολύ χαμηλό.

Ο ΟΠΑΔ ανακηρύσσεται το πιο «σπάταλο» ταμείο, σύμφωνα με την έκθεση, γεγονός που δεν δικαιολογείται από τις ασφαλιστικές καλύψεις του ούτε από τον αριθμό των συνταξιούχων του.

Μεγάλα ωστόσο είναι τα χρέη του Οργανισμού προς τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το ύψος των οποίων εκτιμάται ότι αγγίζει σήμερα τα 269.992.663 ευρώ.²⁸

1.4. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ο.Γ.Α.)

Ο Ο.Γ.Α. ιδρύθηκε το έτος 1961 με το βασικό νόμο 4169 με σκοπό κατ' αρχήν τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος - χηρείας και την παροχή ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Η εξέλιξή του από το 1961 έως το 1997, χαρακτηρίζεται από την ενδυνάμωση της ασφαλιστικής του προστασίας κυρίως με προσθήκη παροχών όπως σύνταξη αναπηρίας, φαρμακευτική περίθαλψη κ.α.

Το 1998 ο Ο.Γ.Α. μετετράπη σε ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (Ν. 2458/97) και παρέχει ευρύ και πλήρες φάσμα ασφαλιστικής προστασίας. Θεσμοθετήθηκε μεταβατική περίοδος έως το 2026 κατά την οποία συνυπάρχει το παλαιό και νέο ασφαλιστικό καθεστώς. Η

²⁸ Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν(1995). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα

μετάβαση από το παλαιό στο νέο προβλέπεται ομαλή και χωρίς απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του νέου Ο.Γ.Α. είναι:

1. Η ανταποδοτικότητα.
2. Η αναδιανεμητική οικονομική λειτουργία του (κρατική συμμετοχή).
3. Η ομαλή ανάπτυξη και μετάβασή του από το παλαιό στο νέο ασφαλιστικό καθεστώς.
4. Η βιωσιμότητά του.

Σήμερα ο Ο.Γ.Α. παρέχει τις εξής υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους του:

- Ασφάλιση
- Συντάξεις.
- Υγειονομική Περίθαλψη.
- Φαρμακευτική Περίθαλψη.
- Διακρατικές Κοινωνικές Ασφαλίσεις.
 - Πολυτεχνικά επιδόματα.
- Προγράμματα Κοινωνικού Τουρισμού.

1.4.1. Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Ο Ο.Γ.Α. παρέχει ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη στους δικαιούχους περίθαλψης του Οργανισμού (σε όλους τους άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους). Σε περίπτωση που τα πρόσωπα των παραπάνω κατηγοριών δικαιούνται άμεσα τις παροχές περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό φορέα, δεν τις δικαιούνται από τον Ο.Γ.Α.. Στην ασφάλιση του κλάδου υπάγονται υποχρεωτικά και αυτοδίκαια:

1. Οι αγρότες, οι απασχολούμενοι δηλ. προσωπικά, συστηματικά και κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα στην αγροτική οικονομία (ιδιοκτήτες και εκμεταλλευτές αγροκτημάτων, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι, μελισσοκόμοι κλπ).
2. Οι αγροεργάτες, δηλ. οι απασχολούμενοι κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα, με ημερομίσθιο ή μισθό, σε είδος ή σε χρήμα, σε οποιαδήποτε παραγωγική αγροτική εργασία.
3. Οι αλιείς που δεν υπάγονται στην ασφάλιση άλλου φορέα.
4. Οι επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους σε χωριά ή οικισμούς με πληθυσμό μέχρι και 2.000 κατοίκους, υπό ορισμένες προϋποθέσεις και εφόσον δεν έχουν ασφαλιστεί στον Ο.Α.Ε.Ε. ή δεν υπάγονται υποχρεωτικά στην ασφάλιση του Ταμείου Εμπόρων. Για τους επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους στους παρακάτω Νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Κορινθίας, Βοιωτίας, και Εύβοιας, υπάρχει ειδικό καθεστώς σχετικά με την υπαγωγή τους στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α. ή του Ο.Α.Ε.Ε.
5. Τα πρόσωπα που κατοικούν μόνιμα και απασχολούνται σε οποιαδήποτε βιοποριστική εργασία σε Δήμους ή Κοινότητες που είχαν πληθυσμό μέχρι 5.000 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του έτους 1971, υπό τη ρητή προϋπόθεση ότι δεν υπάγονται στην υποχρεωτική ασφάλιση άλλου φορέα.

Στην ασφάλιση του κλάδου υπάγονται προαιρετικά:

1. Οι μοναχοί και μοναχές, που απασχολούνται με οποιοδήποτε τρόπο σε αγροτικές εργασίες.
2. Οι συνταξιούχοι οποιουδήποτε ασφαλιστικού φορέα από έμμεσο δικαίωμα, εφόσον ασκούν επάγγελμα για το οποίο υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

3. Τα πρόσωπα που έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους και δεν έχουν υπερβεί το 21ο έτος, εφόσον ασκούν επάγγελμα για το οποίο υπάρχουν στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.²⁹

1.4.2. ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΑ ΜΗΤΡΩΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την εγγραφή στα μητρώα ασφαλισμένων του κλάδου κύριας ασφάλισης των αυτοτελώς απασχολούμενων για κάθε κατηγορία παρουσιάζονται στις ενότητες που ακολουθούν.

²⁹ Παρασκευόπουλος Λ.,(2006), Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από <http://www.google.gr>

1.4.3. ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.

Το βιβλιάριο υγείας αποτελεί για κάθε ασφαλισμένο απαραίτητο στοιχείο και χωρίς αυτό ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να τύχει καμίας παροχής ασθένειας από τον Ο.Γ.Α.

Για την έκδοση του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α., θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να απευθυνθεί στον ανταποκριτή Ο.Γ.Α. του τόπου μόνιμης κατοικίας του (τόπος κατοικίας για τους συνταξιούχους θεωρείται ο τόπος πληρωμής της σύνταξής τους) προκειμένου να εγγραφεί στα τηρούμενα απ' αυτόν Μητρώα Δικαιούχων Περιθάλψης του Ο.Γ.Α., προσκομίζοντας το Δελτίο της αστυνομικής του ταυτότητας, καθώς και πρόσφατη φωτογραφία.

Ο ανταποκριτής Ο.Γ.Α. προκειμένου να εκδώσει ή να ανανεώσει το βιβλιάριο υγείας Ο.Γ.Α., θα πρέπει να ζητήσει, αν πρόκειται για συνταξιούχο, το τελευταίο απόκομμα πληρωμής της σύνταξής του, ενώ αν πρόκειται για πρόσωπο το οποίο έχει απογραφεί στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης, την τελευταία απόδειξη καταβολής των ληξιπρόθεσμων ασφαλιστικών εισφορών.

Το μητρώο υπογράφεται από τον ενδιαφερόμενο και αν αυτός αδυνατεί να υπογράψει για οποιοδήποτε λόγο, τότε υπογράφεται από το - τη σύζυγο ή από κάποιο ενήλικο παιδί του.

Ειδικότερα για κάθε κατηγορία ασφαλισμένου:

1. Τα βιβλιάρια υγείας, για τους συνταξιούχους γήρατος, ανασφάλιστους υπερήλικες και συνταξιούχους αναπηρίας εφόρου ζωής, ισχύουν εφόρου ζωής.
2. Για τους εγγεγραμμένους στον κλάδο κύριας ασφάλισης αγροτών ισχύουν, εφόσον κατά τη χρονική στιγμή που ζητείται η θεώρηση δεν υπάρχουν βεβαιωμένες ληξιπρόθεσμες εισφορές σύνταξης και ασθένειας για τον κλάδο κύριας ασφάλισης αγροτών.
3. Για τους συνταξιούχους με προσωρινή αναπηρία, τους συνταξιούχους χηρείας και ορφανείας και για τα προστατευόμενα μέλη όλων των κατηγοριών, τα βιβλιάρια υγείας θεωρούνται μέχρι 31 Δεκεμβρίου του έτους εντός του οποίου προσκομίζονται για θεώρηση.³⁰

Εξαίρεση αποτελούν τα βιβλιάρια Υγείας Ο.Γ.Α. των αλλοδαπών, για τη θεώρηση των οποίων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η λήξη της άδειας παραμονής τους, καθώς και των

³⁰ Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004), Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08

προστατευομένων μελών των ασφαλισμένων - συνταξιούχων, για τα οποία θα λαμβάνεται υπόψη η συμπλήρωση των ορίων ηλικίας που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1539/85 (εγκύκλιος Ο.Γ.Α. 11/2000).

Για όλα τα ανωτέρω πρόσωπα, εφόσον συντρέχουν λόγοι διακοπής ή διαγραφής της ασφάλισής τους από τον Ο.Γ.Α., καλούνται, προκειμένου να ακυρώνονται τα βιβλιάρια τους.

Σε κάθε βιβλιάριο θα πρέπει υποχρεωτικά να αναγράφεται ο Α.Μ. του ασφαλισμένου - συνταξιούχου. Στα βιβλιάρια των προστατευομένων μελών τίθεται ο Α.Μ. του ασφαλισμένου - συνταξιούχου από τον οποίο έλκουν το δικαίωμα περίθαλψης .

Η ισχύς του βιβλιαρίου ανανεώνεται από τον ανταποκριτή του τόπου μόνιμης κατοικίας. Σε περίπτωση που ο ανταποκριτής αρνηθεί την έκδοση ή την ανανέωση του βιβλιαρίου υγείας, ο ενδιαφερόμενος έχει δικαίωμα να κάνει προσφυγή στον Προϊστάμενο του Κλάδου Υγείας του Ο.Γ.Α., ο οποίος και αποφασίζει οριστικά. Το βιβλιάριο Υγείας ΟΓΑ ισχύει μόνο για την ελληνική επικράτεια.³¹

³¹ EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf

1.4.4. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Παρέχεται εντελώς δωρεάν στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΟΓΑ καθώς και στα προστατευόμενα μέλη της οικογενείας τους, μέσω των αγροτικών ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών και των συμβεβλημένων με τον Ο.Γ.Α. Νοσοκομείων.

Για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να απευθύνονται με το βιβλιάριο υγείας Ο.Γ.Α. στις ανωτέρω αναφερόμενες υγειονομικές μονάδες.

Κατ' εξαίρεση οι εξετάσεις της αξονικής τομογραφίας, της μαγνητικής τομογραφίας, του υπερηχογραφήματος A-MODE και B-MODE, του υπερηχογραφήματος με τεχνική DOPPLER και έγχρωμης αγγειοδυναμογραφίας (TRIPLEX SCAN) της εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφίας καθώς και η θεραπεία με λιθοτριψία, μπορούν να διενεργούνται σε ιδιωτικά εργαστήρια και κλινικές όταν τα κρατικά νοσοκομεία αδυνατούν να τις πραγματοποιήσουν μέσα στον ιατρικώς αναγκαίο χρόνο.

Επίσης οποιαδήποτε άλλη ειδική εξέταση μπορεί να διενεργείται σε ιδιωτικό εργαστήριο, υπό την προϋπόθεση ότι δεν γίνεται σε κρατικά νοσοκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα της περιοχής που πραγματοποιήθηκε η εξέταση.³²

³² Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : www.mohaw.gr

1.4.5. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ Ο.Γ.Α.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει:

1. Πλήρη Νοσοκομειακή - Μαιευτική Περίθαλψη στην Γ΄ Θέση των Νοσοκομείων και των συμβεβλημένων θεραπευτηρίων και κλινικών. Αν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε βελτιωμένη θέση τότε βαρύνεται με τη διαφορά των δαπανών από την Γ΄ θέση στη βελτιωμένη.

2. Εκπαίδευση σε Ιδρύματα Τυφλών, Κωφών, Αναπήρων και Απροσάρμοστων Παιδιών.

3. Περίθαλψη σε κρατικά και συμβεβλημένα με τον ΟΓΑ Άσυλα Ανιάτων.

Περίθαλψη από τον Ο.Γ.Α. δικαιούνται όλοι οι άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένοι του.

Άμεσα ασφαλισμένοι είναι:

- Οι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. κάθε κατηγορίας (Αναπηρίας, Γήρατος, Υπερηλίκων) και τα επιδοτούμενα ορφανά.
- Τα πρόσωπα που ασκούν επάγγελμα για το οποίο σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά νομοθεσία υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

Έμμεσα ασφαλισμένοι είναι:

1. Οι σύζυγοι των άμεσα ασφαλισμένων.
2. Τα παιδιά της ηλικίας κάτω των 18 ετών. Τα παιδιά άνω των 18 ετών και μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους, εφόσον είναι άνεργα και άγαμα.
3. Τα παιδιά φοιτητές ή σπουδαστές μέχρι και 2 χρόνια μετά τη λήξη των σπουδών τους, όχι όμως πέραν του 26ου έτους και εφόσον δεν έχουν επιλέξει την περίθαλψη της Σχολής κατά τη διάρκεια της φοίτησης και είναι άγαμα και άνεργα.
4. Τα ανίκανα για οποιαδήποτε εργασία παιδιά, ανεξάρτητα από ηλικία, που συγκατοικούν και συντηρούνται από ασφαλισμένο ή συνταξιούχο του ΟΓΑ.

5. Τα ανήλικα ορφανά και από τους δύο γονείς παιδιά τα οποία συνοικούν και συντηρούνται από συγγενείς τους - ανεξαρτήτου βαθμού συγγένειας - οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α.

Σε περίπτωση που τα πρόσωπα των παραπάνω κατηγοριών δικαιούνται άμεσα τις παροχές περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό φορέα δεν τις δικαιούνται από τον ΟΓΑ.³³

1.4.6. Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο Ο.Γ.Α.

Ο Ο.Γ.Α. παρέχει στους ασφαλισμένους του πλήρη φαρμακευτική περίθαλψη. Δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης είναι οι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. και τα προστατευόμενα μέλη της οικογενείας τους που δικαιούνται περίθαλψη από τον οργανισμό και έχουν βιβλιάριο υγείας Ο.Γ.Α. που ισχύει.

Οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από κρατικούς ιατρούς ή ιδιώτες ιατρούς που έχουν δηλώσει ότι αποδέχονται την τήρηση του Κανονισμού Φαρμάκων Περίθαλψης του Ο.Γ.Α. και έχουν δικαίωμα συνταγογράφησης για τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.

Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% με εξαίρεση φάρμακα που έχουν καθορισθεί για την αντιμετώπιση και θεραπεία ορισμένων χρόνιων παθήσεων, στα οποία η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν.

Στους ασφαλισμένους χορηγούνται όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και τα οποία περιλαμβάνονται στον εκάστοτε εγκεκριμένο κατάλογο συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων. Φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό, χορηγούνται μόνο βάσει ειδικά αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Ακόμη χορηγούνται αυξητικές ορμόνες, προϊόντα ειδικής διατροφής, εγκεκριμένα από τον Ε.Ο.Φ. και φάρμακα που κυκλοφορούν μόνο στο εξωτερικό, εφόσον κριθούν απαραίτητα για την υγεία των ασφαλισμένων και υπό την προϋπόθεση ότι δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα φάρμακα της ίδιας θεραπευτικής ικανότητας.

³³ ΠΕΣΥΠ(2002),Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php>

Οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. προμηθεύονται τα φάρμακά τους από τα συμβεβλημένα με τον Ο.Γ.Α. φαρμακεία με την προσκόμιση της συνταγής Ο.Γ.Α. και του βιβλιαρίου υγείας ή από τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων (όπου προβλέπεται).³⁴

1.4.7. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΓΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ - Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ΟΓΑ, δεύτερος σε μέγεθος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, παρουσιάζεται ως ο πιο «γηρασμένος» ασφαλιστικός φορέας. Χαρακτηριστικό είναι ότι από το σύνολο των 2.150.000 δικαιούχων περίθαλψης του Οργανισμού το 37,4% είναι συνταξιούχοι, ποσοστό ρεκόρ, διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό του ΙΚΑ, που υποδεικνύει τις αυξημένες ανάγκες υγείας σε σύγκριση με άλλα ασφαλιστικά Ταμεία³⁵.

Οι δαπάνες υγείας στον ΟΓΑ παρουσίασαν ραγδαία αύξηση την τελευταία 20ετία - από 16.434.336 ευρώ το 1980 έφθασαν τα 760.088.041 ευρώ το 2000. Και αυτό χωρίς να περιλαμβάνεται μέσα στις δαπάνες το κόστος λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, τα οποία καλύπτουν σχεδόν αποκλειστικά τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των δικαιούχων του Οργανισμού³⁶.

Όπως αναγράφεται, η μέση ετήσια αύξηση ξεπερνά το 20% και η ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας είναι τα τελευταία χρόνια πολύ μεγαλύτερη από εκείνη στο ΙΚΑ ή στο ΤΕΒΕ, γεγονός που αποδεικνύει ότι το μόνιμο επιχείρημα για χαμηλό επίπεδο περίθαλψης των ασφαλισμένων του Ταμείου, λόγω δήθεν ελλειπών χρηματοδότησης, είναι σαθρό. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα έσοδα του κλάδου υγείας του ΟΓΑ προέρχονται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε ένα μικρό ποσοστό από τις εισφορές υγείας των άμεσα ασφαλισμένων και συνταξιούχων του. Σύμφωνα με τους συγγραφείς της έκθεσης, τα έσοδα από τις εισφορές είναι

³⁴ EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf

³⁵ EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf

³⁶ EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf

τόσο χαμηλά λόγω της ασυνέπειας των αγροτών στις υποχρεώσεις τους και του ατελέσφορου μηχανισμού είσπραξης.

1.5. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΥ ΝΑΥΤΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Οίκος Ναύτου παρουσιάζει ένα παράδοξο: τα μικρότερα κατά κεφαλήν έσοδα και τις υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες, μεγαλύτερες και από εκείνες του ΟΠΑΔ. Στην έκθεση, αν και λαμβάνεται υπόψη ότι το ταμείο επιβαρύνεται από υψηλό ποσοστό συνταξιούχων (60.891 επί συνόλου 203.019 ασφαλισμένων, ήτοι 30%), αναφέρεται ότι ο Οίκος Ναύτου αποτελεί «ένα φτωχό ταμείο που "συμπεριφέρεται" ως να ήταν το πλέον εύπορο».

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έκθεσης, τον καθοριστικότερο ρόλο στο ύψος των δαπανών υγείας του κλάδου παίζει τελικώς ο αριθμός των συνταξιούχων που αριθμεί ο κάθε φορέας, γεγονός που διαπιστώνεται από τις πολύ μικρές δαπάνες των ΤΕΒΕ και ΤΑΕ, που δεν έχουν συνταξιούχους, και από τις τεράστιες που αντιμετωπίζει ο Οίκος Ναύτου, όπου το ποσοστό των συνταξιούχων είναι πολύ υψηλό.

Επίσης ο ΟΠΑΔ και ο Οίκος Ναύτου παρουσιάζουν έναν αριθμό συμβεβλημένων γιατρών πολύ υψηλότερο από αυτόν που πραγματικά χρειάζονται, με αποτέλεσμα να έχουν πολύ μεγάλες κατά κεφαλήν δαπάνες στην πρωτοβάθμια και στη φαρμακευτική περίθαλψη σε σχέση με το ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς γιατρούς. Τέλος, επιβεβαιώνεται ότι πρέπει «να μπει τάξη» στους τομείς της πρωτοβάθμιας και της φαρμακευτικής φροντίδας που «σφύζουν» από καταστρατηγήσεις. Αντίθετα, σε ό,τι αφορά τη νοσοκομειακή φροντίδα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες χαρακτηρίζονται λογικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ

Στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση ασκείται από πολλούς φορείς οι αρμοδιότητες των οποίων εξαρτώνται είτε από την επαγγελματική ομάδα των ασφαλισμένων που καλύπτουν είτε από το είδος των παροχών που προσφέρουν οι ασφαλιστικοί φορείς ανάλογα με τις παροχές που χορηγούν διακρίνονται:

Χαρακτήρας φορέα	Είδος χορηγήσεων
Κύριας ασφάλισης	Κύρια σύνταξη
Επικουρικής ασφάλισης	Επικουρική σύνταξη
Ασθένειας	Περίθαλψη
Πρόνοιας	Εφάπαξ παροχές
Διαφόρων παροχών	Επιδόματα και δάνεια
Αλληλοβοήθειας	Συμπληρωματικές παροχές

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Κοινωνικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2002, σελ. 349) στη χώρα μας λειτουργούσαν συνολικά 170 ασφαλιστικοί φορείς, από τους οποίους οι 149 εποπτεύονταν από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και οι υπόλοιποι 21 από διάφορα άλλα Υπουργεία. Συγκεκριμένα, ο συνολικός αριθμός των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης έχει ως εξής :

Φορείς	
Κοινωνικής Ασφάλισης	Συνολικός αριθμός Ασφαλιστικών Φορέων
Υπουργείο Εργασίας και	
Κοινωνικών Ασφαλίσεων	95
Υπουργείο Εθνικής Αμύνης	10
Υπουργείο Οικονομικών	1
Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας	7
Υπουργείο Γεωργίας	1
Βουλή των Ελλήνων	1
Υπηρεσίες ασφάλισης	1
Ταμεία Αλληλοβοήθειας	54
Γενικό Σύνολο	170

Από αυτούς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ο αριθμός κάθε κατηγορίας με ξεχωριστό

είδος προστασίας έχει ως εξής:

•κύρια ασφάλιση	24
•επικουρική ασφάλιση	39
•πρόνοια	30
•ασθένεια	18
•λοιπές παροχές	4
•κοινής ωφέλειας	1
•αλληλοβοήθειας	54.

Η μείωση των ασφαλιστικών φορέων από 236 σε 170 έγινε με το νόμο 2627/99, αφού με διάφορες συγχωνεύσεις ο αριθμός τους περιορίστηκε σημαντικά καθώς μέχρι τότε ήταν πολύ περισσότεροι. Μεταξύ αυτών που καταργήθηκαν αξίζει να σημειώσουμε:

- την κατάργηση από 1- 8- 1999 των 43 περιφερειακών Ταμείων Πρόνοιας Δικηγόρων. Στον αριθμό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται τα Ταμεία Πρόνοιας Δικηγόρων Αθηνών, Πειραιώς και Θεσσαλονίκης
- την κατάργηση 12 Επικουρικών Ταμείων των Υπαλλήλων των διαφόρων Υπουργείων και τη συγχώνευση τους από 1-4- 1999 στο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (Τ.Ε.Α.Δ.Υ.)
- την ενοποίηση των Ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ (Εμπόρων) στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών.

Η κυβέρνηση, στα τέλη Απριλίου (2001), πρότεινε μια δέσμη μέτρων για την αναμόρφωση του ασφαλιστικού συστήματος, η οποία δεν έγινε αποδεκτή από τους κοινωνικούς εταίρους.

Μεταξύ αυτών των μέτρων περιλαμβάνεται η μείωση των ασφαλιστικών ταμείων κύριας ασφάλισης σε οκτώ (8) στα οποία θα ενταχθούν, αφού καταργηθούν, και όλα τα σημερινά επικουρικά ταμεία. Τα προτεινόμενα ταμεία ήταν: ΙΚΑ, Δημοσίου, Αγροτών, Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ΔΕΚΟ, Τραπεζών, Επιστημόνων και Δημοσιογράφων.³⁷ Όσον αφορά τη δημιουργία του νέου ανεξάρτητου ταμείου των δημοσίων υπαλλήλων, η αρχική πρόταση που έγινε από τους συνδικαλιστές της ΑΔΕΔΥ, και υιοθετήθηκε κατόπιν από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θεωρείται ανεδαφική. Σήμερα οι ενεργεία δημόσιοι υπάλληλοι ανέρχονται σε 350.000 και οι συνταξιούχοι σε 147.000. Ωστόσο, με την εφαρμοζόμενη πολιτική του περιορισμού των διορισμών των δημοσίων υπαλλήλων και τις συνεχείς ιδιωτικοποιήσεις υπηρεσιών, νομικών προσώπων κ.λπ., μειώνεται ο συνολικός τους αριθμός. Ένα νέο λοιπόν ασφαλιστικό ταμείο δημοσίων υπαλλήλων δεν έχει προοπτικές να επιβιώσει. Η πιο συμφέρουσα λύση είναι να ενταχθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι στο ΙΚΑ, αλλά και σ' αυτή την περίπτωση υπάρχουν αρκετές αντιδράσεις³⁸

³⁷ Διακογιάννης Γιάννης, «Οι προτάσεις της κυβέρνησης για το Ασφαλιστικό», Τα Νέα, 21-22 Απριλίου 2001, σελ. 13.

³⁸ Παπάδης Κ., «Οι προτάσεις και οι αντιδράσεις για την ασφάλιση. Η λύση του ΙΚΑ επί τάπητος για 350 χιλιάδες δημόσιους υπαλλήλους», Το Βήμα, 16-05-2001.

2.1.Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

2.1.1.ΕΝΟΠΙΟΙΗΣΗ ΤΑΜΕΙΩΝ

Η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων αυξάνει τις δαπάνες λειτουργίας του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης και παρεμποδίζει την εξοικονόμηση πόρων, αλλά και τη χάραξη ορθολογικής πολιτικής. Με την ενοποίηση- συγχώνευση, ο μεγάλος αριθμός των ταμείων κύριας ασφάλισης και προπαντός ο αριθμός των αντιστοίχων ταμείων της επικουρικής ασφάλισης θα περιοριστεί. Θα καταργηθούν πολλά ασφαλιστικά ταμεία και θα μεταβιβαστεί η κυριότητα της κινητής και ακίνητης περιουσίας τους στο ενιαίο ταμείο. Αυτό σημαίνει διαρθρωτική αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας τους και στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τους. Αναλυτικότερα, με τη συγχώνευση των ταμείων των ομοειδών κλάδων αναμένεται να προκύψουν οικονομίες κλίμακας από τη μείωση του διοικητικού κόστους και της καλύτερης αξιοποίησης της κινητής και της ακίνητης περιουσίας τους. Ο αριθμός των υπαλλήλων που ήταν απαραίτητος για την αυτοτελή λειτουργία των υπηρεσιών κάθε φορέα που συγχωνεύεται ή καταργείται θα πρέπει να αναζητήσει άλλη εργασία. Με τη διαδικασία αυτή μειώνονται οι διοικητικές δαπάνες (π.χ. ενοικίων, τηλεφώνων, ηλεκτρικού ρεύματος, υλικών γραφείων και επίπλων καθώς και οι αμοιβές του προσωπικού και των διοικητικών συμβουλίων κ.λπ.). Ακόμα οι διάφορες προμήθειες και οικονομικές συναλλαγές δεν θα ρυθμίζονται από τα μεμονωμένα ταμεία αλλά από τον ενιαίο φορέα, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι μεσάζοντες και να μειώνονται τα έξοδα.

Τέλος, με την ενοποίηση των ταμείων διευκολύνεται η επέκταση της μηχανοργάνωσης και της εφαρμογής της σύγχρονης τεχνολογίας και απλουστεύονται οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες στη λειτουργία των φορέων, οι οποίες έχουν οικονομικό και κοινωνικό κόστος, π.χ. μείωση του εργατικού δυναμικού και του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών, ταχύτερη είσπραξη των εσόδων, καταπολέμηση της εισφοροδιαφυγής, καλύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.

Η ενοποίηση όμως των ταμείων δεν έχει μόνο πλεονεκτήματα με το λειτουργικό και οργανωτικό εκσυγχρονισμό και τη μεγαλύτερη οικονομική και διοικητική αυτοτέλειά τους, αλλά και

μειονεκτήματα. Από την κατάργηση των φορέων είναι βέβαιο ότι θα προκύψει πλεονάζον εργατικό δυναμικό, το οποίο αναγκαστικά θα χάσει την εργασία του και θα πρέπει να αναζητήσει άλλη απασχόληση. Ταυτόχρονα, η ενοποίηση απειλεί τα υγιή ταμεία, καθώς και τα προνόμια που έχουν κατακτήσει οι ασφαλισμένοι τους. Αν και με την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, πρέπει να υπάρχει ίση μεταχείριση για όλους τους ασφαλισμένους των διαφόρων επαγγελματικών τάξεων και γι' αυτό και η κατανομή των κοινωνικών τους παροχών πρέπει να είναι δίκαιη. Για να επιτευχθεί όμως η βιωσιμότητα του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να προχωρήσει ο κοινωνικός διάλογος. Τα ποικίλα προβλήματα είναι ανάγκη να αντιμετωπιστούν με κατανόηση και οι αποφάσεις που θα ληφθούν θα στηρίζονται στη σύμφωνη γνώμη των ενδιαφερόμενων. Προς αυτή την κατεύθυνση η συμβολή των αναλογιστικών μελετών είναι απαραίτητη. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική διοίκηση των νέων και μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών που θα προκύψουν από έμπειρους διευθυντές, απαλλαγμένους από κομματικές και συνδικαλιστικές εξαρτήσεις.³⁹

2.2.ΤΑ ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Εδώ και πολλές δεκαετίες η αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των ασφαλιστικών ταμείων, δεν γίνονταν με δίκαιο και ορθολογικό τρόπο. Με τα νομοθετικά διατάγματα 1611/1950 και 2999/1959 τα διαθέσιμα αποθεματικά των ταμείων αυτών καταθέτονταν υποχρεωτικά στην Τράπεζα της Ελλάδας, η οποία και τα διαχειριζόταν. Η δέσμευση των πόρων αυτών πραγματοποιούνταν με δυσμενείς όρους, αφού τα επιτόκια τα οποία ρυθμίζονταν από τη Νομισματική Επιτροπή ήταν χαμηλότερα από τα αντίστοιχα επιτόκια του ταμειυτηρίου. «Επιπλέον, οι βραχυπρόθεσμες καταθέσεις των ταμείων στις εμπορικές τράπεζες ήταν άτοκες»⁴⁰ Οι καταθέσεις των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων στην Τράπεζα της Ελλάδος,

³⁹ Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio> Ανακτήθηκε 20-2-08

⁴⁰ Νεκτάριος Μιλτιάδης, «Τα αποθεματικά των ταμείων είναι η πέτρα του σκανδάλου. Η μετάβαση στην κεφαλοπονητική λογική της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί τον κορμό της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στην Ευρώπη», Οικονομικός Ταχυδρόμος, σελ., 39 Αθήνα, 14-7-2001.

εκτός από την κάλυψη των δημοσίων ελλειμμάτων, επενδύονταν με ακόμα υψηλότερα επιτόκια για να χρηματοδοτήσουν τη γεωργία, το εμπόριο, την βιομηχανία κι έτσι να ενισχύσουν και να τονώσουν την αναπτυξιακή πολιτική της χώρας. Από την άλλη πλευρά όμως για να λειτουργήσουν ομαλά πολλά ασφαλιστικά ταμεία εξαναγκάζονταν να δανειστούν από τις Τράπεζες μεγάλα χρηματικά ποσά και με υψηλότερα επιτόκια από εκείνα που έπαιρναν από τις καταθέσεις τους στην Τράπεζα της Ελλάδος. Η απώλεια εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων από τη στέρηση της διαχείρισης των δικών τους πόρων ήταν μεγάλη, διότι, παρόλο που είχαν και την κρατική ενίσχυση, δεν μπορούσαν να καλύψουν τα μεγάλα δημοσιονομικά τους ελλείμματα και να βελτιώσουν άμεσα τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους (π.χ. καλύτερες παροχές σε συντάξεις ή περίθαλψη, κ.λπ).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του κοινωνικού προϋπολογισμού του έτους 2002 (σελ. 271, 297) η αξία της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών ταμείων που ανήκουν στο υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ακίνητα 6%, καταθέσεις 32% και χρεόγραφα 62%) κατά την 31-12-2001 υπολογίζεται στο ποσό των 16.670.856.598 ευρώ, κινητή περιουσία 15.689.408.815 και ακίνητη 981.447.783 ευρώ.

Στο άρθρο 13 του νομοθετικού διατάγματος 1902/1990 το επιτόκιο των καταθέσεων των ασφαλιστικών οργανισμών στην Τράπεζα της Ελλάδος εξισώθηκε με το επιτόκιο καταθέσεων του Ταμειυτηρίου. Ακόμα με το νόμο 2924/1992 οι διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων είχαν τη δυνατότητα να αυτοδιαχειρίζονται με δική τους ευθύνη το 20% μόνο των αποθεματικών τους.

Με το νεότερο όμως νόμο 2216/1994 αφαιρέθηκε αυτή η αυτοτελής διαχείριση του 20% των αποθεματικών των ταμείων από τα διοικητικά τους συμβούλια και ανατέθηκε και πάλι στους αρμόδιους υπουργούς και στην Τράπεζα της Ελλάδος.

Στο νεώτερο νόμο 2676/5-1-1999 θεσπίζονται ειδικά μέτρα για την καλύτερη αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών ταμείων. Ειδικότερα, μεταξύ των άλλων προτείνονται:

- Τα διοικητικά συμβούλια των ασφαλιστικών ταμείων αποκτούν σταδιακά και πάλι τη χρηματοοικονομική και διαχειριστική τους αυτοτέλεια, αλλά με ορισμένους δεσμευτικούς όρους.

Έτσι, επιτρέπεται στους ασφαλιστικούς φορείς που ανήκουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να επενδύουν μέχρι το 20% του ενεργητικού τους σε ακίνητα, μετοχές, αμοιβαία κεφάλαια ή άλλα χρεόγραφα. Το παραπάνω ποσό αυξάνεται στο 23% από 1-1-2001 και επιτρέπεται η περαιτέρω σταδιακή αύξησή του, αλλά με απόφαση των υπουργών Εθνικής Οικονομίας- Οικονομικών και Εργασίας- Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με εισήγηση της Τράπεζας της Ελλάδος (Άρθρο 40).

- Σχηματίζεται μια ειδική επιτροπή ελέγχου και εποπτείας της διαχείρισης της περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων που ανήκουν στην αρμοδιότητα του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία εδρεύει στην Τράπεζα της Ελλάδος. Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν ένας εκπρόσωπος της Τράπεζας της Ελλάδος, ως πρόεδρος, και από ένας εκπρόσωπος των υπουργείων Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς και τρεις εκπρόσωποι των ασφαλιστικών φορέων. Η επιτροπή αυτή αναλαμβάνει ουσιαστικό ρόλο να εποπτεύει και να ελέγχει τα αποθεματικά των ασφαλιστικών ταμείων.

Αναλυτικότερα, το έργο της επιτροπής περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, τον έλεγχο των πάσης φύσεως επενδύσεων που πραγματοποιούν οι ασφαλιστικοί φορείς σε κινητές αξίες (εξαιρούνται οι τίτλοι του Ελληνικού Δημοσίου), ομόλογα Τραπεζών και μετοχές εταιρειών.

Με κοινή απόφαση των δύο συναρμόδιων υπουργών καθώς και του διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος καθορίζονται οι λεπτομέρειες για τη συγκρότηση και την επιλογή των μελών της επιτροπής καθώς και οι αρμοδιότητες της λειτουργίας της (Άρθρο 42).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.0. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

3.1.ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το δημόσιο σύστημα Υγείας, ουσιαστικά επιβαρύνει κάθε ελληνικό νοικοκυριό με περίπου 1.700 ευρώ το χρόνο. Το σύστημα υγείας σήμερα επιβιώνει εισβάρος των δημοσίων ταμείων, τα οποία επωμίζονται με το 70% της δημόσιας χρηματοδότησης της Υγείας⁴¹.

Στην Ελλάδα σήμερα οι κρατικοί πόροι δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών στην Υγεία, οι επενδύσεις παραμένουν ελάχιστες. Το δημόσιο ταμείο Υγείας μοιάζει να μη μπορεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες των ασφαλιζομένων. Η ανεπάρκεια των δημοσίων υπηρεσιών αφήνει στους ιδιώτες πεδίο κερδοφορίας κυρίως στην εξονοσοκομειακή περίθαλψη – με τον ετήσιο ρυθμό αύξησής τους να φτάνει και το 15%.

Στην Ελλάδα, από τα περίπου 20 δισ. ευρώ που δαπανώνται ετησίως για την Υγεία, περίπου τα 11 προέρχονται από δημόσιες δαπάνες Υγείας, δηλαδή τον κρατικό Προϋπολογισμό και τα ασφαλιστικά ταμεία, και τα 9 δισ. ευρώ από ιδιωτικές δαπάνες Υγείας, δηλαδή από τους πολίτες⁴².

Ο Έλληνας πολίτης σήμερα πληρώνει τη δημόσια Υγεία, τρεις φορές: την πρώτη ως φορολογούμενος πολίτης μέσω του κρατικού Προϋπολογισμού, τη δεύτερη ως εργαζόμενος μέσω των ασφαλιστικών του ταμείων και την τρίτη ως πολίτης που ασθενεί μέσω του οικογενειακού προϋπολογισμού του. Σε ό,τι αφορά την επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων,

⁴¹ Κουκλάκη Δ.,(2007), Πληρώνουμε €1.800 κάθε χρόνο τη... δωρεάν Υγεία, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από

<http://www.e-tipos.com/content/staticfiles/issues/2007/12/08/081207%202.pdf>

⁴² Κουκλάκη Δ.,(2007), Πληρώνουμε €1.800 κάθε χρόνο τη... δωρεάν Υγεία, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από

<http://www.e-tipos.com/content/staticfiles/issues/2007/12/08/081207%202.pdf>

αξίζει να αναφέρουμε ότι την τελευταία δεκαετία έχει ανατραπεί πλήρως το σκηνικό σε βάρος των ασφαλισμένων: από τα 11 δισ. των δημοσίων δαπανών τα 7,7 προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το γεγονός αυτό έχει φέρει σε δυσμένεια όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.

Γενικότερα, το μεγαλύτερο μέρος του δημόσιου χρήματος για την Υγεία δαπανάται για τους μισθούς των 17.000 γιατρών και σχεδόν 85.000 λοιπών εργαζομένων στο ΕΣΥ.

3.1.1.Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ

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

Ενδεικτικό του οξυμμένου ασφαλιστικού προβλήματος είναι το γεγονός ότι τα Ταμεία που βρίσκονται στο «κόκκινο» αντιπροσωπεύουν το 92% των ασφαλισμένων- πρόκειται δηλαδή για τους μεγάλους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας. Τα Ταμεία που αντιμετωπίζουν οξύτερο πρόβλημα είναι τα: ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ (κλάδος Υγείας), ΤΑΕΤΕΚΟ (επικουρικό τραπεζών και ΔΕΚΟ), ΕΤΕΑΜ (επικουρικό ΙΚΑ), Ταμείο Προνοίας Δημοσίων Υπαλλήλων και ΕΤΑΤ. Το συνολικό έλλειμμα αυτών των Ταμείων διπλασιάστηκε εφέτος και έφθασε τα 4 δισ. ευρώ από 1,6 δισ. ευρώ που ήταν πέρυσι.

Το οξυμμένο δημογραφικό πρόβλημα αποτελεί μια νόμιμη βόμβα στα θεμέλια του ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος, γεγονός που καταγράφουν κάθε έτος τα στοιχεία

του προϋπολογισμού. Ο αριθμός των συνταξιούχων αυξάνεται συνεχώς ενώ ταυτοχρόνως μειώνονται οι ασφαλισμένοι. Το στοιχείο αυτό απαντάται και στην επικουρική ασφάλιση, όπου η σχέση συνταξιούχων προς ασφαλισμένους είναι πλέον σταθερά 1/3. Αναλυτικά, στα Ταμεία κύριας ασφάλισης η σχέση παραμένει σχεδόν στα ίδια απaráδεκτα επίπεδα. Δηλαδή στο 1/1,73 έναντι 1/1,72 πέρυσι, ενώ στην επικουρική ασφάλιση η σχέση έχει διαμορφωθεί σε 1/2,70 από 1/2,77 το 2007. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο- διεθνώς αποδεκτός- δείκτης οικονομικής υγείας τους συστήματος είναι ένας συνταξιούχος προς τέσσερις ασφαλισμένους. «*Η ραγδαία επιδείνωση της σχέσης αυτής, ασφαλισμένων προς συνταξιούχους, καθιστά εξαιρετικά αναγκαία την αναζήτηση πρόσθετων μέτρων*» σημειώνουν οι ειδικοί γύρω από το ασφαλιστικό σύστημα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι από τα 13 νέα ταμεία κύριας ασφάλισης τα 7 αντιμετωπίζουν προβλήματα, έχουν προβληματική σχέση συνταξιούχων προς ασφαλισμένους. Ιδιαίτερος δυσάρεστα είναι τα στοιχεία για τα Ταμεία των τραπεζών και των ΔΕΚΟ τα οποία ενοποιήθηκαν με το ΙΚΑ, του ΟΤΕ, του ΗΣΑΠ, αλλά και τα στοιχεία για τον ΟΓΑ και το ταμείο αυτοκινητιστών. Στα έξι ειδικά Ταμεία- του ΗΣΑΠ, της Εθνικής, της Τράπεζας της Ελλάδος, της ΕΤΒΑ, του ΟΤΕ, της ΔΕΗ- οι συνταξιούχοι έχουν ξεπεράσει τους εργαζομένους. Σε καλύτερη κατάσταση είναι τα Ταμεία των αυτοαπασχολούμενων (π.χ. ΤΣΜΕΔΕ), των ναυτικών πρακτόρων και των εργαζομένων στον Τύπο. Είναι χαρακτηριστικό πως στο Ταμείο Ασφάλισης Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλλήλων Τύπου η αναλογία διαμορφώνεται σε 1/8,76.

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

3.1.2 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα δε νοσοκομεία απορροφούν τις μισές δαπάνες Υγείας –ποσό που ξεπερνά τα 5 δισεκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο. Ότι περισσεύει από τα άνωθεν κονδύλια επενδύεται στον εξοπλισμό και τις υποδομές των νοσοκομείων.

Οι μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό όμως δεν επιτρέπουν την πλήρη αξιοποίηση του εξοπλισμού. Τα περισσότερα μηχανήματα λειτουργούν σε μία μόνο βάρδια, οδηγώντας τους ασθενείς προς τον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να εξυπηρετηθούν γρήγορα.

Μέχρι το Μάιο του 2006 και μόνον σε ορισμένες από τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, το ύψος των εξωσυμβατικών προμηθειών έφτανε τα 74 εκατομμύρια ευρώ. Από τον Ιανουάριο του 2005 ως το Μάιο του 2006, μόνον τα νοσοκομεία της Αττικής είχαν δαπανήσει 60 εκατομμύρια ευρώ σε απευθείας αναθέσεις για προμήθειες και έργα⁴³.

Τα χρέη των νοσοκομείων διαιωνίζονται όσο παραμένουν και οι απαιτήσεις τους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα 23 μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αττικής έχουν σήμερα συνολικές οφειλές προς προμηθευτές και φαρμακευτικές εταιρίες οι οποίες αγγίζουν τα 900 εκατομμύρια ευρώ. Το ταμειακό τους υπόλοιπο μόλις που ξεπερνά συνολικά τα 90 εκατομμύρια ευρώ.

Είναι φανερό ότι τα δημόσια νοσοκομεία αδυνατούν να αποκτήσουν ανταγωνιστική ιατρική τεχνολογία έναντι των ιδιωτικών. Εκτός του ότι οι προϋπολογισμοί τους δεν επιτρέπουν ακριβές επενδύσεις, ο εξοπλισμός τους με μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας μπλοκάρει σε δεκάδες γραφειοκρατικά εμπόδια.

3.1.3 Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

⁴³ Ελεύθερος Τύπος.,(2009), Τα τρωκτικά των Νοσοκομείων, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=11782>

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των επενδύσεων των ιδιωτών στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ δεν ξεπερνά το 30%. Σύμφωνα με επεξεργασία στατιστικών δεδομένων που πραγματοποίησε το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα τελευταία 15 περίπου χρόνια οι ιδιωτικές επενδύσεις στον τομέα της Υγείας έχουν αυξηθεί πάνω από 1.450%.

Υπερσύγχρονα μηχανήματα όπως το ρομποτικό σύστημα χειρουργικής υπάρχουν μόνον σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Την ίδια στιγμή, οι κρατικές επενδύσεις στην ιατρική έρευνα είναι από ελάχιστες έως ανύπαρκτες. Πρόσφατα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) δείχνουν ότι τα τελευταία χρόνια τα κρατικά κονδύλια που διατίθενται για την προώθηση των ιατρικών ερευνητικών προγραμμάτων όχι μόνο δεν αυξάνονται αλλά παρουσιάζουν και μείωση της τάξης του 0,8% –οι συγκεκριμένες δαπάνες μόλις που ξεπερνούν το 0,01% ως ποσοστό του ΑΕΠ⁴⁴.

Ότι περισσεύει από τις νοσοκομειακές δαπάνες μοιράζεται στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα (επισκέψεις σε γιατρούς και άλλα είδη πρωτοβάθμιας περίθαλψης), φάρμακα και άλλα έξοδα. Μόλις 24,5% των δημόσιων δαπανών για την Υγεία προορίζεται για γιατρούς και φάρμακα.

Είναι φανερό ότι τα κρατικά κονδύλια δεν επαρκούν για να παρέχουν τις υπηρεσίες που οι πολίτες έχουν ανάγκη. Οκτώ στους δέκα δηλώνουν από λίγο έως ουδόλως ικανοποιημένοι από το Σύστημα Υγείας της χώρας. Η ανεπαρκής κρατική χρηματοδότηση δίνει τη σκυτάλη στους ιδιώτες, που καλύπτουν τα κενά με το αζημίωτο. Από το σύνολο των χρημάτων που οι Έλληνες πληρώνουν από την τσέπη τους για την Υγεία, το 65% ξοδεύεται σε ιατρικές επισκέψεις και φάρμακα. Επεξεργασία στοιχείων της Στατιστικής Υπηρεσίας υπολογίζει ότι οι ετήσιες δαπάνες των ελληνικών νοικοκυριών για την Υγεία –εκτός των εισφορών προς τα Ταμεία– αγγίζουν πλέον τα 9 δισεκατομμύρια ευρώ.

⁴⁴ Δέσποινα Κ.,(2007), Δωρεάν υγεία με 1800 ευρώ ανά οικογένεια, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=18490>

Μάλιστα, μετά την αναθεώρηση του Συστήματος Εθνικών Λογαριασμών (η οποία οδήγησε σε αύξηση του ΑΕΠ κατά 25,7%), διαπιστώνεται ότι οι Έλληνες πληρώνουν τουλάχιστον 300 με 400 ευρώ παραπάνω. Το ποσό αυτό φέρνει την Ελλάδα στην ακριβότερη θέση της Ευρώπης και σε μια από τις ακριβότερες του κόσμου: μόνο σε χώρες όπως το Μεξικό και η Κορέα πληρώνουν περισσότερα. Οι ιδιωτικές δαπάνες αγγίζουν πλέον στο 50% του συνόλου των δαπανών Υγείας. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών Υγείας δεν ξεπερνά το 20% με 30%.

Με ιλιγγιώδεις ρυθμούς που φθάνουν το 150% μέσα σε μια εξαετία τρέχουν οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, υπονομεύοντας τη βιωσιμότητα όχι μόνον των κλάδων υγείας των ταμείων αλλά και συνολικά, του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης⁴⁵.

Είναι χαρακτηριστικό ότι, στον προϋπολογισμό του ΙΚΑ, το έλλειμμα του κλάδου ασθένειας για το 2009 αναμένεται να φθάσει το 1,450 δισ. ευρώ, που ισοσκελίζει σχεδόν το πλεόνασμα του κλάδου σύνταξης.

Οι δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη από το 2003 μέχρι το τέλος του 2008 εκτιμάται ότι θα έχουν αύξηση 150%. Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό του ΙΚΑ για το επόμενο έτος, η φαρμακευτική δαπάνη του Ιδρύματος από 1,844 δισ. ευρώ που προβλεπόταν ότι θα είναι το 2008 θα κλείσει τελικά στα 2,050 δισ. ευρώ, ενώ το 2009 θα αυξηθεί κατά 6,83%, αγγίζοντας τα 2,190 δισ. ευρώ.

Αντίστοιχα, οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αναμένεται να αυξηθούν κατά 4,49%, φθάνοντας το 2009 στα 1,226 δισ. ευρώ, έναντι εκτίμησης 1,173 δισ. στο τέλος του 2008.

Αύξηση της τάξης του 6,6% θα παρουσιάσουν και οι δαπάνες για παροχές ασθένειας σε χρήμα, καθώς βάσει του προϋπολογισμού του Ιδρύματος, από 327 εκατ. ευρώ θα αγγίξουν τα 348,6 εκατ. ευρώ. Βάσει στοιχείων του ΙΚΑ, για το τρέχον έτος, οι δαπάνες για πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αντιστοιχούν σε περίπου 100 ευρώ ανά ασφαλισμένο, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα αντιστοιχούν σε 200 ευρώ ανά ασφαλισμένο.

⁴⁵ Σαλούρου Ρ.,(2008), Τρελή Κούρσα Δαπανών Υγείας, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από <http://www.athina984.gr/node/24823>

Βάσει των στοιχείων της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Προσωπικού Οργανισμών Κοινωνικής Πολιτικής (ΠΟΠΟΚΠ), η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στα ταμεία έφτασε το 150% την τελευταία δετία, αφού από 1,56 δισ. ευρώ που ήταν το 2003, εκτιμάται ότι το 2008 θα ξεπεράσει τα 4 δισ. ευρώ. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης κυμαίνεται μεταξύ 15% και 20%.

Πλεόνασμα 3,6 δισ. ευρώ παρουσιάζει ο κοινωνικός προϋπολογισμός του 2008 του υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας με βάση τις κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες αυξήθηκαν κατά 3,72 δισ. ευρώ και από 10,47 δισ. ευρώ το 2007 έφτασαν τα 14,19 δισ. ευρώ εφέτος, ήτοι αύξηση 35,44%.

Ταυτόχρονα, αύξηση 33,33% σημειώνει το έλλειμμα των ασφαλιστικών ταμείων το 2008 φτάνοντας τα 2 δισ. ευρώ έναντι 1,5 δισ. ευρώ το 2007 σε κλάδους κύριας και επικουρικής σύνταξης, φορείς ασθένειας και πρόνοιας. Τα ελλείμματα αυτά αφορούν τους 133 φορείς και μεταφέρθηκαν ως έχουν στα νέα ταμεία μετά τις ενοποιήσεις.

3.1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Στον κοινωνικό προϋπολογισμό εμφανίζονται έσοδα για το έτος 2008 ύψους 55,4 δισ. ευρώ έναντι των 49,3 δισ. του 2007, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 12,37%, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πλεόνασμα που ανέρχεται σε 3,6 δισ. ευρώ. Συγκεκριμένα, για το ΕΚΑΣ οι δαπάνες το 2008 θα ανέλθουν σε 1,1 δισ. ευρώ, ενώ το 2007 το αντίστοιχο ποσό ήταν 945 εκατ. ευρώ, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 155 εκατ. ευρώ, δηλαδή ποσοστό 16,4%. Τα πέντε κύρια προβλήματα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης όπως διαφαίνονται στον προϋπολογισμό είναι τα εξής⁴⁶:

1. Ελλείμματα ταμείων: Τα 2 δισ. ευρώ ξεπερνά το έλλειμμα περίπου 35 κλάδων και λογαριασμών. Συγκεκριμένα τα ταμεία κύριας ασφάλισης παρουσιάζουν έλλειμμα ύψους 1,9 δισ. ευρώ, οι κλάδοι επικουρικής ασφάλισης 46,6 εκατ. ευρώ, οι φορείς ασθένειας 21,4 εκατ. ευρώ και οι κλάδοι πρόνοιας 176,7 εκατ. ευρώ. Συγκεκριμένα:
2. Στο ΙΚΑ ο κλάδος ασθένειας εμφανίζει έλλειμμα 1,1 δισ. ευρώ, έναντι 925,7 πέρυσι.
3. Στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο κλάδος σύνταξης παρουσιάζει έλλειμμα 170 εκατ. ευρώ έναντι 30,6 εκατ. ευρώ πέρσι, ενώ ελλειμματικός είναι και ο κλάδος ασθένειας κατά 19,8 εκατ. ευρώ
4. Στον ΟΓΑ το έλλειμμα στον κλάδο υγείας και κύριας ασφάλισης φτάνει τα 476 εκ. ευρώ έναντι 293 εκατ. ευρώ.
5. Στο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ το έλλειμμα στον κλάδο σύνταξης και επικουρικής φτάνει 381.850 ευρώ, έναντι 25,2 εκατ. ευρώ.
6. Στο Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού ΕΤΒΑ, ο κλάδος σύνταξης, επικουρικής ασφάλισης και υγείας παρουσιάζει έλλειμμα 6,6 εκατ. ευρώ έναντι 6,4 εκατ. ευρώ.
7. Στο Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού ΟΤΕ, ο κλάδος σύνταξης, ο ειδικός λογαριασμός επικουρικής ασφάλισης και ασθένειας παρουσιάζει έλλειμμα 90 εκατ. ευρώ έναντι 6,9 εκατ. ευρώ.

⁴⁶ Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθηνών.,(2008), Κοινωνικός Προϋπολογισμός 2008, Ανάκτηση στις 15-4-2009 από http://www.acsmi.gr/bio_themata/2008/nov_dec08_35.htm

8. Στο Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων εμφανίζει έλλειμμα 1,8 εκατ. ευρώ έναντι 1,1 εκατ. ευρώ.
9. Στο ταμείο Επικουρικής Ασφαλίσεως Ηλεκτροτεχνιτών Ελλάδος, έλλειμμα 11 εκατ. ευρώ έναντι 10,4 εκατ. ευρώ.
10. Στο ταμείο Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφαλίσεως Προσωπικού Ιπποδρομιών 1,5 εκατ. ευρώ έναντι 0,68 εκατ. ευρώ.
11. Στο ταμείο Επικουρικής Ασφαλίσεως Προσωπικού Εταιριών Τσιμέντων στον κλάδο σύνταξης, έλλειμμα 0,7 εκατ. ευρώ έναντι 0,6 εκατ. ευρώ.
12. Στο λογαριασμό Επικουρήσεως Προσωπικού Εθνικής Τραπέζης της Ελλάδος 33,1 εκατ. ευρώ, έναντι 23,8 εκατ. ευρώ.
13. Στο ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας έλλειμμα 21 εκατ. ευρώ.
14. Στο ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων 131 εκατ. ευρώ έναντι 380.000 ευρώ.
15. Στο ταμείο Αρωγής Αστυνομικών 22,6 εκατ. ευρώ έναντι 47,3 εκατ. ευρώ πέρσι.
16. Στο ταμείο Πρόνοιας Προσωπικού Οργανισμού Λιμένος Θεσσαλονίκης 35 χιλ. ευρώ έναντι 90.000 ευρώ.
17. Στο ταμείο Πρόνοιας και Ασθένειας Εργαζομένων στα Λιμάνια, έλλειμμα στον κλάδο ασθένειας και πρόνοιας 0,47 εκατ. ευρώ.
18. Στο ταμείο Αρωγής Προσωπικού ΟΤΕ στον κλάδο σύνταξης παρουσιάζει έλλειμμα 17,5 εκατ. ευρώ έναντι 119,9 εκατ. ευρώ.

Με ραγδαίο ρυθμό αυξάνονται οι δαπάνες υγείας. Στα 7,8 δισ. ευρώ ανέρχονται οι δαπάνες υγείας από 6,9 δισ. ευρώ το 2007, ενώ οι δαπάνες πρόνοιας κυμαίνονται στα 2,06 δισ. ευρώ έναντι 1,9 δισ. ευρώ πέρσι. Η κινητή και ακίνητη περιουσία των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας του υπουργείου Απασχόλησης ανέρχεται σε 29,213 δισ. ευρώ σημειώνοντας ετήσια αύξηση (υπενθυμίζεται ως το 2006) 301,145 εκατ. ευρώ. Ωστόσο, η κυβέρνηση εκτιμά

ότι οι απώλειες ύψους 4,5 δισ. ευρώ που αναφέρονται για τα Ταμεία λόγω της κρίσης δεν αποτυπώνονται, καθώς δεν έχουν γίνει ρευστοποιήσεις.

Όπως αναφέρεται, το Ταμείο Πρόνοιας των Δημοσίων Υπαλλήλων δεν έχει έλλειμμα 120 εκατ. ευρώ, αλλά 600 εκατ. ευρώ. Στον ΟΑΕΕ το έλλειμμα των 190 εκατ. ευρώ έχει καταγραφεί με βάση την κρατική επιχορήγηση των 300 εκατ. ευρώ και όχι με του 1 δισ. ευρώ που θα καταβάλει το κράτος μέχρι τέλος του χρόνου. Όσον αφορά το ΙΚΑ επισημαίνει ότι εμφανίζει πλεόνασμα στους κλάδους εκτός ασθενείας εξαιτίας του ότι έχει προϋπολογιστεί κρατική επιχορήγηση ύψους 4 δισ. ευρώ, τα οποία δεν έχουν αποδοθεί. Τα ελλείμματα του ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, Ξενοδόχων κ.λ.π. θα μεταφερθούν στο ΙΚΑ με αποτέλεσμα να καταστεί μαζί με τα ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΤΠΔΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΟΑΠ ΔΕΗ, ΕΤΑΤ από τα ελλειμματικότερα Ταμεία του συστήματος.

3.2.ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι σύγχρονες εξελίξεις που έχουν συντελεστεί, ιδιαίτερα, κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, στην εργασία, την τεχνολογία και την παραγωγική διαδικασία, έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη θεωρητικών αντιλήψεων και πολιτικών για το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης στα κράτη-μέλη και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο πλαίσιο αυτό η πρόσφατη (Δεκέμβριος 2002) Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής θεωρεί ότι ο ταχύτερος ρυθμός αύξησης των δαπανών που απορροφά από την οικονομία, ο οποίος δεν ανακόπτεται από τις κοινωνικο-ασφαλιστικές παρεμβάσεις, θα κλονίσει στο μέλλον την βιωσιμότητά του. Έτσι, οι δαπάνες, σύμφωνα με την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, διαμορφώνονται από 12,4% του ΑΕΠ το 2000 σε 15,4% το 2020 και σε 22,6% το 2050, δηλαδή αύξηση των δαπανών την περίοδο 2000-2050 κατά 96,8%. Την ίδια περίοδο η αντίστοιχη αύξηση, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα είναι στην Ισπανία 84,7%, στην Ιρλανδία 95,7% στην Πορτογαλία 34,7%, στην Ολλανδία 72,2%, στην Γαλλία 30,6% στο Βέλγιο 33% κλπ.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι πέρα από τις μεθοδολογικές και στατιστικές επιφυλάξεις που μπορεί να διατυπώσει κανείς στα προαναφερόμενα στοιχεία και στις παραδοχές που βασίζεται η διαμόρφωσή τους (βλ. Αναλογιστική Μελέτη ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, όπου οι δαπάνες του συστήματος Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, εκτός ΟΓΑ και Δημοσίου, από 10% του ΑΕΠ το 2000 διαμορφώνονται σε 12,1% του ΑΕΠ το 2050, δηλαδή αύξηση της τάξης του 20%), στην συγκεκριμένη Έκθεση δεν γίνεται αναφορά για το ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο (ποσοτικά και ποιοτικά) των παροχών του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος για την μεγάλη πλειοψηφία του ασφαλιστικού και συνταξιοδοτικού πληθυσμού καθώς και για τις χρονοβόρες και με αυξημένο κόστος διαδικασίες απονομής τους.

Στο πνεύμα αυτό της δημοσιονομικής πειθαρχίας, ελέγχου των συνολικών συνταξιοδοτικών δαπανών και μείωσης της κρατικής δαπάνης για συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, το άτυπο Συμβούλιο Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Ναύπλιο (Ιανουάριος 2003) περιορίστηκε να εμμένει στην αρχή της επικουρικότητας (εθνικές πολιτικές

που συνοδεύονται από την ανοιχτή μέθοδο συντονισμού) και στην αναγκαιότητα σύμφωνα με την Έκθεση του Επιτρόπου Οικονομικών και Νομισματικών υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, παρεμβάσεων (αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης κατά πέντε έτη για την ενίσχυση της χρηματοδότησης των συντάξεων, αύξηση της παραγωγικότητας με τις αναγκαίες διαρθρωτικές αλλαγές και μείωση της ανεργίας) στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίες θα μειώνουν τις κρατικές δαπάνες συντάξεων, και θα ανακουφίσουν τους κρατικούς προϋπολογισμούς από τις συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού. Στο ίδιο πνεύμα κινούνται και οι πρόσφατες (Φεβρουάριος 2003) συστάσεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου οι οποίες περιλαμβάνονται στην Έκθεση για την Ελληνική Οικονομία. Έτσι, οι πολιτικές αυτές θα συμβάλλουν, στο βαθμό που τις αφορά, στην ανάπτυξη της ευρωπαϊκής οικονομίας αφού οι προοπτικές της αναμένεται, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, να υποχωρήσουν λόγω του δημογραφικού προβλήματος στο 1,25% ετησίως έναντι 2,5% των ΗΠΑ μέσα στα επόμενα πενήντα έτη.

Όμως, πως μπορεί να εκδηλωθεί αυτή η συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού, αφού σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη (ΟΟΣΑ), εάν στην Ευρωπαϊκή Ένωση εισέρχονται ετησίως ένα εκατομμύριο μετανάστες, τότε μέχρι το 2050 δεν θα αλλάξει η πληθυσμιακή σύνθεση των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό σημαίνει ότι η μετανάστευση δεν έχει απεριόριστα όρια συμβολής στην αντιμετώπιση των χρηματοοικονομικών ανισορροπιών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Παράλληλα, είναι ενδιαφέρον να τονισθεί ότι μία τέτοια στρατηγική υποβάθμισης της κρατικής χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης μεταφέρει, σε μεγάλο βαθμό, όπως έγινε στην Ελλάδα τα τελευταία πενήντα χρόνια, το βάρος χρηματοδότησης των συντάξεων στην επιδείνωση του επιπέδου των παροχών και στο οικογενειακό προϋπολογισμό, με ότι αυτό συνεπάγεται, για το ύψος των καταναλωτικών δαπανών, την ανάκαμψη της οικονομίας και το βιοτικό επίπεδο των ασφαλισμένων και συνταξιούχων.

Από την άποψη αυτή είναι χρήσιμη η αναφορά στην Γαλλία, όπου η αύξηση των καταναλωτικών δαπανών, η οποία κυρίως προήλθε από τις φορολογικές ελαφρύνσεις, κράτησε την τρίτη μεγαλύτερη οικονομία της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την ύφεση, δεδομένου ότι οι δαπάνες για

καταναλωτικά προϊόντα συνεισφέρουν περισσότερο από το 50% του ΑΕΠ της συγκεκριμένης χώρας.

Η παρατήρηση αυτή σημαίνει ότι η στρατηγική για την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, στα νέα οικονομικά και τεχνολογικά δεδομένα, απαιτείται να αναφέρεται στην διαρκή επίτευξη δύο κεντρικών στόχων: την οικονομική βιωσιμότητα και την κοινωνική αποτελεσματικότητα του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος.

Σημαντικό ρόλο σ' αυτή την στρατηγική παίζουν ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης, το επίπεδο της απασχόλησης και ανεργίας, η αύξηση της παραγωγικότητας, το επίπεδο εισοδήματος, η αποταμίευση, η προσφορά εργασίας, η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό, κλπ.

Στην κατεύθυνση αυτή εάν στην Ελλάδα τα μακροοικονομικά μεγέθη εξελιχθούν διευρυμένα και η αύξηση της παραγωγικότητας είναι σταθερά υψηλότερη του ευρωπαϊκού μέσου όρου κατά μία εκατοστιαία μονάδα, η αύξηση των ασφαλισμένων συνοδευτεί από την διεύρυνση της νόμιμης εργασίας και της επίσημης οικονομίας και το επίπεδο της ανεργίας ανταποκριθεί στις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Λισσαβόνας (Μάρτιος 2000) στο 4% μέχρι το 2045, τότε η αύξηση των δαπανών για συντάξεις μεταξύ των ετών 2000-2050, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, θα περιοριστεί σε επίπεδα χαμηλότερα του 4% του ΑΕΠ

Άρα είναι προφανές ότι για την αναπτυξιακή πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, η πρόκληση την δεκαετία 2000-2010 είναι η ανάπτυξη και η αύξηση της απασχόλησης, με αύξηση της παραγωγικότητας και την βελτίωση ποιοτικών δεικτών (επενδύσεις σε τεχνογνωσία και οργάνωση σε ανθρώπινους πόρους, σε εξοπλισμό, σε αναπτυξιακές και κοινωνικές υποδομές, αναβαθμισμένες συνθήκες εργασίας, ποιότητα και υψηλό επίπεδο αξιοποίησης των ερευνητικών και τεχνολογικών μέσων παραγωγής, αποτελεσματικότητα, ποιότητα εργασίας και διοίκησης) στην παραγωγική διαδικασία και όχι με υποβάθμιση της εργασίας, των συνθηκών και όρων της αγοράς εργασίας και της κοινωνικής προστασίας.

Παράλληλα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, επιβάλλεται η λήψη πολιτικών απομάκρυνσης από την αρχή της επικουρικότητας και η προώθηση πολιτικών συγκλίσεων του συστήματος κοινωνικής προστασίας, οι οποίες θα συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος της κοινωνικής αναπαραγωγής των εργαζομένων, στην επιλογή μόνιμων και

ενιαίων πόρων για την χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, λαμβάνοντας υπόψη τα νέα παραγωγικά και τεχνολογικά δεδομένα καθώς και στον προσδιορισμό του επιπέδου των παροχών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πράγματι, προς την κατεύθυνση αυτή παρά το γεγονός ότι μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών-μελών παρατηρούνται ορισμένες διαφοροποιήσεις, εντούτοις οι συγκλίσεις που υπάρχουν σε σημαντικές πτυχές της κοινωνικής ασφάλισης (επίπεδο δαπανών 28% του ΑΕΠ, ύπαρξη διμερών κρατικών συμφωνιών κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των κρατών-μελών, ποσοστό αναπλήρωσης, εισοδήματος 60%-80% των συντάξιμων αποδοχών, αναδιανεμητικότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, όρια ηλικίας συνταξιοδότησης 60 γυναίκες και 65 άνδρες, κλπ) συγκροτούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις δημιουργίας ενός ευρωπαϊκού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Όμως, παρόλα αυτά σε ορισμένες άλλες πτυχές των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης απαιτούνται κάποιες αλλαγές για την ολοκλήρωση των συγκλίσεων, όπως για παράδειγμα την οργάνωση του κοινωνικο- ασφαλιστικού συστήματος, την αυτόνομη διοίκηση της κοινωνικής ασφάλισης, την αυτοτελή και αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων της καθώς και την τυπολογική επιλογή του ευρωπαϊκού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης ανάμεσα στο Ομοσπονδιακό (Σουηδία, Δανία), το Κορπορατίστικο (Γερμανία-Αυστρία), το φιλελεύθερο (Αγγλία) και το λιγότερο ανεπτυγμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Πορτογαλία). Μία άλλη προοπτική που θα συνέβαλε στην παραπέρα υποβάθμιση της εργασίας και της κοινωνικής προστασίας, θα καθιστούσε την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση εφιάλτη των πολιτών των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁴⁷

3.3.ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

3.3.1.ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ

Χωρίς αντοχές, λόγω καθυστερήσεων στις μεταρρυθμίσεις, βρέθηκε στη δίνη της διεθνούς κρίσης η ελληνική οικονομία, η οποία δεν θα αποφύγει την ύφεση, σύμφωνα με την Εκθεση του

⁴⁷ Ρομπόλης Σάββας (2009) «Το Ευρωπαϊκό Περιβάλλον του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα»

ΟΟΣΑ που δημοσιοποιήθηκε χθες. Ο Οργανισμός, αν και λαμβάνει υπόψη του τα μέτρα της κυβέρνησης, τα θεωρεί ανεπαρκή και η μείωση του ελλείμματος κάτω του ορίου του 3% θεωρείται αδύνατη.

Ο ΟΟΣΑ προβλέπει εκτίναξη του ελλείμματος πάνω από το 6% και απευθύνει αυστηρές συστάσεις για τη λήψη άμεσων και διαρθρωτικών μέτρων για τον περιορισμό του ελλείμματος, του δημοσίου χρέους και την αποτροπή κατάρρευσης του ασφαλιστικού συστήματος. Προτείνει αυστηρή τήρηση και έλεγχο του προϋπολογισμού, περιορισμό της σπατάλης, ενιαίο μηχανισμό είσπραξης φόρων και εισφορών, αποτελεσματικότερο μηχανισμό είσπραξης εσόδων, περιορισμό φοροαπαλλαγών, φόρων υπέρ τρίτων κ. λπ.

Στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού που θα έχει και δημοσιονομική επίπτωση εισηγείται, μεταξύ άλλων, αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης στα 37 έτη εργασίας. Την προσοχή εφιστά και στον τραπεζικό κλάδο, ο οποίος δέχεται πιέσεις από την έκθεσή του στα Βαλκάνια και τη ΝΑ Ευρώπη, αλλά και από την υποχώρηση της αγοράς ακινήτων.

Η Έκθεση του ΟΟΣΑ συντάχθηκε στις 15 Ιουνίου και στη συνέχεια αναθεωρήθηκε στις 29 Ιουνίου, γεγονός που σημαίνει ότι στα συμπεράσματα τα οποία καταλήγει έχουν ληφθεί υπόψη τα πρόσφατα μέτρα της κυβέρνησης, αλλά και το «ταμείο» που έκανε ο υπουργός Οικονομίας και Οικονομικών κ. Γιάννης Παπαθανασίου. Εξάλλου, υπολογίζει ότι τα μέτρα της κυβέρνησης δίνουν μία ανάσα στο έλλειμμα κατά 1,5 ποσοστιαία μονάδα για φέτος και κατά 2,5 το 2010. Ωστόσο, το έλλειμμα θα ξεπεράσει φέτος το 6% και το 2010 θα αγγίξει το 7%, ενώ το δημόσιο χρέος θα κυμανθεί κοντά (ίσως το ξεπεράσει) το 100% του ΑΕΠ. Στην επιδείνωση των οικονομικών μεγεθών συμβάλει η απότομη επιβράδυνση της ελληνικής οικονομίας, η οποία οδηγεί φέτος σε ύφεση και σε στασιμότητα του ρυθμού ανάπτυξης το 2010. Για φέτος ο ΟΟΣΑ προβλέπει αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης κατά 1,3%, ενώ του χρόνου οριακά θετικό κατά 0,3%. Το ΔΝΤ προβλέπει μείωση του ΑΕΠ κατά 1% και περίπου αντίστοιχες προβλέψεις με τον ΟΟΣΑ για έλλειμμα και χρέος.

Καθώς περιορίζεται η οικονομική δραστηριότητα, τα περιθώρια για δημοσιονομική χαλάρωση είναι σχεδόν ανύπαρκτα για την ελληνική οικονομία. Ωστόσο, η κρίση επιβάλλει την αύξηση των κρατικών δαπανών που θα οδηγήσει το έλλειμμα στο 6,7% του ΑΕΠ το 2010. Ομως, για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των αγορών θα πρέπει να ληφθούν μέτρα με στόχο τη μείωση του

ελλείμματος και τον περιορισμό του δημοσίου χρέους κάτω του 60% μέχρι το 2020-2025. Για την επίτευξη του στόχου αυτού απαιτείται πρωτογενές πλεόνασμα 1% του ΑΕΠ μέχρι το 2015.

Αντί αυτού, στο πρώτο εξάμηνο είχαμε ταμειακό έλλειμμα 7,2% του ΑΕΠ. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) επισήμανε προχθές, σε νεότερη έκθεσή του, ότι απαιτείται πρωτογενές πλεόνασμα 5,9% του ΑΕΠ μέχρι το 2014 για να μειωθεί το δημόσιο χρέος κάτω του 60%.

Η περίοδος 2020-2025 θα είναι κρίσιμη. Εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού το δημόσιο χρέος θα πρέπει να έχει μειωθεί προκειμένου να μπορούν να χρηματοδοτηθούν οι ανάγκες του ασφαλιστικού συστήματος. Σήμερα το δημόσιο χρέος είναι στο 100% και το 2010 θα είναι υψηλότερο. Ο ΟΟΣΑ υπολογίζει ότι αν δεν ληφθούν μέτρα και δεν πραγματοποιηθεί μεταρρύθμιση στο ασφαλιστικό σύστημα, τότε το κόστος για συντάξεις θα ξεπεράσει το 20% του ΑΕΠ μέχρι το 2050.

Την ίδια στιγμή απαιτείται αυστηρός έλεγχος για τη σωστή χρήση του πακέτου στήριξης των τραπεζών προκειμένου να τονωθεί η οικονομία, αλλά και να αποφευχθούν κίνδυνοι.⁴⁸

3.3.2.ΤΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η σταθεροποίηση της ελληνικής οικονομίας απαιτεί δραστικά μέτρα στο φορολογικό σύστημα.

Ο ΟΟΣΑ συστήνει διεύρυνση της φορολογικής βάσης, απλοποίηση του φορολογικού συστήματος, καταπολέμηση της φοροδιαφυγής και βελτίωση του μηχανισμού είσπραξης εσόδων.

Ταυτόχρονα θα πρέπει να μειωθεί το κόστος της γραφειοκρατίας και να προχωρήσουν οι μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό και στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Παράλληλα απαιτείται περιορισμός και καλύτερος έλεγχος των δημοσίων δαπανών (μικρότερες αυξήσεις μισθών στον δημόσιο τομέα, καλύτερος έλεγχος των οικονομικών σε δημόσιες επιχειρήσεις και φορείς).

Σοβαρά προβλήματα εντοπίζει το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και στην αγορά εργασίας. Στην Ελλάδα είναι πολύ πιο δύσκολο για τις επιχειρήσεις τόσο να προσλάβουν όσο και να απολύσουν

⁴⁸ Στεργίου Λεωνίδας (2009) Καθημερινή «ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»Ανάκτηση από: <http://news.kathimerini.gr>, Δεκέμβριος 2009

σε σχέση με τον μέσο όρο των κρατών - μελών του ΟΟΣΑ, τόσο εξαιτίας του θεσμικού πλαισίου όσο και του κόστους καθώς οι κατώτατοι μισθοί είναι σχετικά υψηλοί σε σχέση με την Ευρωζώνη.⁴⁹

3.3.3.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΥΓΕΙΑ

Το μεγάλο στοίχημα είναι η ενίσχυση της παραγωγικότητας και του ανθρώπινου κεφαλαίου. Για να επιτευχθεί αυτός ο διττός στόχος, θα πρέπει να υπάρξουν μεταρρυθμίσεις σε δύο βασικούς τομείς:

Πρώτον, στο χώρο της υγείας. Όλο το σύστημα της υγείας θα πρέπει να αναθεωρηθεί και ό,τι σχετίζεται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα πρέπει να ενταχθεί κάτω από ένα υπουργείο. Δηλαδή νοσοκομεία, ασφαλιστικά Ταμεία κ.λπ. να ανήκουν σε ένα υπουργείο. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να αλλάξει το σύστημα συνταγογράφησης φαρμάκων και να γίνει πιο αποτελεσματικός ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Δεύτερον, στην εκπαίδευση. Θα πρέπει να ενισχυθεί ο τομέας των βρεφονηπιακών σταθμών και της προσχολικής εκπαίδευσης κάτω των τριών ετών. Η ποιότητα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πρέπει να βελτιωθεί, δίνοντας μεγαλύτερη αυτονομία στα σχολεία, περισσότερα χρήματα και βελτιώνοντας το σύστημα κατάρτισης των δασκάλων και των καθηγητών. Αλλαγές απαιτούνται και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, επιτρέποντας ιδιωτικά πανεπιστήμια, αναθεωρώντας το σύστημα χρηματοδότησης και προσφέροντας μεγαλύτερη αυτονομία στην επιλογή προσωπικού και φοιτητών.

Ηδη, τον κώδωνα του κινδύνου για τις αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής οικονομίας έκρουσε πριν από μία εβδομάδα το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, καθώς διαπιστώνει ραγδαία επιδείνωση της ανταγωνιστικότητας, ταυτόχρονα με τη διόγκωση των δημοσιονομικών προβλημάτων. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος για τον οποίο δεν βλέπει -στο ορατό τουλάχιστον μέλλον- επιστροφή στους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης των τελευταίων 15 περίπου ετών. Εως το

⁴⁹ Στεργίου Λεωνίδας (2009) Καθημερινή «ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»Ανάκτηση από: <http://news.kathimerini.gr>, Δεκέμβριος 2009

2014, και μετά τη διετία της ύφεσης (-1,7% το 2009 και -0,4% το 2010) ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ δεν αναμένεται, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΔΝΤ, να φτάσει στο 2%.⁵⁰

3.4.Η ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη των 12 ανήλθαν το 1993 σε 27,7% (έναντι 19% το 1970) ενώ οι συνταξιοδοτικές παροχές γήρατος και επιζώντων έφτασαν το 11,9% αντιπροσωπεύοντας το 42,3% των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας. Επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα το μερίδιο των συντάξεων είναι σημαντικά αυξημένο και σύμφωνα με τα στοιχεία της Επιτροπής το σχετικό ποσοστό ανήλθε σε 63% το 1993.

Η χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας εξασφαλίστηκε κατά τις προηγούμενες δεκαετίες κυρίως μέσω της σημαντικής αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών με συνέπεια οι άμεσοι φόροι επί της εργασίας (φόροι φυσικών προσώπων και ασφαλιστικές εισφορές) να αυξηθούν στην Κοινότητα κατά 40% σε πραγματικούς όρους μεταξύ 1970-90, δηλαδή με διπλάσιο ρυθμό σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες επιδρώντας ανοδικά στο κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος.

Είναι προφανές ότι η αύξηση του κόστους εργασίας πλήττει την ανταγωνιστικότητα των ευρωπαϊκών προϊόντων και έχει δυσμενείς επιπτώσεις επί της απασχόλησης, ιδιαίτερα σε συνθήκες διεθνοποίησης της οικονομίας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το γεγονός και θέτοντας ως βασικό στόχο τον περιορισμό της ανεργίας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει τη μείωση των μη μισθολογικών στοιχείων του κόστους της εργασίας κατά μία ή δύο μονάδες του ΑΕΠ. Μάλιστα, εκτιμάται ότι από μια μείωση των εργοδοτικών εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που θα ισοδυναμεί με 1% του ΑΕΠ, μπορεί να προκύψει μείωση 2,5% του ποσοστού ανεργίας μέσα σε τέσσερα χρόνια.

⁵⁰ Στεργίου Λεωνίδας (2009) Καθημερινή «ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ» Ανάκτηση από: <http://news.kathimerini.gr>, Δεκέμβριος 2009

Εφόσον έγινε πλέον κατανοητό ότι η πολιτική αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών έχει εξαντλήσει τις όποιες δυνατότητές της και αντίθετα οξύνει τα προβλήματα των ευρωπαϊκών οικονομιών, οι προσπάθειες μείωσης των ελλειμμάτων τα τελευταία χρόνια στοχεύουν κατά κύριο λόγο στη συγκράτηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας. Ιδιαίτερα όσον αφορά τις συντάξεις, προωθήθηκαν στη δεκαετία του 90 μεταρρυθμίσεις σε όλες τις χώρες της Κοινότητας που παρά τις διαφορές τους έχουν ως κοινό στόχο τη μείωση της αναμενόμενης μεταβίβασης εισοδήματος προς τους συνταξιούχους.

Συγκεκριμένα, επιδιώκεται να αυξηθεί η μέση ηλικία συνταξιοδότησης είτε μέσω της αύξησης της κανονικής ηλικίας συνταξιοδότησης (π.χ. Βρετανία, Γερμανία, Ελλάδα, Σουηδία, Φιλανδία, Ιταλία) είτε μέσω της αύξησης των ετών καταβολής εισφορών που απαιτούνται για πλήρη σύνταξη (π.χ. Γαλλία, Ιταλία). Γενικότερα, η τάση είναι να αυξηθεί η κανονική ηλικία συνταξιοδότησης τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες στα 65 έτη.

Παράλληλα, στις περισσότερες χώρες υιοθετήθηκαν μέτρα μείωσης του ύψους των συντάξεων είτε με τη μείωση του ανώτατου ποσοστού επί των αποδοχών (όπως έγινε π.χ. στη Φιλανδία) είτε μεταβάλλοντας τη βάση υπολογισμού του δικαιώματος (π.χ. Γαλλία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιταλία). Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις, οι συντάξεις αυξήθηκαν με ρυθμό χαμηλότερο του πληθωρισμού με αποτέλεσμα τη μείωση της πραγματικής αγοραστικής τους δύναμης.

Παρά τις προσπάθειες αυτές, υπό το βάρος των υποχρεώσεων που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα δημόσια προγράμματα συνταξιοδότησης αναμένεται να επιδεινωθούν σημαντικά κατά τις προσεχείς δεκαετίες, εφόσον η παρούσα δομή του συστήματος παραμείνει αναλλοίωτη. Ειδικότερα, ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης (άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ως ποσοστό των ατόμων 15-64 ετών) προβλέπεται ότι θα αυξηθεί στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών του ΟΟΣΑ κατά 17,1 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ 2000 και 2030 έναντι αύξησης 6,8 εκατοστιαίων μονάδων μεταξύ 1960 και 2000. Για την Ελλάδα, η αντίστοιχη αύξηση προβλέπεται ότι θα φθάσει τις 15,4 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ 2000 και 2030. Υπ' αυτές τις συνθήκες, το έλλειμμα των δημοσίων προγραμμάτων συνταξιοδότησης ως ποσοστό στο ΑΕΠ εκτιμάται ότι θα συνεχίσει να αυξάνει στη συντριπτική πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών τουλάχιστον μέχρι τα μέσα του 21ου αιώνα.

Η διόγκωση του λεγόμενου «εσωτερικού» ή «κρυφού» χρέους (implicit debt) των ταμείων αποτελεί χαρακτηριστική έκφραση της κρίσης που αντιμετωπίζει το δημόσιο σύστημα συνταξιοδότησης. Όταν οι εργαζόμενοι καταβάλλουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές δημιουργούν ταυτόχρονα την προσδοκία κάποιας μελλοντικής ροής εισοδήματος ανάλογα με τις συνθήκες που ισχύουν στη συγκεκριμένη χώρα και χρονική στιγμή (ηλικία συνταξιοδότησης, ύψος σύνταξης, κ.λπ). Η τρέχουσα αξία αυτής της μελλοντικής ροής εισοδήματος, μετά την αφαίρεση των προσδοκώμενων εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές και άλλες πηγές αποτελεί το «κρυφό» χρέος των ασφαλιστικών ταμείων. Το 1990, το χρέος αυτό υπολογίστηκε σε 145% του ΑΕΠ στο σύνολο των 12 χωρών της Κοινότητας, ενώ στην Ελλάδα ήταν σημαντικά υψηλότερο φτάνοντας το 196%. Συνεπώς, από την άποψη αυτή, η Ελλάδα βρίσκεται σε μια από τις χειρότερες θέσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση και οι ακάλυπτες υποχρεώσεις του συνταξιοδοτικού συστήματος αποτελούν σημαντική επιβάρυνση την οποία θα κληθούν ν' αντιμετωπίσουν η σημερινή αλλά και η επόμενη γενιά ασφαλισμένων. Μάλιστα θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το 1990, το κρυφό χρέος των ταμείων ήταν υπερδιπλάσιο του χρέους του ευρύτερου κυβερνητικού τομέα.

Το πρόβλημα δημιουργείται κυρίως από το γεγονός ότι στα δημόσια συνταξιοδοτικά προγράμματα διανεμητικού χαρακτήρα (pay-as-you-go) η χρηματοδότηση των παροχών εξαρτάται από τις ασφαλιστικές εισφορές όσων εργάζονται.

Στην υποθετική περίπτωση κατά την οποία ένας συνταξιούχος αντιστοιχεί σε τέσσερις εργαζόμενους και εφόσον το ύψος της μέσης σύνταξης ορισθεί στο 80% του μέσου μισθού, η ασφαλιστική εισφορά θα πρέπει να φθάσει το 20% του μέσου μισθού προκειμένου να χρηματοδοτηθούν οι συνταξιοδοτικές παροχές. Η αύξηση του δείκτη εξάρτησης για παράδειγμα, από 0.25 σε 0.5 (ένας συνταξιούχος αντιστοιχεί πλέον σε δύο εργαζόμενους) προϋποθέτει διπλασιασμό της ασφαλιστικής εισφοράς προκειμένου να διατηρηθεί σταθερός ο δείκτης παροχών και εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό, οδηγεί σε ελλειμματική λειτουργία των ταμείων, ή πτώση του δείκτη παροχών στο 40%, ή σ' ένα συνδυασμό των δυο αυτών επιλογών.

Στην πραγματικότητα, οι ασφαλισμένοι σε προγράμματα διανεμητικού χαρακτήρα, έναντι των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλουν, εξασφαλίζουν απλώς τη δέσμευση της Πολιτείας ότι η επόμενη γενιά εργαζομένων θα τηρήσει τους όρους του κοινωνικού συμβολαίου. Εφόσον οι ίδιοι

οι ασφαλισμένοι δεν συσσωρεύουν κάποιο κεφάλαιο για την καταβολή των συντάξεων αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο οι συνταξιοδοτικές παροχές να είναι τελικά σημαντικά μειωμένες σε σχέση με τις προσδοκίες τους, καθώς δημογραφικές ή άλλες εξελίξεις είναι πιθανό να καταστήσουν αδύνατη την τήρηση των δεσμεύσεων που έχουν αναληφθεί, ή να εξασθενήσουν την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών. Φυσικά, μια τέτοια εξέλιξη θα πλήξει την κοινωνική συνοχή απειλώντας με «πόλεμο μεταξύ των γενεών» όπως προβλέπουν αρκετοί ερευνητές.

Αντίθετα, στα προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα (funded schemes) το ύψος της συνταξιοδοτικής παροχής εξαρτάται από το κεφάλαιο που κάθε ασφαλισμένος έχει συσσωρεύσει στον προσωπικό του λογαριασμό (εισφορές + αποδόσεις) κατά το τέλος της εργάσιμης ζωής του. Έτσι, δεν δημιουργούνται άμεσα προβλήματα από τις δημογραφικές εξελίξεις και την γήρανση του πληθυσμού.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η κριτική προς τα συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα εστιάζεται κυρίως στο ότι αδυνατούν να εγγυηθούν πλήρως την πραγματική αξία του ετήσιου εισοδήματος που παρέχουν στους συνταξιούχους έναντι μιας μεγαλύτερης του αναμενόμενου αύξησης του πληθωρισμού.

Η ανάγκη αντιμετώπισης των δημοσιονομικών ανισορροπιών και κυρίως η κατανόηση του γεγονότος ότι η μεγάλη αύξηση των ελλειμμάτων και του κρυφού χρέους των ασφαλιστικών ταμείων τις προσεχείς δεκαετίες θα αποτελέσει σημαντικότερο περιοριστικό παράγοντα των διαδικασιών οικονομικής ανάπτυξης, ενώ παράλληλα είναι πιθανό να τεθεί υπό αμφισβήτηση η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, οδηγεί όλο και περισσότερους ερευνητές αλλά και διεθνείς οικονομικούς οργανισμούς και κυβερνήσεις στην αναζήτηση των κατάλληλων πολιτικών που θα επιτρέψουν τη ριζική αναδιάρθρωση και τον εκσυγχρονισμό του συνταξιοδοτικού συστήματος.

Στο επίκεντρο αυτής της συζήτησης βρίσκεται το ερώτημα κατά πόσο και υπό ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να επιδιωχθεί η αλλαγή της φιλοσοφίας του κοινωνικο- ασφαλιστικού συστήματος από κατά βάση διανεμητικό σε κεφαλαιοποιητικό.

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ καταβάλλονται τα τελευταία χρόνια συστηματικές προσπάθειες για την ανάπτυξη και σωστή λειτουργία συνταξιοδοτικών προγραμμάτων κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι μεταξύ 1971 και 1990 τα κεφάλαια

που διαχειρίζονται τα ιδιωτικά και τα επαγγελματικά συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα, αυξήθηκαν ως ποσοστό του ΑΕΠ στις ΗΠΑ από 29% σε 66%, στον Καναδά από 14% σε 35%, στη Βρετανία από 21% σε 73%, στη Δανία από 19% σε 60%, στην Ελβετία από 38% σε 70% και στην Ολλανδία από 29% σε 76%.

Η πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια, μέχρι σήμερα, για το μετασχηματισμό του υπάρχοντος συστήματος κοινωνικής ασφάλισης από διανεμητικό σε κατά βάση κεφαλαιοποιητικό έχει καταβληθεί στη Χιλή όπου το Μάιο του 1981 θεσμοθετήθηκε η δημιουργία ιδιωτικών ασφαλιστικών ταμείων που λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους αλλά και ως προς τα δημόσια προγράμματα συνταξιοδότησης. Οι ασφαλισμένοι κλήθηκαν να επιλέξουν ανάμεσα στην παραμονή τους στο παλαιό καθεστώς των δημοσίων προγραμμάτων διανεμητικού χαρακτήρα και στη μεταφορά των συνταξιοδοτικών τους δικαιωμάτων και ασφαλιστικών εισφορών σ' ένα από τα ιδιωτικά ταμεία που λειτουργούν κεφαλαιοποιητικά. Επίσης, το κράτος ανέλαβε την αποπληρωμή του κρυφού χρέους των δημοσίων ταμείων μέσω της καταβολής (όταν έρθει η ώρα της συνταξιοδότησης) στο λογαριασμό του ασφαλισμένου που εντάσσεται στο νέο καθεστώς, ενός εφάπαξ ποσού που αντιπροσωπεύει τις ασφαλιστικές εισφορές στο παλαιό σύστημα.

Οι ιδιαίτερα υψηλές αποδόσεις που πέτυχαν τα ιδιωτικά ταμεία συνταξιοδότησης - η πραγματική μέση ετήσια απόδοση των κεφαλαίων τους έφθασε το 12,6% μεταξύ 1981 και 1990 - επέτρεψαν την αύξηση των συνταξιοδοτικών παροχών παρά τη μείωση των εισφορών. Έτσι, οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλουν οι εργαζόμενοι που επιλέγουν το νέο σύστημα μειώθηκαν από 22% σε 13%, ενώ ταυτόχρονα καταργήθηκε η εργοδοτική εισφορά. Ως συνέπεια, αυξήθηκε το διαθέσιμο εισόδημα των εργαζομένων, η ροπή για αποταμίευση και βελτιώθηκαν οι αναπτυξιακές προοπτικές της οικονομίας. Παράλληλα, το μέσο επίπεδο των συντάξεων είναι σημαντικά υψηλότερο στο νέο σύστημα απ' ό,τι στα υπό κρατικό έλεγχο ταμεία. Συγκεκριμένα, 43% υψηλότερο στην περίπτωση των συντάξεων γήρατος, 100% υψηλότερο στην περίπτωση των συντάξεων αναπηρίας και 46% υψηλότερο στην περίπτωση των συντάξεων που λαμβάνουν τα επιζώντα μέλη της οικογένειας. Υπ' αυτές τις συνθήκες, η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος απεδείχθη εξαιρετικά δημοφιλής και το 95% περίπου του εργατικού δυναμικού της Χιλής επέλεξε να μεταφέρει τα συνταξιοδοτικά του δικαιώματα από τα δημόσια προγράμματα σε

κάποιο από τα ιδιωτικά συνταξιοδοτικά ταμεία που λειτουργούν στα πλαίσια του νέου καθεστώτος.

Ως αποτέλεσμα της επιτυχίας που σημείωσε η προσπάθεια αναμόρφωσης του ασφαλιστικού συστήματος της Χιλής, η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών της Λατινικής Αμερικής προχωράει στη ριζική αναμόρφωση των προγραμμάτων συνταξιοδοτικής προστασίας ή προγραμματίζει τη λήψη των αναγκαίων μέτρων. Για παράδειγμα, στην Αργεντινή, την Κολομβία και το Περού δημιουργήθηκε ένας δεύτερος άξονας συνταξιοδοτικής προστασίας κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα παράλληλα προς το υπάρχον δημόσιο σύστημα. Όπως και στη Χιλή, τα ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία λειτουργούν αποκεντρωμένα και ανταγωνιστικά επιδιώκοντας να προσελκύσουν το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό μελών ενώ η λειτουργία τους ελέγχεται στενά από μια εξειδικευμένη δημόσια αρχή. Η χρηματοδότηση της μετάβασης στην Κολομβία και το Περού πραγματοποιήθηκε, κατά τα πρότυπα της Χιλής, μέσω της έκδοσης ειδικών «ομολόγων αναγνώρισης» (recognition bonds), ενώ στην Αργεντινή επελέγη η προσαύξηση της σύνταξης με ένα ποσό που θα είναι συνάρτηση του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών στο παλαιό καθεστώς.

Αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ επιδιώκουν επίσης τη σταδιακή ενίσχυση των κεφαλαιοποιητικών χαρακτηριστικών του συνταξιοδοτικού τους συστήματος αξιοποιώντας τις υπάρχουσες δομές ή παραχωρώντας δικαίωμα επιλογής στους ασφαλισμένους όσον αφορά τη συμμετοχή τους στο δημόσιο ή σε κάποιο προσωπικό ή επαγγελματικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα. Για παράδειγμα, στη Σουηδία, το νέο ασφαλιστικό καθεστώς που ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 1997, προβλέπει ότι οι ασφαλιστικές εισφορές θα κατατίθενται σε προσωπικό λογαριασμό των ασφαλισμένων και το μεγαλύτερο μεν τμήμα τους θα χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση της δημόσιας επικουρικής σύνταξης διανεμητικού χαρακτήρα, αλλά το υπόλοιπο θα αποτελέσει προσωπικό συμπλήρωμα το οποίο θα καταβάλλεται παράλληλα με τη δημόσια σύνταξη. Από την άλλη μεριά, στη Βρετανία παρέχεται η δυνατότητα στους ασφαλισμένους να αποσυρθούν από το δημόσιο πρόγραμμα επικουρικής ασφάλισης (SERPS) εφόσον συμμετέχουν σε κάποιο προσωπικό ή επαγγελματικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα και οι εισφορές τους σ' αυτό δεν είναι κατώτερες του ποσού που απαιτείται να καταβάλουν στο δημόσιο πρόγραμμα. Το 1991, μόλις το 12% των εργαζομένων στη Βρετανία συμμετείχε αποκλειστικά στο SERPS, ενώ το 66% είχε

επιλέξει να αποσυρθεί συμμετέχοντας σε κάποιο ιδιωτικό ή επαγγελματικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της διεθνούς κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης και τις εμπειρίες από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες των τελευταίων χρόνων, η Διεθνής Τράπεζα σε πρόσφατη μελέτη της προτείνει στις χώρες του ΟΟΣΑ ένα μεικτό σύστημα κοινωνικής προστασίας που θα βασίζεται σε τρεις άξονες. Πρώτον, σ' ένα υποχρεωτικό δημόσιο πρόγραμμα συνταξιοδότησης, διανεμητικού χαρακτήρα, που θα έχει ως στόχο την ανακατανομή του εισοδήματος υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων. Δεύτερον, σε συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα υποχρεωτικά για το σύνολο του πληθυσμού. Τρίτον, στην ιδιωτική ασφάλιση προαιρετικά για όσους το επιθυμούν.

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε τα βασικά δεδομένα της κρίσης που αντιμετωπίζει το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα επισημαίνοντας ότι παρά τη θετική επίδραση των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 δεν έγινε δυνατό να ανακοπεί η τάση διόγκωσης των ελλειμμάτων των ταμείων. Επιπλέον θα υποστηρίξουμε ότι η αντικατάσταση του υφιστάμενου συστήματος μ' ένα τριαξονικό καθεστώς που κυρίως θα βασίζεται σε συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα θα εξασφαλίσει τη βιωσιμότητα των ταμείων μακροπρόθεσμα συμβάλλοντας παράλληλα στη βελτίωση των αναπτυξιακών προοπτικών της οικονομίας μας.⁵¹

⁵¹ Λένδρος Νίκος (2007) «Η αναγκαία αναδιάρθρωση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα» Ανάκτηση από: <http://www.hri.org>. Δεκέμβριος 2009

3.5. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.

Το οξύτατο χρηματοδοτικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα σημαντικότερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας πρωτοεμφανίζεται στη δεκαετία του '80. Μέχρι τότε, το οικονομικό ισοζύγιο των ασφαλιστικών οργανισμών ήταν συνήθως πλεονασματικό. Δυστυχώς, η ευνοϊκή οικονομική συγκυρία της περιόδου πριν το 1980 δεν αξιοποιήθηκε καθώς το κράτος επέβαλε διάφορες δεσμεύσεις στη διαχείριση των διαθεσίμων των ταμείων που δεν επέτρεψαν την αποτελεσματική χρησιμοποίησή τους.

Η σημαντικότερη παρέμβαση πραγματοποιήθηκε με τον Α.Ν. 1611/50 βάσει του οποίου τα ασφαλιστικά ταμεία αναγκάστηκαν να καταθέτουν τα διαθέσιμά τους στην Τράπεζα της Ελλάδος με επιτόκιο που όριζε κάθε φορά η Νομισματική Επιτροπή. Η ρύθμιση αυτή κατέληξε σε σημαντική απώλεια εσόδων καθώς το επιτόκιο των καταθέσεων αυτών οριζόταν σταθερά χαμηλότερο από το επιτόκιο ταμειυτηρίου και στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων χαμηλότερο κι από τον πληθωρισμό. Με αυτά τα δεδομένα, η συνολική αξία των περιουσιακών στοιχείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας που εποπτεύονται από το υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μειώθηκε ως ποσοστό του ΑΕΠ από 6,17% το 1975, σε 5,23% το 1980 και 3,71% το 1985. Με τη ψήφιση του Νόμου 1902/90 το ειδικό επιτόκιο των υποχρεωτικών καταθέσεων του Α.Ν. 1611/50 καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε από το τρέχον επιτόκιο ταμειυτηρίου, ενώ από την 1η Ιουνίου 1994 οι καταθέσεις των ασφαλιστικών ταμείων στην Τράπεζα της Ελλάδος επενδύονται πλέον σε τίτλους του Ελληνικού Δημοσίου.

Οι συνταξιοδοτικές παροχές αποτελούν το σημαντικότερο τμήμα των συνολικών δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων και η διόγκωσή τους στη δεκαετία του '80 συνέβαλε καθοριστικά στην εμφάνιση των ελλειμμάτων. Ιδιαίτερα την περίοδο 1980-85, παρατηρείται απότομη άνοδος της συνολικής συνταξιοδοτικής δαπάνης (ασφαλιστικά ταμεία και τακτικός προϋπολογισμός) η οποία ως ποσοστό του ΑΕΠ έφτασε το 10,8% το 1985 (ασφαλιστικά ταμεία: 8,5%, τακτικός προϋπολογισμός: 2,3%) έναντι 6,4% το 1980 (ασφαλιστικά ταμεία: 4,5%, τακτικός προϋπολογισμός: 1,9%) και 5,6% το 1975 (ασφαλιστικά ταμεία: 3,6%, τακτικός προϋπολογισμός: 2%)²⁰. Στην απότομη αυτή άνοδο συνέβαλαν καθοριστικά, εκτός από τα διαρθρωτικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα (γήρανση του

πληθυσμού, ωρίμανση μεγάλων ταμείων, οργανωτικός κατακερματισμός, περιορισμοί στη διαχείριση των διαθεσίμων), σειρά από ταμειακά αθεμελίωτες ρυθμίσεις και κυρίως η πολιτική αύξησης των πραγματικών συντάξεων που υιοθετήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80.

Στη διάρκεια της πρώτης υπό εξέταση δεκαετίας παρατηρείται μια σαφής τάση αύξησης της μέσης μηνιαίας σύνταξης σε πραγματικές τιμές η οποία είναι ιδιαίτερα έντονη στην περίπτωση του ΙΚΑ (υπερδιπλασιασμός) λιγότερο έντονη αλλά πάντως πολύ σημαντική στην περίπτωση του ΟΓΑ (περίπου διπλασιασμός) και λιγότερο σημαντική στην περίπτωση των συνταξιούχων του Δημοσίου (αύξηση 22% μεταξύ 1975 και 1985).

Επισημαίνεται ότι με το Νόμο 825/78 καθιερώθηκε για πρώτη φορά μηχανισμός αυτόματης αναπροσαρμογής των συντάξεων σύμφωνα με την άνοδο του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη. Έτσι, οι μεγάλες αυξήσεις μισθών που χορηγήθηκαν το 1982 αλλά και τα επόμενα χρόνια, μεταφέρθηκαν στις συντάξεις του ΙΚΑ.

Η πολιτική αύξησης των συντάξεων σε πραγματικές τιμές εγκαταλείφθηκε μετά το 1985 υπό το βάρος των αυξανόμενων ελλειμμάτων και της ανάγκης για δημοσιονομική πειθαρχία. Η αλλαγή κατεύθυνσης εκφράστηκε μέσω της εισοδηματικής πολιτικής αλλά και με σημαντικές παρεμβάσεις στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία των ταμείων. Αρχικά, με το Νόμο 1305/87, η αναπροσαρμογή των συντάξεων συνδέθηκε με την άνοδο του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή αντί της αύξησης στο ημερομίσθιο του ανειδίκευτου εργάτη. Αργότερα, με το Νόμο 1902/90, η αναπροσαρμογή των συντάξεων συνδέθηκε με τις αυξήσεις μισθών που χορηγούνται στους δημοσίους υπαλλήλους, ρύθμιση που ισχύει έκτοτε. Ως συνέπεια των παραπάνω, η μέση μηνιαία σύνταξη σε πραγματικές τιμές μειώθηκε μεταξύ 1985 και 1995, περισσότερο στην περίπτωση του ΙΚΑ και λιγότερο στην περίπτωση του Δημοσίου και του ΟΓΑ. Μάλιστα, όσον αφορά το ΙΚΑ, η μέση μηνιαία σύνταξη σε πραγματικές τιμές διαμορφώθηκε το 1995 σε επίπεδα ανάλογα του 1980.

Παρά την τάση μείωσης των συντάξεων σε πραγματικούς όρους μετά το 1985, η συνολική συνταξιοδοτική δαπάνη παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα καθώς την ίδια περίοδο διατηρήθηκε ισχυρή και σ' ορισμένες περιπτώσεις εντάθηκε, η επίδραση παραγόντων που επενεργούν αυξητικά στις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων όπως η μείωση της μέσης πραγματικής

ηλικίας συνταξιοδότησης και η γήρανση του πληθυσμού. Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η συνολική συνταξιοδοτική δαπάνη ανήλθε το 1995 σε 11,3% (ασφαλιστικά ταμεία: 9,1%, κρατικός προϋπολογισμός: 2,2%).

Υπ' αυτές τις συνθήκες, η αύξηση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων από εισφορές δεν ήταν δυνατό ν' ακολουθήσει αυτή των δαπανών. Πολύ περισσότερο που το γενικότερο οικονομικό πλαίσιο που διαμορφώθηκε στη δεκαετία του '80 από την πτώση των ρυθμών ανάπτυξης και την αύξηση της ανεργίας είχε αρνητική επίδραση στα έσοδα. Ως συνέπεια, τα ελλείμματα - κυρίως των μεγάλων ταμείων - διογκώθηκαν σε βαθμό που στις αρχές της δεκαετίας του '90 υπήρχαν πλέον βάσιμοι φόβοι για κίνδυνο άμεσης κατάρρευσης του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος υπό το βάρος των υποχρεώσεων του προς το πιστωτικό σύστημα και της αδυναμίας καταβολής των συντάξεων.

Με τη ψήφιση των Νομών 1902/90, 1976/91 και 2084/92 καταβλήθηκε μια ιδιαίτερα σημαντική προσπάθεια για τον περιορισμό των ελλειμμάτων και τον εξορθολογισμό του ασφαλιστικού συστήματος. Η προσπάθεια αυτή αφορούσε τόσο το σκέλος των δαπανών (για παράδειγμα, αύξηση της κανονικής ηλικίας συνταξιοδότησης για συγκεκριμένες κατηγορίες ασφαλισμένων, σύνδεση της αναπροσαρμογής των συντάξεων με τις αυξήσεις μισθών που χορηγούνται στους δημόσιους υπαλλήλους) όσο και το σκέλος των εσόδων (κυρίως αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών).⁵²

3.6.ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Μελέτη της ομάδας ειδικών του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, οι οποίοι το καλοκαίρι του 1992 εξέτασαν τις μακροπρόθεσμες προοπτικές του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, καταλήγει επίσης στο συμπέρασμα ότι τη προσεχή περίοδο, η συνεχής άνοδος του δείκτη συνταξιούχοι/ασφαλισμένοι θα δημιουργήσει πιέσεις για μια ραγδαία αύξηση των συνταξιοδοτικών δαπανών καθιστώντας έτσι αναγκαία την υιοθέτηση ενός προγράμματος ριζικής μεταρρύθμισης του υφιστάμενου καθεστώτος.

⁵² Λένδρος Νίκος (2007) «Η αναγκαία αναδιάρθρωση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα» Ανάκτηση από: <http://www.hri.org>. Δεκέμβριος 2009

Βασική διαπίστωση της συγκεκριμένης μελέτης είναι ότι εφόσον διατηρηθεί σταθερό στα επίπεδα του 1990 το ύψος των συνταξιοδοτικών παροχών (δηλαδή το ποσοστό του μέσου εισοδήματος που λαμβάνει ο κάθε συνταξιούχος κατά μέσο όρο ως σύνταξη) η γήρανση του πληθυσμού θα προκαλέσει αύξηση της συνολικής συνταξιοδοτικής δαπάνης από 15,1% του ΑΕΠ το 1990, σε 29,1% του ΑΕΠ το 2030 και 34,2% του ΑΕΠ το 2050. Συνεπώς, προκειμένου να αποφευχθεί η δραματική επιδείνωση των χρηματοοικονομικών ανισορροπιών που αντιμετωπίζει το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα, απαιτείται να ληφθούν μέτρα άμεσης απόδοσης που θα έχουν ως στόχο την αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης και τη μείωση του επιπέδου των παροχών.

Ειδικότερα, στη μελέτη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου προτείνονται μέτρα όπως: μερική τιμαριθμοποίηση των συντάξεων, περιορισμός λήψης πολλαπλών συντάξεων, μείωση των αδικαιολόγητα μεγάλων συντάξεων, σταδιακή αύξηση της κανονικής ηλικίας συνταξιοδότησης και επανεκτίμηση της εγγυρότητας των απαιτήσεων για σύνταξη αναπηρίας.

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι η μελέτη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου σχετικά με τη μεταρρύθμιση του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές αδυναμίες. Για παράδειγμα, μπορούμε να επισημάνουμε ότι τα προτεινόμενα μέτρα άμεσης απόδοσης έχουν αποσπασματικό χαρακτήρα και αγνοούν εντελώς το σκέλος των εσόδων όπου υπάρχουν μεγάλα περιθώρια για διορθωτικές παρεμβάσεις (καλύτερη αξιοποίηση της περιουσίας των ταμείων, αντιμετώπιση του προβλήματος της εισφοροδιαφυγής και εισφοροαποφυγής, επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σε τμήματα του εργατικού δυναμικού όπως οι μερικώς απασχολούμενοι και οι μετανάστες, κ.λπ.). Επίσης, οι εκτιμήσεις για την αύξηση της συνταξιοδοτικής δαπάνης ως ποσοστό στο ΑΕΠ βασίζονται σε στοιχεία για το ΑΕΠ που αργότερα αναθεωρήθηκαν προκαλώντας μείωση του ποσοστού της συνταξιοδοτικής δαπάνης για το 1990 που αποτελεί και το έτος βάσης. Σε πρόσφατη μελέτη υπολογίστηκε, χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία, ότι η συνολική συνταξιοδοτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ θα αυξηθεί από 11,7% το 1990, σε 22,6% το 2030. Ανεξαρτήτως όμως αυτών των αδυναμιών, το βασικό συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν οι ειδικοί του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου διατηρεί την ισχύ του: υπό το βάρος των δημογραφικών εξελίξεων, το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα θα αντιμετωπίσει την προσεχή περίοδο δραματική αύξηση του κόστους των συντάξεων με συνέπεια να απαιτείται η λήψη μέτρων άμεσης απόδοσης αλλά και ο ριζικός μετασχηματισμός της δομής του συστήματος.

Μάλιστα είναι πιθανόν, η τάση διόγκωσης του κατά κεφαλή κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης και οι εξελίξεις στην αγορά εργασίας να επιδεινώσουν ακόμα περισσότερο τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Από τη συζήτηση που προηγήθηκε γίνεται νομίζουμε σαφές ότι η κρίση που ήδη αντιμετωπίζει το Κράτος Πρόνοιας θα ενταθεί την προσεχή περίοδο προσλαμβάνοντας, ιδίως στη χώρα μας, οξύτατη μορφή. Δεδομένου ότι η περαιτέρω σημαντική αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών θα πρέπει να αποκλείεται, η διόγκωση των ελλειμμάτων και του κρυφού χρέους των ταμείων θα οδηγήσει αναπόφευκτα στη συνεχή μείωση του επιπέδου των παροχών ή, εναλλακτικά, στην υιοθέτηση μιας στρατηγικής για το ριζικό μετασχηματισμό της δομής του ασφαλιστικού συστήματος.

Η πρώτη επιλογή δεν αποτελεί ουσιαστική απάντηση στο πρόβλημα αλλά απλώς παράταση ζωής ενός καθεστώτος εν πολλοίς ξεπερασμένου και σε αναντιστοιχία με τις δημογραφικές εξελίξεις και τις αλλαγές που σημειώνονται στην αγορά εργασίας. Ταυτόχρονα, πρόκειται για επιλογή με βαρύτερες αρνητικές συνέπειες για την κοινωνική συνοχή και θα πλήξει, κατά κύριο λόγο, τα ασθενέστερα από οικονομική και πολιτική άποψη στρώματα του πληθυσμού που δύσκολα μπορούν να αντιδράσουν. Αντίθετα, η αντικατάσταση του υφιστάμενου διανεμητικού καθεστώτος από ένα μεικτό σύστημα με τρεις «πυλώνες» που θα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα θα διασφαλίσει τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων μακροπρόθεσμα, ενώ παράλληλα θα ενισχύσει σημαντικά τις αναπτυξιακές δυνατότητες της οικονομίας. Τρεις είναι οι βασικότεροι λόγοι που συνηγορούν υπέρ της τελευταίας αυτής παρατήρησης.

- Πρώτον, θα σταματήσει η διόγκωση των ελλειμμάτων και του κρυφού χρέους των ταμείων γεγονός που θα συμβάλλει στην εμπέδωση συνθηκών δημοσιονομικής πειθαρχίας καθώς θα χαλαρώσει, ή και θα εξαλειφθεί εντελώς, η πίεση για αύξηση των επιχορηγήσεων του τακτικού προϋπολογισμού προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και η μεταφορά των ληξιπρόθεσμων οφειλών τους στο δημόσιο χρέος.

- Δεύτερον, η αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος από διανεμητικό σε κατά βάση κεφαλαιοποιητικό αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση της ιδιωτικής ροπής για αποταμίευση διευκολύνοντας έτσι την επενδυτική δραστηριότητα και τη συσσώρευση κεφαλαίου. Η εκτίμηση

αυτή ενισχύεται κι από εμπειρικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και την Ελβετία και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υποχρεωτική ασφάλιση εργαζομένων σε επαγγελματικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα οδήγησε σε σημαντική αύξηση της ιδιωτικής αποταμίευσης.

- Τρίτον, η δημιουργία συνταξιοδοτικών προγραμμάτων κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα εκτιμάται ότι θα συμβάλλει στην ανάπτυξη της κεφαλαιαγοράς μέσω της συγκέντρωσης τεράστιων κεφαλαίων σε μικρό σχετικά αριθμό ισχυρών θεσμικών επενδυτών. Χαρακτηριστικά επισημαίνουμε ότι το 1990, τα κεφάλαια που διαχειρίζονται τα ιδιωτικά και τα επαγγελματικά συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα αντιστοιχούσαν στο 76% του ΑΕΠ στην Ολλανδία, 73% στη Βρετανία, 70% στην Ελβετία, 66% στις ΗΠΑ και 60% στην Ελβετία. Την ίδια χρονιά, σύμφωνα με τα στοιχεία του Κοινωνικού Προϋπολογισμού, τα κινητά περιουσιακά στοιχεία των 100 σημαντικότερων φορέων κοινωνικής ασφάλισης, πρόνοιας και αλληλοβοήθειας στην Ελλάδα μόλις και αντιστοιχούσαν στο 4,4% του ΑΕΠ.

Το αναμορφωμένο σύστημα συνταξιοδοτικής προστασίας θα πρέπει κατά τη γνώμη μου να διέπεται από 4 βασικές αρχές: α) κοινωνική αλληλεγγύη, β) ανταποδοτικότητα, γ) ατομική ευθύνη, δ) ανταγωνισμό.

Το υπάρχον δημόσιο διανεμητικό σύστημα δεν υπηρετεί κατά τρόπο ικανοποιητικό καμία από τις παραπάνω αρχές. Αντίθετα, μπορεί να χαρακτηριστεί ως το πλέον αναποτελεσματικό από οικονομική άποψη και άδικο σύστημα συνταξιοδοτικής προστασίας στην Ε.Ε.

Το προτεινόμενο σύστημα θα περιλαμβάνει τρεις άξονες συνταξιοδοτικής προστασίας εκ των οποίων ο πρώτος θα διασφαλίζει την κοινωνική αλληλεγγύη, ενώ ο δεύτερος και ο τρίτος άξονας θα λειτουργούν με βάση τις αρχές της ανταποδοτικότητας, του ανταγωνισμού και της ατομικής ευθύνης. Στην πραγματικότητα πρόκειται για ένα μεικτό σύστημα όπου επιτυγχάνεται μια νέα ισορροπία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού αλλά και ένα νέο κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των γενεών αλλά και των κοινωνικών ομάδων.

- Καταρχήν, ο πρώτος άξονας ο οποίος θα παρέχει τη βασική σύνταξη προτείνεται να είναι υποχρεωτικός και να χρηματοδοτείται σε διανεμητική βάση από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και το κράτος. Η βασική σύνταξη μπορεί να αποτελείται από δύο μέρη: α) ένα

ελάχιστο εγγυημένο από το δημόσιο ποσό που θα δίνεται σ' όσους έχουν συμπληρώσει ορισμένα χρόνια ασφάλισης ή και χωρίς αυτήν την προϋπόθεση σε περίπτωση αναπηρίας και θανάτου, β) από ένα τμήμα που θα αυξάνει τη βασική σύνταξη ανάλογα με το ύψος των καταβληθέντων εισφορών μέχρι ένα ανώτατο όριο.

- Ο δεύτερος άξονας ο οποίος θα παρέχει την επικουρική σύνταξη προτείνεται επίσης να είναι υποχρεωτικός, αλλά θα χρηματοδοτείται σε κεφαλαιοποιητική βάση από εργαζόμενους και εργοδότες. Στους ασφαλισμένους θα δοθεί η δυνατότητα να συνεχίσουν τη συμμετοχή τους στα υπάρχοντα επικουρικά ταμεία τα οποία όμως θα πρέπει να αναμορφωθούν ώστε να λειτουργήσουν κεφαλαιοποιητικά στα πλαίσια των νέων θεσμών που θα δημιουργηθούν, ή να συμμετάσχουν σε συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα προσφέρουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι εταιρείες αυτές θα ασχολούνται αποκλειστικά με τη συνταξιοδοτική προστασία και θα λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους. Η χρηματοδότηση της μετάβασης στο νέο καθεστώς για όσους ασφαλισμένους το επιθυμούν είναι ίσως το κρισιμότερο πρόβλημα που θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε. Λαμβάνοντας υπόψη το τεράστιο ύψος του κρυφού χρέους των ταμείων συνταξιοδότησης στη χώρα μας προτείνεται η καταβολή σύνταξης ανάλογα με τα ασφαλιστικά δικαιώματα που αποκτήθηκαν κατά την περίοδο ασφάλισης στο παλαιό καθεστώς και όχι η έκδοση ομολόγων αναγνώρισης.

- Τέλος, ο τρίτος άξονας θα παρέχει πρόσθετη ιδιωτική σύνταξη για όσους το επιθυμούν και προφανώς θα λειτουργεί σε κεφαλαιοποιητική βάση όπως συμβαίνει και σήμερα. Η ανάπτυξη του τρίτου άξονα θα πρέπει να ενισχυθεί με μέτρα φορολογικής πολιτικής.⁵³

⁵³ Λένδρος Νίκος (2007) «Η αναγκαία αναδιάρθρωση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα»
Ανάκτηση από: <http://www.hri.org>. Δεκέμβριος 2009

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών ο πληθυσμός της χώρας μας αυξάνει με πολύ αργό ρυθμό. Αυτή η τάση της στασιμότητας του δείκτη γονιμότητας και της παράτασης του ορίου της προσδοκώμενης ζωής είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων και τη μείωση του παραγωγικού πληθυσμού. Το γεγονός αυτό προκαλεί ανησυχίες, διότι επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη της χώρας και δημιουργεί προβλήματα στη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων, διότι μειώνονται τα έσοδα και αυξάνονται οι δαπάνες τους.

Το ασφαλιστικό μας σύστημα κινδυνεύει να χρεοκοπήσει τα προσεχή χρόνια, εφόσον δεν ληφθούν σύντομα ριζικά μέτρα για να το αναμορφώσουν. Είναι αναγκαίες θαρραλέες διαρθρωτικές αλλαγές για να εκσυγχρονιστεί το σύστημα αυτό και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που προκύπτουν από την εξέλιξη της κοινωνίας μας. Προκειμένου όμως να προχωρήσει η μεταρρύθμιση είναι απαραίτητη προϋπόθεση να υιοθετηθούν συναινετικές διαδικασίες από όλους τους εκπροσώπους των κοινωνικών φορέων που συμμετέχουν στον κοινωνικό διάλογο. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνουν με προσεκτικό σχεδιασμό ουσιαστικές κρατικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα αντιμετωπίσουν τα υπάρχοντα προβλήματα, θα βελτιώσουν και θα εξυγιάνουν το θεσμό της κοινωνικής προστασίας για να αποφευχθούν δυσάρεστες μελλοντικές εξελίξεις. Μεταξύ των άλλων προτείνονται τα ακόλουθα:

- πρέπει η κρατική μέριμνα να επεκτείνεται σε όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού της χώρας για να εξαλείψει ή να περιορίσει τις ανισότητες της ασφαλιστικής προστασίας
- ιδιαίτερα, όμως η κρατική φροντίδα πρέπει να παρέχεται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες που έχουν μεγαλύτερες οικογενειακές, οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες
- σε κάθε περίπτωση πρέπει να καταργηθούν τα προνόμια και να ενισχυθεί σταδιακά το εισόδημα των χαμηλοσυνταξιούχων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Ο καθηγητής

Άρης Σισσούρας (1996,σελ 6)⁵⁴ υποστηρίζει την άποψη ότι, αν θέλουμε το κράτος πρόνοιας για να μειώσουμε τις ανισότητες στην κοινωνία (που παράγει ο μηχανισμός της αγοράς), τότε θεμελιώδης αρχή είναι να προσεγγίσουμε τα ζητήματα αυτά με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι με τη δίκαιη και ισότιμη κατανομή των πόρων των ασφαλιστικών οργανισμών, αλλά και της κρατικής συνδρομής με τους κοινωνικούς πόρους και τις επιχορηγήσεις σε όλους τους ασφαλισμένους, και την εν γένει διαχείρισή του, το ασφαλιστικό σύστημα γίνεται δικαιότερο, περισσότερο αποδοτικό, βελτιώνεται το επίπεδο διαβίωσης των κατοίκων της χώρας και κατοχυρώνεται η κοινωνική συνοχή.

Ο εκσυγχρονισμός και η βελτίωση της διοίκησης και της οργάνωσης των ασφαλιστικών φορέων θα αυξήσει επίσης την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητά τους και θα μειώσει το κόστος της λειτουργίας τους και θα βελτιώσει την εξυπηρέτηση του πολίτη. Γι' αυτό είναι αναγκαίες ορισμένες κρατικές παρεμβάσεις για να γίνει η αναδιοργάνωση και η αναδιάρθρωση του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης. Μεταξύ αυτών των παρεμβάσεων σημειώνουμε και τις ακόλουθες:

- Επειδή η επαγγελματική κατάρτιση απαιτεί την απόκτηση ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων, είναι ανάγκη να θεσπιστούν μέτρα για την επαγγελματική εξειδίκευση και την επιμόρφωση των διοικητικών υπαλλήλων. Παράλληλα, η εισαγωγή της σύγχρονης μηχανοργάνωσης θα δώσει τη δυνατότητα στο προσωπικό των ασφαλιστικών φορέων να εκπαιδευτεί στην πληροφορική και στα νέα συστήματα εργασίας. Εξάλλου, η επιλογή των διοικητών, αλλά και των μελών των διοικητικών συμβουλίων των ασφαλιστικών οργανισμών πρέπει να γίνεται με αντικειμενικά και αξιοκρατικά κριτήρια.
- Στο διορισμό τους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιστημονική κατάρτιση, η εμπειρία, η γνώση και η ανεγνωρισμένη ικανότητά τους. Με τις κρατικές αυτές παρεμβάσεις αναμένεται να διορθωθούν οι ατέλειες στην οργάνωση, να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών και να ενισχυθεί η απόδοση και η αποτελεσματικότητα των ασφαλιστικών οργανισμών. Ιδιαίτερα μάλιστα, με την επέκταση της μηχανοργάνωσης στο σύστημα

⁵⁴ Σισσούρας Άρης, «Το κοινωνικό κράτος», Τα Νέα, 19-06-1996.

εργασιών θα επιταχυνθεί ο έλεγχος στην είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών, θα μειωθεί η εισφοροδιαφυγή και θα περιοριστούν επίσης οι λειτουργικές δαπάνες των ταμείων.

Για να υλοποιηθεί όμως η προσπάθεια της οικονομικής βελτίωσης των ασφαλιστικών φορέων είναι ανάγκη να ληφθούν επίσης και τα ακόλουθα μέτρα:

- με κατάλληλους χειρισμούς να αντιμετωπιστούν οι δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις, οι οποίες προκαλούν τη γήρανση του πληθυσμού. Για το σκοπό αυτό επιβάλλεται να εφαρμοστούν συγκεκριμένες πολιτικές για να αυξηθεί η γονιμότητα.

Ειδικότερα προτείνονται:

α) περισσότερες ευκαιρίες και ευνοϊκότεροι όροι για τη χορήγηση στεγαστικών δανείων.

Ιδιαίτερα πρέπει να ικανοποιούνται οι στεγαστικές ανάγκες των νεαρών ζευγαριών

β) ειδική νομοθετική προστασία πρέπει να ισχύσει για τις πολύτεκνες οικογένειες (π.χ. επέκταση των οικογενειακών επιδομάτων, περισσότερες φορολογικές απαλλαγές ανάλογα με τα μέλη τους, συχνότερες ευκαιρίες για την εξεύρεση εργασίας των μελών τους, κ.λπ.).

Το ποσοστό των εργαζομένων γυναικών στη χώρα μας είναι χαμηλό, αν και οι συνταξιοδοτικές τους προϋποθέσεις είναι ευνοϊκότερες από εκείνες που ισχύουν για τους άνδρες. Να δημιουργηθούν περισσότερα κίνητρα, τα οποία θα διευκολύνουν την ενεργότερη συμμετοχή στις εργαζόμενες γυναίκες - μητέρες για να αντιμετωπίσουν τις οικογενειακές και τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις (π.χ. επέκταση του δικτύου των βρεφονηπιακών σταθμών, ειδικά συστήματα απασχόλησης με μειωμένο ωράριο, προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης κ.λπ.).

Η αύξηση του αριθμού των εργαζομένων γυναικών θα ενισχύσει τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών.

Το κράτος οφείλει να αναλάβει τις ευθύνες του απέναντι στους ασφαλισμένους. Στις άμεσες προτεραιότητες των κρατικών παρεμβάσεων πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνονται και τα ακόλουθα γενικότερα μέτρα:

- ταχύτερη ενοποίηση των ομοειδών ταμείων
- ανάθεση της εποπτείας όλων των ασφαλιστικών φορέων σε ένα μόνο υπουργείο
- εναρμόνιση των νομικών καθεστώτων σε ένα ενιαίο σύστημα για απλούστευση της ισχύουσας πολύπλοκης και συχνά αντιφατικής ασφαλιστικής νομοθεσίας.
- αυστηρότερος έλεγχος για τον περιορισμό των άσκοπων ιατροφαρμακευτικών και διοικητικών δαπανών
- καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
- άμεση είσπραξη των χρεών της κοινωνικής ασφάλισης από τις επιχειρήσεις του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
 - άμεση ρύθμιση των χρεών των ασφαλιστικών φορέων
- κατάργηση των χαρισματικών νομοθετικών διατάξεων ορισμένων ασφαλιστικών φορέων
 - αποτελεσματικότερη αξιοποίηση και ορθολογικότερη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων
- επανεξέταση ολόκληρου του καταλόγου των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων
 - ενίσχυση της ανεξαρτησίας και της διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας των ασφαλιστικών οργανισμών (π.χ. μεγαλύτερη ελευθερία στη διαχείριση των διαθέσιμων πλεονασμάτων των ταμείων)
 - καταπολέμηση της εισφοροδιαφυγής και της φοροδιαφυγής
- ομαλή ενσωμάτωση των ξένων μεταναστών στην αγορά εργασίας με όλες τις απαιτούμενες νόμιμες διαδικασίες.
- ειδικότερες νομοθετικές ρυθμίσεις για τη συνταξιοδότηση των ατόμων με αναπηρίες

- η λήψη όλων των μακροοικονομικών μέτρων που θα συμβάλουν στην αύξηση του ρυθμού ανάπτυξης, στη μείωση της ανεργίας και στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για τον ενεργό πληθυσμό
- ενεργοποίηση του αρθ. 64 του Ν. 2084/1992 για το μητρώο ασφαλισμένων, εργοδοτών και συνταξιούχων
- τέλος, όλες οι προσπάθειες πρέπει να στραφούν στην καλύτερη, ταχύτερη και αποδοτικότερη εξυπηρέτηση των εργαζομένων, διότι η απώλεια αρκετού χρόνου από τις ώρες εργασίας τους, εξαιτίας της καθυστέρησης της διεκπεραίωσης μιας υπόθεσής τους από τις υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων, προκαλεί γενικότερο κοινωνικό και οικονομικό κόστος.

Η εφαρμογή των μέτρων που αναφέραμε θα συμβάλει στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του ασφαλιστικού μας συστήματος κατά τις προσεχείς δεκαετίες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Commission of the European Communities, DG V, 2001: National policies to combat social exclusion. First Annual Report of the European Community Observatory. Edited by Graham Room.
2. ECONOMIST.,(2008),Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από http://www.economist.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4859:%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1%20%CE%A6%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82&catid=9&Itemid=10
3. EUROPA.,(2008), Ασφαλιστικά Ταμεία, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/greece_el.pdf
4. <http://www.etipos.com/content/staticfiles/issues/2007/12/08/081207%202.pdf>
5. Karokis A., Sissouras A(1994)., The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris
6. OECD, 1996, Health Data
7. Strobel, Pierre, 1996: From poverty to exclusion: a wage-earning society or a society of human rights? International Social Science Journal, 148, June 1996, 173-189
8. WHO Health for all database, Regional Office for Europe
9. Αλεξιάδης Α(2000),Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ
10. Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθηνών.,(2008),Κοινωνικός Προϋπολογισμός 2008, Ανάκτηση στις 15-4-2009 από http://www.acsmi.gr/bio_themata/2008/nov_dec08_35.htm
11. Βότσης Γ(1997),Ο κοινωνικός αποκλεισμός στο καθημερινό λόγο, Ελευθεροτυπία
12. Δέσποινα Κ.,(2007), Δωρεάν υγεία με 1800 ευρώ ανά οικογένεια, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από <http://www.e-tipos.com/newsitem?id=18490>
13. Διακογιάννης Γιάννης, «Οι προτάσεις της κυβέρνησης για το Ασφαλιστικό», Τα Νέα, 21-22 Απριλίου 2001, σελ. 13.
14. Ε. Μωραΐτης, Τ. Κουρή-Ζαραφονίτη, Μ.Π. Μερκούρης(1990) Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1: 5-23,

15. Ευρωπαϊκή Επιτροπή(1992), Οριοθέτηση Κοινωνικού Αποκλεισμού,
http://ec.europa.eu/index_el.htm
16. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004),Νομοθετήματα στην Ελλάδα,
<http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08
17. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004),Νομοθετήματα στην Ελλάδα,
<http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08
18. Καβουνίδη Τ(2000), Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες,
Ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής, δημοσιευμένο στο Έκθεση για το
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα,
έκδοση ΕΚΚΕ, τ. Β', σελ. 47-79
19. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : www.mohaw.gr
20. Κουκλάκη Δ.,(2007), Πληρώνουμε €1.800 κάθε χρόνο τη... δωρεάν Υγεία, Ανάκτηση
στις 10-4-2009 από
21. Κουσνέρ Μ(1996),Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα
22. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας.
Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,
23. Κωνσταντοπούλου Α(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>
24. Λένδρος Νίκος (2007) «Η αναγκαία αναδιάρθρωση της κοινωνικής ασφάλισης στην
Ελλάδα» Ανάκτηση από: <http://www.hri.org>. Δεκέμβριος 2009
25. Νεκτάριος Μιλτιάδης, «Τα αποθεματικά των ταμείων είναι η πέτρα του σκανδάλου. Η
μετάβαση στην κεφαλοποιητική λογική της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί τον κορμό
της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στην Ευρώπη», Οικονομικός Ταχυδρόμος, σελ., 39
Αθήνα, 14-7-2001.
26. Παπάδης Κ., «Οι προτάσεις και οι αντιδράσεις για την ασφάλιση. Η λύση του ΙΚΑ επί
τάπητος για 350 χιλιάδες δημόσιους υπαλλήλους», Το Βήμα, 16-05-2001.
27. Παρασκευόπουλος Λ.,(2006), Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, Ανάκτηση στις 20-7-
2009 από <http://www.google.gr>
28. ΠΕΣΥΠ(2002),Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, [http://www.pesyp-
amth.gr/greek/resources.php](http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php)

29. Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περιθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα
30. Πολυνείκης Α.,(2007), Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-7-2009 από [http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%)
31. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ(2002), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη
32. Ρομπόλης Σάββας (2009) «Το Ευρωπαϊκό Περιβάλλον του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα»
33. Σαλούρου Ρ.,(2008), Τρελή Κούρσα Δαπανών Υγείας, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από <http://www.athina984.gr/node/24823>
34. Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περιθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, Ανάκτηση στις 10-4-2009 από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
35. Σισσούρας Άρης, «Το κοινωνικό κράτος», Τα Νέα, 19-06-1996.
36. Στεργίου Λεωνίδα (2009) Καθημερινή «ΟΟΣΑ ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ Η ΥΦΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ» Ανάκτηση από: <http://news.kathimerini.gr>, Δεκέμβριος 2009
37. Τούντας Γ.,(2003), Οικονομία της υγείας, Ανάκτηση στις 15-7-2009 από <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>
38. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ
39. Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio> Ανακτήθηκε 20-2-08
40. Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν(1995). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα

