

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
(ΤΕΙ) ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.
ΜΙΑ ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.



ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Κ.ΜΑΥΡΕΑΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ : Π.ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ & Π.ΜΑΝΤΑΦΟΥΝΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ»

- 1.1 Ιστορική Αναδρομή
- 1.2 Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης
- 1.3 Οργανωτικές ανεπάρκειες και Αναχρονιστικές Διαδικασίες
- 1.4 Η Διοίκηση των Ταμείων
- 1.5 Η Κρατική Εποπτεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

«ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ»

- 2.1 Η Φιλομονοπωλιακή Πολιτική
- 2.2 Η κακή Διαχείριση των Πόρων
- 2.3 Η Άρνηση του Κράτους να ενισχύσει την Κοινωνική Ασφάλιση
- 2.4 Οι Επιβαρύνσεις των Ταμείων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

«ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΓΙΑΝΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ»

- 3.1 Ο Διάλογος με τους Εργαζόμενους
- 3.2 Η Εξασφάλιση του Δημόσιου Χαρακτήρα της Κοινωνικής Ασφάλισης
- 3.3 Μέτρα Στήριξης των Ασφαλιστικών Ταμείων
- 3.4 Ο Εκσυγχρονισμός της Οργάνωσης και της Διοίκησης των Ασφαλιστικών Ταμείων
- 3.5 Ενιαίο Σύστημα Ασφάλισης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

«ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ»

- 4.1 Γενικά
- 4.2 Ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας
- 4.3 Η Ασθένεια ως Πρόβλημα Υγείας και Οικονομικό Πρόβλημα
- 4.4 Ιδιωτική Ασφάλιση και Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
- 4.5 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Διεθνώς
- 4.6 Συμπεράσματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

«ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

- 5.1 Γενικά
- 5.2 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και Κοινωνική Ασφάλιση
- 5.3 Ιδιωτική Ασφάλιση και Οικονομία
- 5.4 Ασφαλιστική Αγορά
- 5.5 Πίνακες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

«ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ»

- 6.1 Ο Ρόλος και οι Εξελίξεις της Ιδιωτικής Κερδοσκοπικής Ασφάλισης
- 6.2 Ανάλυση της Εξέλιξης της Ιδιωτικής μη Κερδοσκοπικής Ασφάλισης
- 6.3 Προοπτικές της Ιδιωτικής μη Κερδοσκοπικής Ασφάλισης
- 6.4 Προοπτικές της Ιδιωτικής Κερδοσκοπικής Ασφάλισης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

«Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ – ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ»

- 7.1 Βασικά Χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Ασφάλισης και Ιδιωτικής Ασφάλισης
- 7.2 Κρατική Ανάλυση των Χαρακτηριστικών των δύο Διαφορετικών Συστημάτων Ασφάλισης

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας εργασίας είναι: *«Κοινωνική και Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα»*.

Η εργασία αποτελείται από επτά (7) κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή της κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζεται η οργάνωσή της, καθώς και οι οργανωτικές ανεπάρκειες όπως και τα προβλήματα στη Διοίκηση των ταμείων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι αιτίες της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης, ποιο συγκεκριμένα αναλύονται οι φιλομονοπωλιακή πολιτική η κακή διαχείριση των πόρων καθώς και οι επιβαρύνσεις των ταμείων οι οποίες προκύπτουν από την άρνηση του κράτους για ενισχύσεις. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται προτάσεις για την εξυγίανση του συστήματος όπως ο διάλογος με τους εργαζομένους, η εξασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα της Κοινωνικής Ασφάλισης, μέτρα στήριξης των ταμείων κ.λ.π.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Γίνεται μία αναφορά στην έννοια και στο ρόλο της Ιδιωτικής Ασφάλισης και παρουσιάζεται η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Διεθνώς.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Οικονομία της Ελλάδας.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η Ιδιωτική μη Κερδοσκοπική Ασφάλιση. Ποιο συγκεκριμένα αναλύονται ο

ρόλος οι εξελίξεις και οι προοπτικές της Ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής Ασφάλισης.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται σύγκριση των δύο συστημάτων Ασφάλισης, Ιδιωτικής και Κοινωνικής. Απ' όπου βγαίνει το συμπέρασμα ότι και τα δύο συστήματα υγείας θεωρούνται βασικοί συμπληρωματικοί κοινωνικοί θεσμοί στη λειτουργία των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών. Επίσης η ενίσχυση της Ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής Ασφάλισης στην Ελλάδα ασκεί θετικές επιδράσεις στις ασφαλιστικές ανάγκες του πληθυσμού συμπληρώνοντας την Κοινωνική Ασφάλιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ»

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η κοινωνική ασφάλιση, με τη σύγχρονη σημασία της, θεσμοθετήθηκε στα τέλη του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, σαν συνέπεια της οργανωμένης παρουσίας ισχυρής εργατικής τάξης, ιδιαίτερα στις βορειοευρωπαϊκές χώρες. Η πρώτη παραχώρηση της αστικής τάξης σημειώθηκε το 1881 στη Γερμανία, όταν έγινε προσπάθεια, με τις κοινωνικές ασφαλίσεις, να αναχαιτιστούν οι εργατικές διεκδικήσεις και να αποτραπούν εκρηκτικές γι' αυτή κατάσταση. Οι πρώτες παραχωρήσεις της αστικής τάξης δεν έγιναν χωρίς αντιδράσεις από τους συντηρητικότερους εκπροσώπους της. Βασικά επιχειρήματά τους ήταν ότι θα συνεπαγόταν άμβλυνση του αισθήματος αυτοευθύνης του ατόμου και ότι θα αναστελλόταν η οικονομική πρόοδος, αφού θα αφαιρούνταν τεράστια ποσά από τον επενδυτικό τομέα της οικονομίας για να δοθούν προς άμεση κατανάλωση.

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, δόθηκε μια ουσιαστική ώθηση στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης. Πριν ακόμη τελειώσει ο πόλεμος, οι ηγεσίες των δυτικών συμμάχων, για να μπορέσουν να ζητήσουν θυσίες από τους λαούς για την απόκρουση του φασισμού, αναγκάστηκαν να δεχτούν ορισμένες διακηρύξεις για τα

ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα. Στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (10.12.1948) ορίστηκε ότι κάθε μέλος της κοινωνίας έχει δικαίωμα για κοινωνική ασφάλεια (άρθρο 22), και ότι δικαιούται ασφάλεια για τις περιπτώσεις ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας, χηρείας, γηρατειών (άρθρο 25).

Με την ένταση της πίεσης του εργατικού κινήματος, μετά τον πόλεμο άρχισε να γίνεται αποδεκτή μια τάση να θεμελιωθεί για κάθε άτομο δικαίωμα να απαιτεί από το κράτος ένα ελάχιστο επίπεδο παροχών. Η γραμμή αυτή διαμορφώθηκε με το γνωστό σχέδιο του Άγγλου Μπέβεριντζ. Οι κατακτήσεις που πέτυχαν οι εργαζόμενοι στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, ιδιαίτερα στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, επέτρεψαν στους αστούς ρεφορμιστές να ισχυρίζονται ότι οι θεσμοί της κοινωνικής προστασίας αποτελούν ένα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία των ευρωπαϊκών πολιτικών συστημάτων.

Και στη χώρα μας η ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται με την ισχυροποίηση της εργατικής τάξης. Για να κερδίσουν οι εργαζόμενοι τις όποιες κατακτήσεις τους στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, χρειάστηκαν πολύ-χρόνοι και σκληροί αγώνες.

Κάτω από την πίεση των ναυτικών συστάθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT), το 1861. Παραμονές των μεγάλων κινητοποιήσεων των μεταλλωρύχων Λαυρίου συστάθηκε το Ταμείο Μεταλλευτών, Το 1882. Με την ίδρυση, το 1918, του Σοσιαλιστικού Εργατικού Κόμματος Ελλάδος (κατοπινά ΚΚΕ) και της Γενικής Συνομοσπονδίας

Εργατών Ελλάδας εντάθηκαν οι αγώνες της εργατικής τάξης. Την Πρωτομαγιά του 1919 κηρύχτηκε πανελλαδική απεργία με αιτήματα την τιμαριθμική αναπροσαρμογή των μισθών και ημερομισθίων και την καθιέρωση οχτάωρης εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων. Η εισροή άλλωστε και η εγκατάσταση 1,5 εκατομμυρίου προσφύγων από τη Μικρασία και τον Πόντο δημιούργησε νέες ανάγκες, αλλά και ισχυρότερο προλεταριάτο.

Πρώτος καρπός των αγώνων της εργατικής τάξης είναι ο ν. 2868/1922, που έδωσε ώθηση για τη σύσταση ασφαλιστικών ταμείων κατά επιχείρηση. Μετά το 1925 συστάθηκαν ταμεία για την ασφαλιστική κάλυψη των μισθωτών κατά επαγγελματικό κλάδο (ταμεία αρτεργατών, κεραμοποιών, τυπογράφων κ.ά.). Παράλληλα οργανώθηκε η ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών αυτοτελώς απασχολούμενων (ταμεία υγειονομικών, νομικών, αυτοκινητιστών, κ.ά.).

Στο πρόγραμμα δράσης που ψήφισε η Ολομέλεια της ΚΕ του ΚΚΕ, που συνήλθε από 15 ως 18.12.28, διατυπώθηκαν διεκδικήσεις και για τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Κάτω από τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης του 1929, αλλά και την πίεση της εύρωστης τώρα εργατικής τάξης, τα αστικά πολιτικά κόμματα αναγκάζονται να δουν σοβαρά το κοινωνικοασφαλιστικό ζήτημα. Τελικά καθιερώθηκε, με το ν.5733/1932 και το ν.6298/1934, η κάλυψη από το ΙΚΑ του μεγάλου όγκου των μισθωτών, για σύνταξη και ασθένεια.

Από πολύ νωρίς συστάθηκαν και ταμεία επικουρικής ασφάλισης, καθώς και ταμεία πρόνοιας για τη χορήγηση εφάπαξ παροχών. Ορισμένα από αυτά είχαν συσταθεί από τα μέσα του περασμένου αιώνα (Μετοχικά Ταμεία Στρατού, Ναυτικού, Πολιτικών Υπαλλήλων). Για την ανάπτυξη της επικουρικής ασφάλισης έδωσαν σοβαρή ώθηση η οικονομική κρίση του 1929 και, κατοπινά, η ανεπάρκεια των παροχών που χορηγούσε το ΙΚΑ. Τα περισσότερα ταμεία επικουρικής ασφάλισης συστάθηκαν στη δεκαετία του '30 (Εργατών Μετάλλου, Προσωπικού Εταιριών Τσιμέντων, Λιπασμάτων, Εμπορικών Καταστημάτων κ.ά.) και στην κατοχική περίοδο (Ηλεκτροτεχνιτών, Υπαλλήλων Δέρματος, Φαρμακοϋπαλλήλων κ.ά.). Με το ν.2066/1952 συστάθηκαν τα ταμεία Αρωγής Δημοσίων Υπαλλήλων. Το 1945 καθιερώθηκε η ασφάλιση ανεργίας των μισθωτών βιομηχανικών επιχειρήσεων και το 1951 επεκτάθηκε σε όλους τους μισθωτούς με σχέση ιδιωτικού δικαίου. Το 1958 καθιερώθηκε ο Διανεμητικός Λογαριασμός Οικογενειακών Επιδομάτων Μισθωτών (ΔΛΟΕΜ). Οι επιδράσεις των τάσεων που επικράτησαν στις χώρες της Ευρώπης και αλλού, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, δεν έγιναν σοβαρά αισθητές στη χώρα μας. Η υπόθεση της κοινωνικής ασφάλισης των εργαζομένων πέρασε στα χέρια της «Αμερικανικής Αποστολής», που βρισκόταν στην Ελλάδα στα πλαίσια του διαβόητου σχεδίου Μάρσαλ. Κάτω από τις οδηγίες της ψηφίστηκε ο ν. 1846/1951, με τον οποίο επιδιώχθηκε κάποια αναδιοργάνωση του ΙΚΑ, χωρίς όμως να παρθούν μέτρα

που να εξασφαλίζουν την ουσιαστική βελτίωση του θεσμού. Το 1961 συστάθηκε ο ΟΓΑ και καθιερώθηκε η παροχή των γνωστών βοηθημάτων στους αγρότες. Η κυβέρνηση της ΕΡΕ, τότε, θορυβημένη από την άνοδο της Αριστεράς (ΕΔΑ) στις εκλογές του 1958, αναγκάστηκε να κάνει την παραχώρηση αυτή προς τους αγρότες, για να τους συγκρατήσει στην εκλογική της πελατεία.

Σημειώνουμε, τέλος, ότι το Σύνταγμα του 1952 έμεινε μακριά από τις αντιλήψεις της εποχής για τα κοινωνικά δικαιώματα. Μα ακόμη και το Σύνταγμα του 1975 έχει περιλάβει, για τα κοινωνικά δικαιώματα, διατάξεις εντελώς ανεπαρκείς και αόριστες, που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν σαν απλές ευχές.

1.2 Κρίση της κοινωνικής ασφάλισης

Η κοινωνική ασφάλιση της χώρας μας περνάει σήμερα σοβαρή κρίση. Η κρίση αυτή εκφράζεται, από το ένα μέρος με την ανεπάρκεια των πόρων που διατίθενται για την ικανοποίηση των κοινωνικοασφαλιστικών αναγκών των εργαζομένων, και από το άλλο, από τη συνεχή αύξηση των αναγκών αυτών, λόγω της παράτασης της οικονομικής. Τα χρηματικά ποσά δηλαδή που έχουν αποσπάσει οι εργαζόμενοι για τις συντάξεις, περίθαλψη, επιδόματα, εφάπαξ κτλ., παρ'όλο που δεν είναι ευκαταφρόνητα, δεν επαρκούν να καλύψουν τις μεγαλύτερες σήμερα ανάγκες τους, που προκύπτουν από την έξοδο στη σύνταξη με μεγαλύτερους ρυθμούς, την

αύξηση ανέργων και, γενικά, από την όξυνση της οικονομικής κρίσης. Πολλά από τα ασφαλιστικά ταμεία, ιδιαίτερα αυτά που καλύπτουν τις μεγάλες ομάδες εργαζομένων, αδυνατούν να εξασφαλίσουν αδιατάρακτη καταβολή κι αυτών ακόμη των χαμηλών παροχών που προβλέπει η σχετική νομοθεσία. Ορισμένα μάλιστα απ'αυτά αντιμετωπίζουν κατάσταση πτώχευσης.

Από το άλλο μέρος, δε διαφαίνεται καμία προοπτική βελτίωσης των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης. Αντίθετα είναι έκδηλη η προσπάθεια συνεχούς παρέμβασης, από μέρους της άρχουσας τάξης, για περικοπές στις παροχές αυτές.

Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης δεν αφορά, βέβαια, μόνο τους συνταξιούχους, αλλά όλους τους εργαζόμενους. Η εμπιστοσύνη τους προς το θεσμό και το μέλλον του έχει αρχίσει να κλονίζεται.

Τα περισσότερο σοβαρά προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης, που αποτελούν και τις κύριες εκδηλώσεις της κρίσης της, είναι, σήμερα, η διεύρυνση των ανασφάλιστων τμημάτων του πληθυσμού, η συνεχής υποβάθμιση των παροχών της, η διόγκωση των ελλειμμάτων πολλών ταμείων και η πλημμελής οργάνωση και διοίκηση όλων σχεδόν των ταμείων¹.

Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης επιδεινώνεται από την απαράδεκτη οργανωτικολειτουργική της κατάσταση.

Σε άλλες χώρες η κοινωνική ασφάλιση ασκείται είτε από ένα φορέα, συνήθως μια κρατική υπηρεσία, είτε από περισσότερους φορείς, συνήθως αυτοδιοικούμενα ΝΠΔΔ. Σε όσες χώρες η ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων αντιμετωπίστηκε, όχι με βάση ένα γενικό πρόγραμμα, αλλά περιπτωσιακά, η κοινωνική ασφάλιση οργανώθηκε σε πολλούς φορείς, που ο καθένας τους κάλυψε είτε ορισμένους κινδύνους είτε όλους τους κινδύνους μιας ή ορισμένων ομάδων εργαζομένων. Η ελληνική πραγματικότητα αποτελεί τυπικό παράδειγμα αυτής της οργάνωσης.

Στη χώρα μας λειτουργούν σήμερα 385 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης. Από αυτά υπάγονται στο ΥΥΠΚΑ 282 (κύριας ασφάλισης 28, επικουρικής 66, ασθενείας 35, πρόνοιας 94, αλληλοβοηθητικά 59), στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας 10 (επικουρικής 4, πρόνοιας 6), στο υπουργείο Οικονομικών 1 (επικουρικής), στο υπουργείο Εργασίας 86 (ανεργίας, στράτευσης και οικογενειακών επιδομάτων 1, κατοικίας 1, πρόνοιας 84) και στο υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας 6 (κύριας ασφάλισης 1, επικουρικής 1, ασθενείας 1 και πρόνοιας 3). Ακόμη παρέχουν ασφάλιση στο προσωπικό τους, για έναν ή περισσότερους κλάδους, η ΔΕΗ, ο ΟΛΠ, οι Δήμοι και η Βουλή. Τέλος, το Δημόσιο παρέχει κύρια σύνταξη και ασφάλιση ασθένειας στους δημόσιους υπαλλήλους, στους στρατιωτικούς, το προσωπικό της αστυνομίας και τους βουλευτές. Ο μεγάλος αριθμός των ταμείων και κλάδων αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής μας ασφάλισης και

ασφαλώς και μια από τις σοβαρές αδυναμίες της. Τα περισσότερα από τα ταμεία καλύπτουν ένα μικρό αριθμό ασφαλισμένων και συνταξιούχων, συνήθως τα μέλη κλειστών ομάδων εργαζομένων. Όπως ήδη σημειώσαμε, το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ, ο ΟΓΑ και το Δημόσιο καλύπτουν το μεγάλο μέρος των εργαζομένων.

Το πρόβλημα της πολυκατάτμησης της ασφάλισης, συνεπώς, αφορά περισσότερο τις μικρές κλειστές ομάδες εργαζομένων. Κύρια δυσχεραίνει τη βιωσιμότητά τους είναι η ύπαρξη μεγάλης πληθυσμιακής βάσης, που μόνο αυτή μπορεί να εξασφαλίζει έναν κανονικό συσχετισμό εσόδων και δαπανών. Επίσης, δυσχεραίνει την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας τους. Τα ισχνά οικονομικά μέσα και το ελάχιστο προσωπικό που διαθέτουν δεν επιτρέπουν τη χρήση σύγχρονων διαδικασιών και την εφαρμογή μηχανογραφικών μέσων.

Από τις πιο απλές περιπτώσεις της πολυκατάτμησης της ασφάλισης είναι τα έξοδα διοίκησης των μικρότερων ταμείων, που σε ορισμένα ξεπερνούν τα ανεκτά όρια. Επίσης και η υπονόμηση, σ'ένα βαθμό, της ενότητας της εργατικής τάξης και των άλλων εργαζομένων προκαλεί αναπόφευκτα μια διαμάχη ανάμεσα στις διάφορες ομάδες εργαζομένων και τάσεις περιφρούρησης, από κάθε ομάδα, των πραγματικών ή υποτιθέμενων προνομίων της.

¹: Ρουμπακιώτης: Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης – Σύγχρονη Εποχή 1990 (σελ. 9-13)

1.3 Οργανωτικές ανεπάρκειες και αναχρονιστικές διαδικασίες

Ο βαθμός αποκέντρωσης των υπηρεσιών των ταμείων, πλην του ΙΚΑ, είναι μικρός μέχρι ανύπαρκτος. Η αποτελεσματική αποκέντρωση δεν είναι πρακτικά δυνατή για πολλά από τα μικρά ταμεία. Θα μπορούσε να ήταν αν κάθε ταμείο είχε, περίπου, τους μηχανισμούς του ΙΚΑ. Αν οι υπηρεσίες εσόδων π.χ. των ταμείων Μετάλλου, Δέρματος κτλ., είχαν, σε τοπική έκταση, τη διάρθρωση των υπηρεσιών εσόδων του ΙΚΑ. Το κόστος όμως μιας τέτοιας διάρθρωσης θα καταβρόχθιζε τους προϋπολογισμούς των ταμείων αυτών.

Οι όποιες προσπάθειες για αποκέντρωση στη χορήγηση παροχών του ΙΚΑ, περιορίστηκαν στην αποκέντρωση της ουράς στις πληρωμές των συντάξεων και στην παροχή ιατρικής περίθαλψης, με τη μεταφορά της ουράς για τις συντάξεις στα γραφεία των ΕΛΤΑ και της ουράς για την ιατρική περίθαλψη στους οικογενειακούς γιατρούς και στα «ραντεβού» στα ιατρεία.

Οι διοικητικοί μηχανισμοί των ταμείων δεν έχουν την απαραίτητη υποδομή και τον απαραίτητο εξοπλισμό (μηχανοργάνωση, ηλεκτρονικούς υπολογιστές) για τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας τους. Τα γνωστά φαινόμενα της γραφειοκρατίας αποτελούν μόνιμα στοιχεία στη λειτουργία τους, και οι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι συχνά καταταλαιπωρούνται. Ένα πλέγμα πολυνομίας, με διατάξεις αντιφατικές, επιβάλλει την

παρουσία μεσαζόντων, που λυμαινονται τους ασφαλισμένους και συνταξιούχους.

Οι ακολουθούμενες διαδικασίες είναι, κατά κανόνα, χρονοβόρες και απαρχαιωμένες. Η απόδειξη του χρόνου ασφάλισης και της θεμελίωσης δικαιώματος για παροχές απαιτεί πλήθος δικαιολογητικών, που συνεπάγονται καθυστερήσεις και ταλαιπωρίες. Οι καθυστερήσεις στην απονομή των συντάξεων έχουν καταντήσει κοινωνικό πρόβλημα. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται για τη βελτίωση και την είσπραξη των εσόδων, συνεπάγονται σοβαρές διαφυγές εσόδων, αλλά και απώλειες ημερών ασφάλισης των εργαζομένων. Το σύστημα καταβολής των εισφορών με την αγορά « ενσήμων », που καθιερώθηκε από την έναρξη της λειτουργίας του ΙΚΑ, στηρίζεται σε χειρόγραφες, σε μεγάλο βαθμό, διαδικασίες και επιτρέπει πλήθος καταστρατηγήσεις από την πλευρά της εργοδοσίας. Το σύστημα της είσπραξης των εσόδων του ΤΕΒΕ, αλλά και άλλων ταμείων αυτοτελώς απασχολούμενων, μέσω «ενσημοπωλητών », δεν είναι απλά αναχρονιστικό, είναι πρωτόγονο.

Σοβαρό πρόβλημα για τα ταμεία είναι οι ανεπάρκειες πολλών υπηρεσιών τους, και κύρια των υπηρεσιών οικονομικής διαχείρισης. Οι υπηρεσίες διαχείρισης και λογιστηρίου των ταμείων, ιδιαίτερα των επικουρικών, έχουν μόνιμη δυσλειτουργικότητα και καθυστερήσεις ετών. Οι ισολογισμοί και απολογισμοί πολλών ταμείων κλείνουν μετά πάροδο 2-10 ετών. Η γραφειοκρατία, οι διαδικασίες

κλπ. , είναι φαινόμενα σύμφυτα με το καπιταλιστικό σύστημα, που σε ένα βαθμό το εξυπηρετούν, αφού στενεύουν τη ροή των ασφαλιστικών παροχών, βάζουν στους εργαζόμενους στα κανάλια της ρουσφετολογίας και διευκολύνουν τον εφοδιασμό των ταμείων με τον όποιο εξοπλισμό και τα όποια υλικά διαθέτουν οι ιδιωτικές εταιρίες.

1.4 Η διοίκηση των ταμείων

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, ανεξαρτήτους, αυτόνομους φορείς και τη διοίκησή τους αναλαβαίνουν διοικητικά συμβούλια (ΔΣ), που κατά κανόνα συγκροτούνται από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και συνταξιούχων, των εργοδοτών και του κράτους. Ωστόσο, με το διορισμό των προέδρων και μελών των ΔΣ από την κάθε φορά κυβέρνηση, η ανεξαρτησία και αυτονομία των ταμείων περιορίζονται σοβαρότατα. Ενώ από την ισχύουσα νομοθεσία προβλέπεται η υπόδειξη των εκπροσώπων των εργαζομένων από τις οικείες οργανώσεις τους, δεν παίρνονται υπόψη οι υποδείξεις ακόμη και των μεγάλων συνδικαλιστικών οργανώσεων, διορίζονται νόθοι εκπρόσωποι, συνήθως συνδικαλιστές και άλλα στελέχη που ελέγχονται από το κόμμα που βρίσκεται κάθε φορά στην κυβέρνηση.

Όμως, τα ασφαλιστικά ταμεία δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να διαχειρίζονται τις αποταμιεύσεις των ασφαλισμένων, που προέρχονται από πολύχρονο μόχθο, δηλαδή τη συλλογική περιουσία των εργαζομένων, και, συνεπώς, είναι αδιανόητο και, γιατί όχι, και ανήθικο, να έχουν τη διοίκησή τους εγκάθετοι, ξένοι προς τα πραγματικά συμφέροντα της εργατικής τάξης και των άλλων εργαζομένων. Εξάλλου, μόνο με τη συμμετοχή γνήσιων εκπροσώπων των εργαζομένων μπορεί να διασφαλίζεται η διαχείριση, η σωστή διοίκηση και η δημοκρατία στα ταμεία. Τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και συνταξιούχων στα ΔΣ την κατοχυρώνει η διάταξη της παρ. 4, άρθρο 22 του Συντάγματος.⁴¹ Επίσης, τη συμμετοχή προβλέπουν οι Διεθνείς Συμβάσεις 102/1952 και 128/1967. Ας σημειωθεί ότι σε πολλές χώρες ισχύει η αιρετή εκπροσώπηση των εργαζομένων, όπως στη Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο. Στη Γαλλία μάλιστα οι εργαζόμενοι έχουν την πλειοψηφία στις διοικήσεις των ταμείων.

Τα ΔΣ, εξάλλου, στερούνται ουσιαστικών αρμοδιοτήτων και δεν αποτελούν παρά όργανα με διακοσμητικό χαρακτήρα.

Τα συνδικάτα ζητούν τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης και της λειτουργίας των ταμείων. Η συμμετοχή τους αυτή θα σήμαινε και διάλογο, αλλά και δημοκρατικό έλεγχο και, συνεπώς, μια άλλη πολιτική για τα ταμεία. Έτσι, το

ζήτημα της συμμετοχής αποτελεί ένα πεδίο ταξικής πάλης, που αποβλέπει στην κατοχύρωση και βελτίωση των ασφαλιστικών κατακτήσεων των εργαζομένων.

1.5 Η κρατική εποπτεία

Η λεγόμενη κρατική εποπτεία στα ασφαλιστικά ταμεία ασκείται, όχι από ένα, αλλά από πολλά υπουργεία. Τα περισσότερα τα εποπτεύει το ΥΥΠΚΑ. Όσον αφορά το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ, το ΥΥΠΚΑ περιορίζεται, κατά κύριο λόγο, στο να εγκρίνει τους προτεινόμενους κανονισμούς και να διορίζει τα συλλογικά όργανα. Στα άλλα ταμεία παρεμβαίνει, πέρα από τα γενικά θέματά τους, και στις ειδικότερες δραστηριότητές τους. Η κρατική αυτή εποπτεία χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη οποιασδήποτε θετικής παρέμβασης για τα ταμεία, γι' αυτό και έχει χαρακτηριστεί, αρκετά εύστοχα, σαν φάρσα, που παίζεται σε βάρος των ταμείων¹.

Η παρέμβαση του ΥΥΠΚΑ, με την έννοια της χάραξης μιας θετικής κοινωνικοασφαλιστικής πολιτικής και της παρακολούθησης της εφαρμογής της ισχύουσας νομοθεσίας, ήταν και είναι ανύπαρκτη σχεδόν. Υπηρετεί την αναχαίτιση των διεκδικήσεων των εργαζομένων, την πρακτική των εξαγγελιών για την παραπλάνηση της κοινής γνώμης, και τις επιδιώξεις, του κάθε φορά κυβερνώντος κόμματος, με τον έλεγχο των ΔΣ, την πρακτική του ρουσφετιού κτλ.

Οι μαζικές ρουσφετολογικές προσλήψεις προσωπικού, που έγιναν τα τελευταία χρόνια, είχαν παραλυτικές επιδράσεις στα ταμεία (καταστάσεις παρασιτισμού, αδρανοποίηση φιλότιμων υπαλλήλων κ.ά.), με αποτέλεσμα γενικότερες αρνητικές επιδράσεις στην ομαλή και αποδοτική λειτουργία των ταμείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

«ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ»

2.1 Η φιλομονοπωλιακή πολιτική

Οι αιτίες της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης έχουν τις ρίζες τους στη γενικότερη λειτουργία του συστήματος του κρατικομονοπωλιακού καπιταλισμού, αλλά και στην ειδικότερη πολιτική που ακολουθούσε και ακολουθεί το αστικό κράτος στα γενικά ζητήματα της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης του τόπου μας. Η πρώτη από τις κύριες αιτίες της κρίσης είναι η φιλομονοπωλιακή πολιτική, που ασκείται εδώ και δεκαετίες στη χώρα μας, και που, στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, εκφράζεται με την υποταγή της κοινωνικής ασφάλισης στο σύστημα της κυριαρχίας του κεφαλαίου και της εκμετάλλευσης, δηλαδή στη λογική των υπερκερδών των επιχειρήσεων.

Η στασιμότητα στην απασχόληση, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του εισοδήματος των εργαζομένων, που αποτελούν συνέπειες της πολιτικής αυτής, συνεπάγονται εξαρθρωτικές επιπτώσεις στην κοινωνική ασφάλιση. Ιδιαίτερα δυσμενείς επιπτώσεις συνεπάγονται για το ΙΚΑ, γιατί οι εργαζόμενοι που πλήττονται είναι, κατά κύριο λόγο, ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Επιπτώσεις στα έσοδά του, αφού περιορίζεται ο κύκλος

των ασφαλισμένων του, αλλά και στα έξοδά του, αφού όλο και περισσότεροι καταφεύγουν στις παροχές ασφάλισης. Η μείωση του εισοδήματος, εξάλλου, πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στα έσοδα, συνεπάγεται και τη συγκέντρωση των συνταξιούχων στα κατώτατα όρια συντάξεων.

Με τη γενικότερη πολιτική της λιτότητας, που ακολουθείται, μεταφέρεται απευθείας στους καπιταλιστές σοβαρή μάζα κεφαλαίων, που αποσπάται από το εισόδημα των εργαζομένων, αλλά και από τις κοινωνικές ασφαλίσεις τους. Το Εργατικό Κέντρο Αθήνας έχει υπολογίσει τις απώλειες αποδοχών των εργατών στην τριετία 1986-1988 σε 16,5%. Στο ποσοστό αυτό πρέπει να προστεθεί ένα 6,5% τουλάχιστον, που αντιστοιχεί σε απώλειες στα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης.

2.2 Η κακή διαχείριση των πόρων

Δεύτερη αιτία είναι το καθεστώς καταλήστευσης των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης, που θεσμοθετήθηκε στα πλαίσια της ίδιας πολιτικής, που από παλιά ακολουθούσαν οι συντηρητικές κυβερνήσεις. Το καθεστώς αυτό, που περιλαμβάνει την τεράστια εκμετάλλευση των αποθεματικών της ασφάλισης, τις εισφοροαπαλλαγές, την τεράστια εισφοροδιαφυγή και τις καθυστερήσεις οφειλών της εργοδοσίας, παραμένει πάντα ανέπαφο, στο όνομα της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.

Για να μην ενοχληθεί η εργοδοσία διατηρείται, από το ένα μέρος, το σύστημα ανάθεσης σ' αυτή του έργου της υλοποίησης της ασφάλισης των εργαζομένων και, από το άλλο, η οργανωτική και λειτουργική ανεπάρκεια των υπηρεσιών εσόδων των ταμείων, για να μην προβαίνουν σε ουσιαστικούς ελέγχους. Επίσης, δεν παίρνονται μέτρα είσπραξης των καθυστερούμενων οφειλών. Οι οφειλές μόνο προς το ΙΚΑ, από 14,8 δισεκατομμύρια, που ήταν τον Απρίλη του 1982, έφτασαν στα 95 δισεκατομμύρια. Από τις οφειλές αυτές το 1/3 περίπου αντιστοιχεί σε εισφορές εργαζομένων, που έχουν παρακρατηθεί αλλά δεν έχουν αποδοθεί, που υπεξαιρέθηκαν δηλαδή από τους εργοδότες. Σ' αυτές πρέπει να προστεθούν και οφειλές 50 δισεκατομμυρίων, περίπου, από πρόσθετα τέλη. Με τις καθυστερήσεις οφειλών έχει προκύψει, μάλιστα, τα τελευταία χρόνια, ένα νέο φαινόμενο. Ενώ παλιότερα καθυστερήσεις σημειώνονταν από τις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα, τώρα σημειώνονται και από τις επιχειρήσεις του δημόσιου τομέα. Δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί, δήμοι, ΚΤΕΛ, ποδοσφαιρικές εταιρίες, κρατικά θέατρα κτλ., οφείλουν μεγάλα ποσά. Σοβαρές καθυστερήσεις σημειώνονται και από τις λεγόμενες προβληματικές επιχειρήσεις, χωρίς μάλιστα να αναζητηθούν οποιεσδήποτε ευθύνες από τους πρώην ιδιοκτήτες τους. Πίσω από την κρατική ανοχή προς τις δημόσιες επιχειρήσεις κτλ., κρύβεται σε μεγάλο βαθμό, ανοχή για τη μη εξόφληση χρεών ιδιωτικών επιχειρήσεων προς τις δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμούς.

Από την κακή διαχείριση των πόρων της ασφάλισης προκύπτουν τεράστιες απώλειες εσόδων. Οι απώλειες των ταμείων από τις μειωμένες προσόδους των αποθεματικών τους υπολογίζονται σε ένα 10% των αποθεματικών, δηλαδή γύρω στα 25 δισεκατομμύρια κάθε χρόνο. Ο Δ. Στεργίου είχε υπολογίσει τις απώλειες από τα διαθέσιμα, για την περίοδο 1973-1982, εξαιτίας μόνο του χαμηλότερου τόκου που δίνει η Τράπεζα Ελλάδας, σε 25 δισεκατομμύρια. Οι απώλειες από την άτοκη διαχείριση από τις εμπορικές τράπεζες των κεφαλαίων κίνησης υπολογίζονται σε 2 δισεκατομμύρια το χρόνο. Οι απώλειες από τις εισφοροαπαλλαγές υπολογίζονται σε 2 δισεκατομμύρια.

Από τις βεβαιωμένες οφειλές της εργοδοσίας 6 δισεκατομμύρια περίπου το χρόνο εισπράττονται ποτέ. Σ' αυτές πρέπει να προστεθούν και 5 δισεκατομμύρια περίπου από τις απώλειες προστίμων, τόκων κτλ. Η εισφοροδιαφυγή υπολογίζεται σε 70 δισεκατομμύρια περίπου από το χρόνο, κατά μέσο όρο. Συνολικά οι απώλειες από το καθεστώς καταλήστευσης των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης φαίνεται να ξεπερνούν τα 110 δισεκατομμύρια το χρόνο. Οι σοβαρές αυτές απώλειες των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης υπογραμμίζουν τη συνέχιση της ασυδοσίας του κεφαλαίου, σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης, αφού αποτελούν γι' αυτό αντίστοιχα, σημαντική πηγή παράνομων κερδών. Η ασυδοσία αυτή αποτελεί έναν ακόμα κρίκο στην αλυσίδα των προνομίων, που έχει επιβληθεί υπέρ του κεφαλαίου, όπως

φοροδιαφυγή, υπερτιμολογήσεις και υποτιμολογήσεις, θαλασσοδάνεια, ρεμούλες κ.ά.

Οι απώλειες έχουν αρχίσει με την έναρξη λειτουργίας των ταμείων και πήραν διαστάσεις από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Οι συσσωρευμένες απώλειες της ασφάλισης δεν μπορούν να εκτιμηθούν με κάποια προσέγγιση, οπωσδήποτε όμως είναι τεράστιες. Έχει εκτιμηθεί από τη Διοίκηση του ΙΚΑ ότι το χαμηλό ύψος του επιτοκίου καταθέσεων είχε σαν αποτέλεσμα μια διαρροή πόρων για το ΙΚΑ της τάξης των 450 δισεκατομμυρίων, σε σημερινές τιμές. Οι απώλειες των ταμείων από το 1975 μέχρι το 1988, μαζί με τους τόκους των δανείων, υπολογίζεται ότι ξεπέρασαν το αστρονομικό ποσό του 1,5 τρισεκατομμυρίων δραχμών. Στις απώλειες αυτές των ταμείων δεν συμπεριλαμβάνουμε τις απώλειες εσόδων από την αυξανόμενη ανεργία, καθώς και τις μειώσεις αποδοχών των εργαζομένων λόγω της αποδυνάμωσής τους από τον πληθωρισμό.

2.3 Η άρνηση του κράτους να ενισχύσει την Κοινωνική Ασφάλιση

Τρίτη αιτία, που κι αυτή απορρέει από την ακολουθούμενη φιλομονοπωλιακή πολιτική, είναι η άρνηση του κράτους να διαθέσει ενισχύσεις για την κοινωνική ασφάλιση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Σε άλλες χώρες, κύρια ευρωπαϊκές, οι εργαζόμενοι πέτυχαν τη δεσμοθέτηση κάποιων ευρύτερων κοινωνικών προγραμμάτων, με τη χρηματοδότηση της ασφάλισης από

κρατικές ενισχύσεις. Στη χώρα μας θεσπίστηκε η συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση του ΙΚΑ από το 1951, αλλά ποτέ δεν ενεργοποιήθηκε ο σχετικός νόμος (ν. 1846/1951, άρθρο 24).

Από παλιά το κράτος έκανε ότι μπορούσε για να φορτώσει τις επιβαρύνσεις για την ασφάλιση αποκλειστικά στους εργαζόμενους. Με τη σύσταση του ΝΑΤ (1861) π.χ., δεν προβλέφθηκαν εισφορές σε βάρος των πλοιοκτητών. Εργοδοτικές εισφορές αρχίζουν να επιβάλλονται με την άνοδο των αγώνων των εργαζομένων. Δεν έχουν επιβληθεί, ακόμη, εργοδοτικές εισφορές σε βάρος των εκδοτών εφημερίδων. Αξίζει να σημειώσουμε, ακόμη, ότι, με τη σύσταση του ΙΚΑ, προβλέφτηκε, σε μεγάλο βαθμό, η απαλλαγή των εργοδοτών από τις ευθύνες αποζημίωσης για τα εργατικά ατυχήματα των μισθωτών τους, που είχαν καθιερωθεί σε βάρος τους από το 1914 (ν. 551/1914). Τις ευθύνες τους αυτές τις φορτώθηκε το ΙΚΑ, με τη χορήγηση επιδόματος ασθένειας ή σύνταξης λόγω εργατικού ατυχήματος. Με την πολιτική αυτή για την κοινωνική ασφάλιση, οι ενισχύσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό δεν ήταν επιθυμητές, όπως δεν ήταν επιθυμητή και η ανάπτυξη ευρύτερων κοινωνικών προγραμμάτων, πράγμα που έγινε σε άλλες χώρες, ή η άσκηση έστω μιας στοιχειώδους κοινωνικής πολιτικής. Όμως, όπως έχουν δείξει οι εμπειρίες από άλλες, χωρίς κρατικές ενισχύσεις, δεν είναι δυνατό οι ασφαλιστικές παροχές να γίνουν ουσιαστικές.

Η άρνηση του κράτους να συμμετάσχει στα βάρη της κοινωνικής ασφάλισης είχε και μια σειρά αρνητικές επιπτώσεις στην οργάνωση και τη λειτουργία της. Οδήγησε στην άρνηση κατάρτισης και οποιουδήποτε προγράμματος ουσιαστικής κοινωνικοασφαλιστικής πολιτικής, αφού θα απαιτούσε κρατικούς πόρους και, τελικά, σε μια αποστασιοποίηση του κράτους στα θέματα της οικονομικής στήριξης και βιωσιμότητας των ταμείων. Οδήγησε, επίσης, στην άναρχη ανάπτυξη του θεσμού, σε ανισότητες στη χρηματοδότηση και στις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, σε ελλιπή προστασία, στην ατελή κατοχύρωση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων και στη σημερινή απαράδεκτη οργανωτικολειτουργική κατάσταση της ασφάλισης.

Αποτέλεσμα της άρνησης του κράτους να συμμετάσχει στα βάρη της ασφάλισης είναι και η ανυπαρξία αναλογιστικών μελετών, από τις οποίες θα επιβάλλονταν απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις στις οικονομικές εξελίξεις των ταμείων. Ιδιαίτερα για τις εξελίξεις που προκύπτουν από τη δυσμενή μεταβολή της σχέσης ασφαλισμένων συνταξιούχων. Η μεταβολή αυτή σχετίζεται με τη λεγόμενη ωρίμανση της ασφάλισης. Ήδη τα περισσότερα ταμεία ξεπέρασαν τα 30-35 χρόνια ζωής και έχουν μπει στη φάση της ωρίμανσης. Στα περισσότερα ταμεία η σχέση έχει πέσει κάτω από τη σχέση 4:1, που θεωρείται αναγκαία για να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους.

2.4 Οι επιβαρύνσεις των ταμείων

Το αστικό κράτος επιβάρυνε ακόμη τα ταμεία, κύρια το ΙΚΑ, με σημαντικές ειδικές επιβαρύνσεις, με την άσκηση μιας ιδιόμορφης «προνοιακής» πολιτικής.

Κατά καιρούς προχώρησε στη συγχώνευση πολλών προβληματικών ταμείων, κύρια στο ΙΚΑ. Από το 1949 μέχρι το 1981 συγχωνεύτηκαν, μόνο στο ΙΚΑ, 23 ελλειμματικά ταμεία. Από το 1982 κι ύστερα συγχωνεύτηκαν 1 κύριας ασφάλισης στο ΙΚΑ, 8 επικουρικής στο ΙΚΑ-TEAM και 2 κύριας στο Ταμείο Εμπόρων. Με τις συγχωνεύσεις αυτές έχει βρεθεί ένας πρωτότυπος τρόπος άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Τα χρεοκοπημένα ταμεία συνεισφέρουν τα ελλείμματά τους, και το κράτος, που βέβαια φέρει την ευθύνη για τη χρεοκοπία τους, δεν ενοχλείται, αφού μεταφέρει τις υποχρεώσεις τους στο ΙΚΑ ή άλλα ταμεία.

Επίσης, έχει επιβάλει τη συνταξιοδότηση από το ΙΚΑ και άλλα ταμεία, από το 1963, των ομογενών από την Αίγυπτο, τη Ρουμανία, την Τουρκία κτλ., μεταθέτοντας και πάλι τις δικές του υποχρεώσεις για την κοινωνική κάλυψη των ομογενών στα ασφαλιστικά ταμεία.

Η άσκηση της πολιτικής αυτής σε βάρος του ΙΚΑ και άλλων ταμείων, πέρα από το ότι στέρησε στο παρελθόν τους ασφαλισμένους και συνταξιούχους από κάποιες καλύτερες παροχές, επηρεάζει και σήμερα σημαντικά τα οικονομικά τους ισοζύγια. Τέτοια μέτρα κοινωνικής πολιτικής μπορούμε, βέβαια, να πούμε ότι βρίσκονται μέσα

στα πλαίσια της κοινωνικής αποστολής των ταμείων. Είναι όμως αυτονόητο ότι θα έπρεπε να στηριχθούν με αντίστοιχους κρατικούς πόρους και όχι με τις εισφορές των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ και τα άλλα ταμεία. Η πολιτική αυτή της μετάθεσης υποχρεώσεων του κράτους στα ταμεία ονομάστηκε «προνοιακή» πολιτική. Παρ'όλο όμως που όλες οι κυβερνήσεις επικαλούνται την πολιτική αυτή, σαν δείγμα τάχα της φροντίδας τους για τους εργαζόμενους, δεν έχουν προβεί ποτέ σε κάποια αποτίμηση των επιβαρύνσεων που προκαλούνται στα ταμεία. Άλλωστε οι επιβαρύνσεις αυτές θα έπρεπε να αποδίδονται στα ταμεία από τον κρατικό προϋπολογισμό. Με το ν. 465/1970 προβλέφθηκε η απόδοση των χρηματικών δαπανών των ταμείων, που αντιστοιχούν σε κοινωνικούς και οικονομικούς σκοπούς, από τον κρατικό προϋπολογισμό. Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΙΚΑ για το κόστος της «προνοιακής» πολιτικής του κόστους (συγχώνευση ταμείων, συνταξιοδότηση ομογενών, κατώτατα όρια συντάξεων κτλ.), καθώς και της «οικονομικής» πολιτικής του (εισφοροαπαλλαγές κτλ.), οι δαπάνες για την περίοδο 1986-1990 θα ανέλθουν σε 494 δισεκατομμύρια δραχμές.

Σοβαρές επιβαρύνσεις προκαλούνται και από την ειδική μεταχείριση του κράτους σε μια ομάδα προνομιούχων, που σήμερα περιλαμβάνει αρκετές χιλιάδες κατά καιρούς παράγοντες και στελέχη οργανισμών ή τραπεζών, τιτλούχους ανώτερους κρατικούς υπαλλήλους, συμβούλους, στελέχη μονοπωλιακών επιχειρήσεων κ.ά.. Οι πιο πάνω,

ύστερα μια άνετη πολυαπασχόληση σε καίριες θέσεις του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα, εξασφαλίζουν πολλές συντάξεις, από διαφορετικές πηγές καθώς και εφάπαξ. Οι συντάξεις τους αυτές, όπως και τα εφάπαξ, δεν αντιστοιχούν βέβαια στις ατομικές εισφορές τους, αλλά είναι αποτέλεσμα μιας ειδικής μεταχείρισής τους, με τη θέσπιση ενός πολυδάπανου παραασφαλιστικού καθεστώτος. Είναι φανερό ότι οι χαριστικές ρυθμίσεις συνεπάγονται κοινωνικές διαβαθμίσεις χρήσιμες για τη στήριξη και διαιώνιση του αστικού κράτους. Μ' αυτές, μπορεί να στελεχώνει τους μηχανισμούς του με γενίτσαρους, πρόθυμους για την πιο αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης του καπιταλιστικού συστήματος.

Τέλος, σοβαρές επιβαρύνσεις προκαλούνται από τη δανειοδότηση από τις τράπεζες, που έχει επιβληθεί στα ταμεία, με επαχθέστατα μάλιστα επιτόκια. Μεγάλα δάνεια έχουν λάβει το ΙΚΑ, το ΝΑΤ, το Ταμείο Τυπογράφων κ.ά. Ήδη ο δανεισμός του ΙΚΑ γίνεται, τώρα, για να εξοφληθούν ληξιπρόθεσμες δόσεις προηγούμενων δανείων, καθώς και δεδουλευμένοι τόκοι. Οι επιβαρύνσεις του ΙΚΑ, από τόκους δανείων, ξεπέρασαν τα 250 δισεκατομμύρια δραχμές την περίοδο 1982-1989 και θα ξεπεράσουν τα 400 δισεκατομμύρια την περίοδο 1990-1992.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, για την αντιμετώπιση μέρους των ελλειμμάτων των κλάδων σύνταξης του ΙΚΑ και άλλων ταμείων, αφαιρούνται κεφάλαια από κλάδους της ασθένειας και από την επικουρική ασφάλιση των ιδίων ταμείων. Η αφαίρεση, όμως, των κεφαλαίων των κλάδων

ασθενείας έχει σαν αποτέλεσμα την καθήλωση της περίθαλψης σε απαράδεκτα επίπεδα. Ο κλάδος ασθενείας ΙΚΑ είχε ελλείμματα στην περίοδο 1973-1981 και, κατά την Αναλογιστική Υπηρεσία του ΙΚΑ, προβλεπόταν να έχει ελλείμματα μέχρι και το 1985, χωρίς να βελτιωθεί το σύστημα της ανοικτής περίθαλψης. Εν τούτοις, με τη συμπίεση των παροχών υγείας, ο κλάδος βρέθηκε με πλεονάσματα, για να χρησιμοποιηθούν για τις συντάξεις. Τα ποσά που έχουν αφαιρεθεί από τον κλάδο ασθενείας, στην περίοδο 1982-1989, ξεπερνούν τα 130 δισεκατομμύρια δραχμές. Επίσης, η αφαίρεση κεφαλαίων από την επικουρική ασφάλιση (ΙΚΑ-TEAM, Ταμ. Επικ. Ασφ. Ναυτικών) εγκυμονεί κινδύνους για το θεσμό της επικουρικής ασφάλισης των μισθωτών της χώρας μας. Τα ποσά που έχουν αφαιρεθεί από το ΙΚΑ-TEAM, στην περίοδο 1981-1989, ξεπέρασαν τα 150 δισεκατομμύρια δραχμές.

Τελευταία η κυβέρνηση προχώρησε σε έκτακτες ενισχύσεις του ΙΚΑ (1987 57 δισεκατομμύρια, 1988 157 δισεκατομμύρια και 1989 170 δισεκατομμύρια). Οι ενισχύσεις αυτές, όμως, δόθηκαν για να αποφευχθεί η άμεση οικονομική κατάρρευση του ΙΚΑ και δεν εντάχθηκαν σε μια γενικότερη πολιτική εξυγίανσής του. Εν πάση περιπτώσει δεν πρόκειται για ενισχύσεις, αλλά για απόδοση οφειλών του κράτους προς το ΙΚΑ, για την άσκηση από το ΙΚΑ της λεγόμενης « προνοιακής » πολιτικής, σύμφωνα με τη νομοθεσία που ισχύει¹.

1: Ρουμπακιώτης Χρήστος - Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης- Σύγχρονη Εποχή Αθήνα 1990 (σελ. 49-58).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

«ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΓΙΑΝΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ»

3.1 Ο Διάλογος με τους εργαζόμενους

Για να εξασφαλιστεί ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης πρέπει οι στόχοι, καθώς και οι πηγές χρηματοδότησής της, να καθορίζονται ύστερα από διάλογο με τους εργαζόμενους.

Σήμερα το κράτος καθορίζει αυταρχικά τι είναι απαραίτητο για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων και στην πράξη θεωρεί, πάντοτε, ικανοποιητική τη διάθεση των νομοθετημένων πόρων, και, μάλιστα, όσων απομένουν μετά την αφαίμαξή τους από την εργοδοσία, με τις φιλομονοπωλιακές ρυθμίσεις που έχουν επιβληθεί. Κύρια προσπαθεί όχι τόσο να προσφέρει στους εργαζόμενους τις υπηρεσίες και παροχές που έχουν ανάγκη, αλλά να δημιουργεί, με τους διατιθέμενους πόρους, μια επίφαση πλήρους κοινωνικής προστασίας.

Οι εκπρόσωποι των εργαζομένων πρέπει να υποδείχνουν τις αναγκαίες υπηρεσίες και παροχές, τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης κτλ., στις δοσμένες οικονομικοκοινωνικές συνθήκες και το κράτος να υποχρεώνεται να παίρνει υπόψη του τις υποδείξεις αυτές, για να καθορίζει τις πηγές χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων, ώστε να εξασφαλίζεται η βιωσιμότητά τους. Γι' αυτό και

πρέπει να αναπτυχθεί ο κοινωνικός ρόλος των συνδικάτων των εργατοϋπαλλήλων, των επαγγελματιοβιοτεχνών, των αγροτών και των άλλων εργαζομένων. Η παρέμβασή τους, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη διοίκηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη διαχείριση των πόρων τους, πρέπει να είναι αποφασιστική, αφού τα ταμεία δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να διαχειρίζονται τις αποταμιεύσεις των ιδίων των εργαζομένων.

3.2 Εξασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης

Για να μπορεί η κοινωνική ασφάλιση να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της αποστολής της, είναι ανάγκη να εξασφαλιστεί ο κοινωνικός και δημόσιος χαρακτήρας της. Κι αυτό μπορεί να γίνει με τη συνεχή βελτίωση των όρων της ασφαλιστικής κάλυψης και των παροχών της ασφάλισης, τη σταθερή χρηματοδότησή της και την αποδοτική οργάνωσή της. Επίσης, με την απόκρουση των τάσεων ιδιωτικοποίησης της, αλλά και των προσπαθειών υπονόμευσής της με τον προσανατολισμό της σε μια πολιτική συρρικνωμένων υπηρεσιών και παροχών.

Για τη στήριξη και βελτίωση της κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να πληρώσουν, απαραίτητα, όλοι. Πρέπει να ανατραπεί άμεσα το καθεστώς καταλήστευσης των πόρων των ταμείων, και ιδιαίτερα του ΙΚΑ, από την εργοδοσία. Η καταλήστευση αυτή είναι απαράδεκτη, από οικονομική και ηθική άποψη, ιδιαίτερα σήμερα, που τα ταμεία αυτά αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά

προβλήματα. Οι γνωστοί ισχυρισμοί ότι δεν υπάρχουν κέρδη ή υπερκέρδη, διαψεύδονται από τα στοιχεία.

Επίσης, πρέπει να πληρώσει και το κράτος. Η κλασική πηγή χρηματοδότησης της ασφάλισης, δηλαδή η πηγή των εισφορών, δεν επαρκεί για αποτελεσματικές λύσεις, ύστερα από την ασφαλιστική ωρίμανση των ταμείων και την όξυνση των οικονομικών προβλημάτων. Η πείρα, άλλωστε, και από άλλα καπιταλιστικά κράτη έχει δείξει ότι η κοινωνική ασφάλιση δεν μπορεί να έχει ένα σωστό επίπεδο χωρίς την ενίσχυσή της και με κρατικούς πόρους. Η κρατική ενίσχυση πρέπει να προέλθει από μια γενικότερη δημοκρατική μεταρρύθμιση του φορολογικού συστήματος, για να πληρώσουν και εκείνοι που δεν πληρώνουν φόρους. Επίσης και από την αναδιάρθρωση των πιστώσεων του κρατικού προϋπολογισμού σε βάρος των αντιπαραγωγικών δαπανών. Και βέβαια οι ενισχύσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό πρέπει να είναι σε μόνιμη βάση, για να μπορούν τα ταμεία να καταρτίζουν μακροχρόνια προγράμματα, στήριξης των παροχών τους.

Με τη φορολόγηση των κερδών των επιχειρήσεων και τη διάθεση ενισχύσεων από το κράτος, σε βάρος των αντιπαραγωγικών δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού, θα επιτευχθεί και ο στόχος της, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, αναδιανομής του εθνικού εισοδήματος προς όφελος των εργαζομένων. Εν πάση περιπτώσει, οι πόροι για την κοινωνική ασφάλιση πρέπει να βρεθούν, έστω από όπου και οι πόροι για την υγεία και την παιδεία του λαού. Αφού και οι δαπάνες για τις βασικές

κοινωνικοασφαλιστικές παροχές προς τις μεγάλες ομάδες εργαζομένων είναι, βέβαια, ίσης προτεραιότητας με τις δαπάνες για την υγεία και την παιδεία¹.

3.3 Μέτρα στήριξης των ασφαλιστικών ταμείων

Το κράτος πρέπει να πάρει ορισμένα μέτρα άμεσης στήριξης των ταμείων που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, καθώς και ορισμένα μέτρα άμεσης ανακούφισης των εργαζομένων. Τα μέτρα αυτά, που βέβαια μπορούν να παρθούν σε μια πορεία κλιμάκωσης και ιεράρχησης των σχετικών δυνατοτήτων, είναι:

- Άμεση ενίσχυση του ΙΚΑ και του ΝΑΤ από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Πάταξη της εισφοροδιαφυγής ΙΚΑ και των άλλων ταμείων, κατάργηση εισφοροαπαλλαγών, είσπραξη καθυστερημένων οφειλών και αποδέσμευση των αποθεματικών τους.
- Ρύθμιση δανείων ΙΚΑ και ΝΑΤ.
- Εξασφάλιση των απαραίτητων όρων και προϋποθέσεων για να είναι ουσιαστική και αποτελεσματική η συμμετοχή εκλεγμένων και ανακλητών εκπροσώπων των περισσότερο αντιπροσωπευτικών οργανώσεων των εργαζομένων στα ΔΣ των ταμείων.
- Ουσιαστική βελτίωση των χαμηλών συντάξεων.

- Προστασία όλων των συντάξεων από τον πληθωρισμό.
- Ανάκληση των μέτρων κατάργησης των προσωρινών αναπηρικών συντάξεων και περιορισμού των επιδομάτων ασθενείας, των φαρμάκων και της λουτροθεραπείας.
- Άμεση βελτίωση των εξωνοσοκομειακών παροχών υγείας των ταμείων και αποτελεσματική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας των ταμείων με τα δημόσια νοσοκομεία.
- Επέκταση της διαδοχικής ασφάλισης και στον ΟΓΑ².

3.4 Ο εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και της διοίκησης των ασφαλιστικών ταμείων

Η αποδοτική οργάνωση και διοίκηση της ασφάλισης αποτελεί προϋπόθεση για την ορθή αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων της. Ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες δεν μπορεί να μη γίνεται μια ειλικρινής και συνεχής προσπάθεια για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τον περιορισμό του λειτουργικού κόστους των ασφαλιστικών ταμείων.

Οι εκπρόσωποι των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων πρέπει να έχουν την πλειοψηφία στα ΔΣ των ταμείων. Επίσης να συμμετέχουν στις διάφορες

επιτροπές των ταμείων (στέγασης, προμηθειών κ.ά.). Οι Τοπικές Διοικητικές Επιτροπές (ΤΔΕ) ΙΚΑ να διευρυνθούν και να συμμετέχουν σ' αυτές περισσότεροι εκπρόσωποι των ασφαλισμένων και εκπρόσωποι των συνταξιούχων και να εφοδιαστούν με αρμοδιότητες ελέγχου της λειτουργίας των υποκαταστημάτων και παραρτημάτων ΙΚΑ. Οι επιτροπές αυτές, που μπορούν να λειτουργήσουν και σε άλλα ταμεία, μπορούν να εξελιχθούν σε γνήσια όργανα δημοκρατικού ελέγχου.

Βέβαια, για μια αποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση της ασφάλισης χρειάζονται ορισμένες ουσιαστικές τομές. Μια πρώτη τομή θα μπορούσε να είναι η οργάνωση ενιαίων (κοινών) υπηρεσιών, για την εξυπηρέτηση όμοιων δραστηριοτήτων των ταμείων, όπως για τη βεβαίωση και είσπραξη των εισφορών, για την οργάνωση κοινού μητρώου εργοδοτών, για τις πληρωμές των συντάξεων, για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων τους, τη μηχανογράφηση των εργασιών τους κ.ά. Με τις ενιαίες αυτές υπηρεσίες, μάλιστα, θα μπορούσαν να προωθηθούν, έμμεσα, κάποιες μορφές ενοποίησης διάφορων ασφαλιστικών καθεστώτων και να υποβοηθηθεί έτσι η προώθηση ενός ενιαίου ασφαλιστικού συστήματος

Μια δεύτερη τομή θα μπορούσε να είναι ο περιορισμός του αριθμού των ταμείων με την ομαδοποίηση ταμείων ομοειδών κατηγοριών εργαζομένων. Με την ομαδοποίηση θα μπορούσαν να αρθούν πολλά προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας των ταμείων, να

περιοριστούν τα έξοδα διοίκησης, να μετριαστούν οι ανισότητες και αντιφάσεις του ασφαλιστικού συστήματος και, κύρια, να δημιουργηθεί η απαραίτητη οικονομική βάση, που θα επέτρεπε τον καλύτερο συσχετισμό εσόδων-εξόδων. Προϋπόθεση για την όποια ομαδοποίηση πρέπει να είναι η ανάληψη των σχετικών οικονομικών βαρών από το κράτος. Άλλωστε, οι ευθύνες για τις σημερινές αδυναμίες των ταμείων ανήκουν σ' αυτό. Αν δεν αναλάβει το κράτος τα βάρη θα ναρκοθετηθεί εξ αρχής η βιωσιμότητα του ταμείου ή των ταμείων, που θα αποτελέσουν τον πυρήνα της ομαδοποίησης. Άλλες προϋποθέσεις είναι η ομαδοποίηση να αφορά ομοειδείς κατηγορίες εργαζομένων, να γίνεται προγραμματισμένα, και να βασίζεται σε μια στέρεη οργάνωση και σε σύγχρονους όρους λειτουργίας του νέου ταμείου. Τέλος, η ομαδοποίηση να γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη των εργαζομένων και με τη διαφύλαξη των κατακτημένων δικαιωμάτων τους. Να σημειώσουμε, πάντως, ότι τα ταμεία κύριας ασφάλισης των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα δεν είναι παρά τρία (ΙΚΑ,ΝΑΤ, Ταμείο Τυπογράφων) και ότι, αυτή τη στιγμή, η ανάγκη ομαδοποίησης εντοπίζεται, κύρια, στα ταμεία των αυτοτελώς απασχολούμενων και στα ταμεία αρωγής των δημοσίων υπαλλήλων. Στα ζητήματα οργάνωσης της ασφάλισης εντάσσεται και η κατάργηση του Ταμείου Εργατικών Στελεχών, με την ανάληψη από το ΙΚΑ-TEAM των υποχρεώσεων προς τους συνταξιούχους του.

Μια άλλη τομή στην οργάνωση της ασφάλισης θα αποτελούσε ο αποχωρισμός της περίθαλψης από τα ταμεία και η λειτουργία της στα πλαίσια του ΕΣΥ. Η υπαγωγή στο ΕΣΥ θα υποβοηθούσε την κατάρτιση ενός γενικού προγράμματος ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, τη στέγαση και τον εξοπλισμό τους, καθώς και τη στελέχωσή τους. Τομή, ακόμα, θα αποτελούσε η αποκέντρωση πολλών από τις υπηρεσίες υγείας με την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Είναι φανερό πως θα βρίσκονταν έτσι, για τις υπηρεσίες αυτές, οι πλέον κατάλληλοι χώροι στέγασής τους στις πιο πολυπληθείς γειτονιές, και ότι η λειτουργία τους θα τελούσε κάτω από τον αναγκαίο λαϊκό έλεγχο.

Τέλος, τομή θα αποτελούσε και η καθιέρωση έγκρισης από τη Βουλή του λεγόμενου Κοινωνικού Προϋπολογισμού. Με την έγκριση αυτή θα ελέγχεται από τη Βουλή η οικονομική κατάσταση και η όλη εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης³.

3.5 Ενιαίο σύστημα ασφάλισης

Πέρα από τις ενοποιήσεις ταμείων ή παράλληλα προς αυτές, μπορεί να σχεδιαστεί ένα ενιαίο σύστημα ασφάλισης για το μέλλον, που θα προβλέπει ενιαίες αρχές, σχετικά με τις εισφορές, τις προϋποθέσεις για τις παροχές, το ύψος των παροχών κτλ., και προς το οποίο θα 'πρεπε να κατατείνουν όλες οι προσπάθειες αναμόρφωσης των επιμέρους συστημάτων, που υπάρχουν σήμερα. Είναι αυτονόητο, βέβαια, ότι πρέπει να αποκλειστούν, για το μέλλον, οποιεσδήποτε παρεκκλίσεις

και αντιασφαλιστικές διατάξεις και ότι δεν θα πρέπει να θιγούν δίκαιες κατακτήσεις των εργαζομένων. Το ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα αποτελεί αίτημα της εργατικής τάξης και όλων των εργαζομένων, που συμπορεύεται με το γενικότερο αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη.

Η εφαρμογή του σχεδίου αυτού πρέπει να γίνει προοδευτικά, με προγράμματα μακροπρόθεσμα, που να παίρνουν υπόψη, απαραίτητα, τις οικονομικές εξελίξεις στα ταμεία, τη σχέση ασφαλισμένων και συνταξιούχων κ.ά., και να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση στην αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας.

Η πορεία προς ένα ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα πρέπει να πραγματοποιηθεί, κύρια, με τη βελτίωση της ασφάλισης των μεγάλων ομάδων εργαζομένων, που βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, δηλαδή με εξίσωση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των εργαζομένων προς τα πάνω. Το ενιαίο σύστημα μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη λήψη θετικών μέτρων για την αναβάθμιση της περίθαλψης των μεγάλων ομάδων εργαζομένων, με τη γενίκευση θετικών διατάξεων, όπως επέκταση στους επαγγελματιοβιοτέχνες των διατάξεων για τα οικογενειακά επιδόματα και τα βαριά και ανθυγιεινά, επέκταση της διαδοχικής ασφάλισης στους αγρότες κ.ά. Ακόμα με την αποκάθαρση της ασφάλισης από τις ειδικές προνομιακές ρυθμίσεις. Ένα ενιαίο σύστημα πρέπει να έχει σημείο αναφοράς την εξασφάλιση συντάξεων, που να επιτρέπουν μια αξιοπρεπή διαβίωση σε όλους τους συνταξιούχους και την εξασφάλιση ανθρώπινης περίθαλψης για όλους γενικά τους εργαζόμενους.

Οι αναγκαίες συγκλίσεις στα όρια ηλικίας μπορούν να επιτευχθούν με την εξίσωσή τους προς τα γενικά όρια ηλικίας του ΙΚΑ, που είναι περίπου όμοια με τα ισχύοντα στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η πρόωρη συνταξιοδότηση που επιβάλλεται από τη γενικότερη πολιτική ανάδειξης και ανανέωσης στελεχών στον δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα είναι ένα ειδικό θέμα. Όσο κρίνεται απαραίτητη η διατήρηση της πολιτικής αυτής, τα σχετικά οικονομικά βάρη πρέπει να το αναλαμβάνουν το Δημόσιο και ο ευρύτερος δημόσιος τομέας και να μη φορτώνονται στα ταμεία.

Στο σχεδιασμό του ενιαίου συστήματος ασφάλισης πρέπει να προβλεφτεί και ο λεγόμενος εξανθρωπισμός του συστήματος ασφάλισης. Αυτό μπορεί να γίνει με την επέκταση των παροχών της ασφάλισης σε πρόσωπα με ανεπαρκή ή ανύπαρκτη κοινωνική προστασία, όπως αναπήρους και νέους φτωχούς, ιδιαίτερα με τη διεύρυνση της προστασίας υγείας, την περίθαλψη σε άσυλα κτλ. Επίσης, με προγράμματα οικιακής βοήθειας στους υπερήλικες και ανάπτυξης των ΚΑΠΗ σε όλη τη χώρα, με προγράμματα για την προστασία της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας κ.ά.⁴

1: Ρουμπακιώτης Χρήστος – Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης-Σύγχρονη Εποχή Αθήνα 1990 (σελ.123-126)

2: Στο ίδιο σελ.131

3: Στο ίδιο σελ.137-139

4: Στο ίδιο σελ. 148-150

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

«ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ»

4.1 Γενικά

Είναι ιδιαίτερα εμφανής και έντονος ο προβληματισμός που έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα γύρω από τη χρηματοδότηση του Κοινωνικού Τομέα και που αφορά στη δυνατότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης να συμβάλλει στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα της Κοινωνικής Προστασίας. Μέρος αυτού του προβληματισμού αφορά ειδικότερα στον τομέα της υγείας και περιλαμβάνει προτάσεις για εναλλακτικές μορφές χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο κύριος προβληματισμός αφορά στην συνύπαρξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, στο κατά ποσόν δηλαδή το κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι αυτό του ανταγωνισμού, και μάλιστα με άνισους όρους, όπως υποστηρίζουν οι επικριτές της Ιδιωτικής Ασφάλισης, ή της συμπληρωματικότητας, όπως διατείνονται οι υποστηρικτές της. Η Ιδιωτική Ασφάλιση μάλιστα προτείνεται ως ένας από τους κύριους μοχλούς για την εισαγωγή στοιχείων ελεγχόμενου ανταγωνισμού στην οργάνωση των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Το γενικότερο συμπέρασμα που έχει προκύψει διεθνώς είναι ότι η Ιδιωτική Ασφάλιση Ζωής -Υγείας μπορεί να παίξει σημαντικό συμπληρωματικό ρόλο στην Κοινωνική Ασφάλιση, κινητοποιώντας νέες μορφές αποταμίευσης και

συμβάλλοντας μερικά στην επίλυση των χρηματοδοτικών αλλά και οργανωτικών προβλημάτων του κοινωνικού τομέα. Είναι χαρακτηριστικό ότι, ακόμη και στη Μ.Βρετανία, όπου το σύνολο των δαπανών υγείας καλύπτεται από ένα αποτελεσματικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, κατά τη 10ετία του 1980 είδαμε μια άνθηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης, η οποία καλύπτει αυτή τη στιγμή 5 εκ. άτομα, παρ'όλο που οι παροχές της είναι σχετικά περιορισμένες (Health Care Insurance 1987).

Ο γενικός όρος «υπηρεσίες υγείας» περιέχει τις έννοιες της περίθαλψης και της φροντίδας υγείας, που συχνά χρησιμοποιούνται λαθεμένα ως ταυτόσημες, ενώ υπάρχει σαφής διαφορά στο πεδίο αναφοράς των δύο όρων. Η φροντίδα υγείας, είναι ευρύτερη έννοια, αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας. Η περίθαλψη, αντίθετα, αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Με την έννοια αυτή, είναι σαφές ότι η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας αναφέρεται στο χώρο της περίθαλψης και στις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της ασθένειας, της αρρώστιας και του ατυχήματος¹.

4.2 Ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Στο γεγονός της υποχρηματοδότησης του τομέα υγείας μπορεί κανείς να αναζητήσει μια από τις αιτίες για την πρόσφατη αύξηση στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 ο κλάδος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ήταν σχεδόν ανύπαρκτος. Σε μια σημαντική έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών βρέθηκε ότι το 1979 μόνο το 0,6% του πληθυσμού εκαλύπτετο από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (ΕΚΚΕ, 1988). Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία, τα ασφάλιστρα Ζωής-Υγείας στην Ελλάδα στην αρχή της δεκαετίας του 1980 ήταν χαμηλότερα στην ΕΟΚ και υπολογίζονταν σε 0,3% του ΑΕΠ έναντι ποσοστών που κυμαίνονται από 4,2% στην Μ. Βρετανία, σε 2,4% στη Δ. Γερμανία και 2,3% στη Δανία (Παπαθανασίου, 1988). Τέλος, ακόμη και το 1987, σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από την πιο πρόσφατη μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό της Ε.Ο.Κ., το συνολικό ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που καλύπτεται από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είναι το χαμηλότερο στην Ευρώπη και δεν ξεπερνά το 2%.

Η σχετική ανυπαρξία του κλάδου Ζωής-Υγείας στην Ελλάδα φαίνεται ότι είναι ήδη παρελθόν. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη κινητικότητα, που φυσικά συνδυάζεται όχι μόνο με τη δραστηριοποίηση των ελληνικών εταιριών αλλά και με την έντονη και συνεχώς αυξανόμενη παρουσία μεγάλων ξένων εταιριών με την προοπτική της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης στα πλαίσια της

ενιαίας Ευρωπαϊκής αγοράς. Χαρακτηριστικό είναι ότι μια εμπιστευτική έκθεση ξένης εταιρίας συμβούλων έδειξε ότι σε «σύγκριση με άλλες χώρες-μέλη της ΕΟΚ η αγορά στην Ελλάδα δείχνει πολύ μεγάλες προοπτικές ανόδου» (βλ. Εμπιστευτική Έκθεση προς την Εθνική Τράπεζα 1990).

Κατά την περίοδο 1982-1990 ο κλάδος Ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε από 5,3 δις δρχ. σε 67,5 δις δρχ. με μέση ετήσια αύξηση της τάξης του 40%, ενώ οι κλάδοι αστικής ευθύνης και αυτοκινήτων είχαν αύξηση 14% και 25% αντίστοιχα. Κατά το 1990, το μερίδιο του κλάδου στο σύνολο της ασφαλιστικής αγοράς ανήλθε σε 39,6% έναντι 27,1% του 1985 (Ιδιωτική Ασφάλιση, 1987). Στο σύνολο, ο κλάδος των ασφαλειών ζωής θα αυξάνεται με μέσο ετήσιο ρυθμό 32%, ενώ ο κλάδος ασφαλειών ζωής θα αυξάνεται με ρυθμούς κοντά στο 40%.

Οι λόγοι για την αύξηση του τομέα της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας βρίσκονται εν μέρει στην εξέλιξη και τη διάρθρωση των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Από επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, προκύπτει ότι, μεταξύ των χωρών της ΕΟΚ, η Ελλάδα παρέμεινε κατά το διάστημα 1975-87 στην τελευταία θέση από την άποψη της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας ως ποσοστό του κατά κεφαλήν εγχώριου προϊόντος, παρά τη σημαντική αύξηση κατά περισσότερο από 25%, προς το τέλος της περιόδου.

Πίνακας 3.

Παραγωγή ασφαλειών σε σχέση με τα έσοδα των
οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (1985-1990)

Έτος	Ασφάλιστρα Ζωής	Αύξηση %	Κοινωνική Ασφάλιση	Αύξηση %	Ασφ. Ζωής Κοιν. Ασφαλ.
1985	14.295		399.804		2,93
1986	18.789	31,4	503.112	25,8	3,05
1987	25.205	34,1	560.096	13,2	3,67
1988	35.186	39,6	628.625	12,2	4,49
1989	48.503	37,8	758.550	20,7	6,39
1990	67.555	39,3	908.057	19,7	7,44

ΠΗΓΕΣ: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί και Ιδιωτική Ασφάλιση

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, η ελληνική αγορά ασφαλειών ζωής μεγαλώνει με ταχύτατο ρυθμό, ενώ οι εισφορές στην Ιδιωτική Ασφάλιση αυξήθηκαν από 3% περίπου των εισφορών της Κοινωνικής Ασφάλισης το 1985, σε 7,4% το 1990. η μεγάλη αυτή αύξηση είναι φυσικό να γεννά ενδιαφέροντα ερωτήματα ως προς την ακριβή φύση του ρόλου που θα παίξει η Ιδιωτική Ασφάλιση τόσο στον τομέα της Κοινωνικής Προστασίας αλλά και στην οικονομία γενικότερα².

4.3 Η ασθένεια ως πρόβλημα υγείας και οικονομικό πρόβλημα

Ο πιο άμεσα ορατός κίνδυνος που συνδέεται με τις έννοιες της ασθένειας και της αρρώστιας είναι αυτό το ίδιο με το πρόβλημα υγείας. Το πρόβλημα συγκεκριμενοποιείται στις σωματικές και ψυχολογικές του εκφράσεις που κυμαίνονται από ένα απλό αίσθημα δυσφορίας ως τις ακραίες περιπτώσεις της αναπηρίας ή του θανάτου. Ο ρόλος των υπηρεσιών περίθαλψης στις περιπτώσεις αυτές είναι να αμβλύνει ή να εξαφανίσει τις πιθανές αυτές συνέπειες όσο το δυνατόν συντομότερα και αποτελεσματικότερα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες που προσφέρει το σύστημα υγείας μέσα από ένα συγκεκριμένο οργανωτικό και οικονομικό πλαίσιο κανόνων και ρυθμίσεων.

Εκτός από το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, η ασθένεια, και ακόμη περισσότερο η αρρώστια, συνδέονται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις και με διάφορα οικονομικά προβλήματα. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υψηλής ποιότητας περίθαλψη παρέχεται εντελώς δωρεάν, παρατηρούνται οικονομικά προβλήματα που συνδέονται με την απώλεια εισοδήματος από την εργασία του ατόμου, τον κίνδυνο μελλοντικής ανεργίας, την ανατροπή προσωπικών σχεδίων και προοπτικών, το κόστος στην οικογένεια κτλ. Το πρόβλημα φυσικά είναι οξύτερο στις περιπτώσεις όπου όλες ή μέρος των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας κατανέμονται σε συνθήκες «αγοράς» με βάση την αγοραστική δύναμη του ατόμου. Ενδεικτικά

μόνο θα αναφέρουμε μια έρευνα στις ΗΠΑ, στην οποία βρέθηκε ότι περισσότερο από ένα εκατομμύριο οικογένειες δεν είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω της αδυναμίας τους να πληρώσουν και της έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης.

Από τα παραπάνω προκύπτουν τα όρια της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Είναι γεγονός ότι ο κίνδυνος απώλειας της υγείας (ασθένεια ή ατύχημα) είναι απρόβλεπτος. Αυτό κάνει επιτακτική την ανάγκη του ατόμου για ασφάλεια έναντι του επαπειλούμενου κινδύνου. Η ασφάλεια αυτή συνιστάται στη βεβαιότητα ότι οι απαραίτητες υπηρεσίες υγείας θα είναι διαθέσιμες, ποσοτικά και ποιοτικά, την κατάλληλη στιγμή. Την εξασφάλιση αυτή το άτομο την αναζητεί είτε στο Κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα, είτε στην Ιδιωτική Ασφάλιση. Η δραστηριοποίηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, συνεπώς, δημιουργεί πρόσθετη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπισθούν στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μέσω του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα με παράλληλη ενεργοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών στην άμεση προσφορά υπηρεσιών υγείας³.

4.4 Ιδιωτική Ασφάλιση και Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Είναι γεγονός ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες τονίζουν, και πολύ σωστά, τα πλεονεκτήματα της κάλυψης απέναντι στον οικονομικό κίνδυνο της αρρώστιας ή του

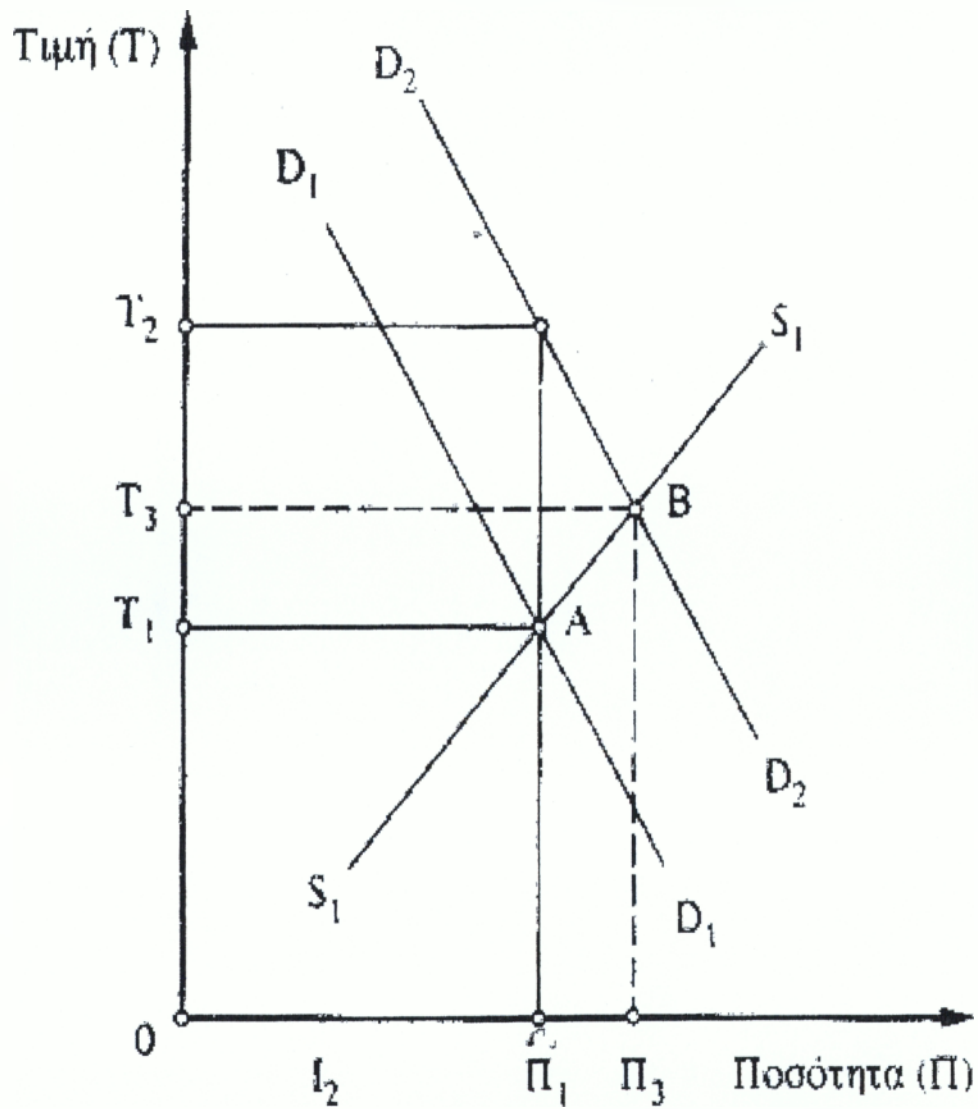
ατυχήματος. Ο τρόπος με τον οποίον όμως γίνεται αυτό είναι κάπως παραπλανητικός, όταν χρησιμοποιείται το επιχείρημα της διευκόλυνσης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και ιδιαίτερα στην νοσοκομειακή περίθαλψη. Το επιχείρημα αυτό μπορεί να έχει κάποια βάση προκειμένου για τα ελάχιστα ιδιωτικά θεραπευτήρια μεγάλης δυναμικότητας. Με το σημερινό καθεστώς στην Ελλάδα, όμως η πρόσβαση στα κρατικά νοσοκομεία υψηλού επιπέδου, όπου η ζήτηση είναι ιδιαίτερα έντονη, δεν εξαρτάται από την ασφαλιστική κάλυψη ή τη δυνατότητα καταβολής της δαπάνης, παρά μόνο για τα ελάχιστα κρεβάτια «θέσεων». Με άλλα λόγια, η προσφορά των κρεβατιών είναι «ανελαστική» ως προς την τιμή.

Οι επιπτώσεις αυτής της διάρθρωσης της αγοράς είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αποτελεσματικότητα της κάλυψης μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

Στο Διάγραμμα φαίνονται οι καμπύλες ζήτησης (D_1 D_1) και προσφοράς (S_1 S_1) υπηρεσιών υγείας. Η αρχική θέση ισορροπίας είναι το σημείο Α, όπου παράγεται ποσότητα Π_1 στην τιμή T_1 . Η αύξηση της αγοραστικής δύναμης (ορισμένων) καταναλωτών, μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης ισοδυναμεί με αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, που οδηγεί σε μετατόπιση προς τα δεξιά της καμπύλης ζήτησης στη θέση D_2 D_2 . Όσο η προσφορά μένει σταθερή στην ποσότητα Π_1 , το μόνο αποτέλεσμα είναι η αύξηση της τιμής στη θέση T_2 . Αυτό οδηγεί σε συνθήκες «ελεγχόμενης προσφοράς», με προφανείς επιπτώσεις στην κοινωνική δικαιοσύνη της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα

Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας.



Αν, όμως η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση P_3 θα ικανοποιηθεί με μια πολύ μικρότερη αύξηση τιμών στη θέση A και σε τιμές T_3 . Κατά τον τρόπο αυτό θα λειτουργούσε ικανοποιητικά η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Στο σημείο αυτό ακριβώς βρίσκεται το σκεπτικό για την αναζήτηση τρόπων συμμετοχής των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών στην αύξηση και αναβάθμιση της υγειονομικής υποδομής της χώρας.

Είναι προφανές ότι η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας δεν μπορεί να εξαντλείται στην κάλυψη των οικονομικών κινδύνων της ασθένειας και της αρρώστιας, αλλά θα πρέπει να διερευνήσει τις υπάρχουσες δυνατότητες για άμεση προσφορά υπηρεσιών υγείας⁴.

4.5 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Διεθνώς

Στο σημείο αυτό χρήσιμη μια ανάλυση των δεδομένων γύρω από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας διεθνώς. Σε μια υπό δημοσίευση μελέτη μας έγινε στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την αγορά και διερευνήθηκε η σχέση της Ιδιωτικής Ασφάλισης με τις δημόσιες δαπάνες για Κοινωνική Προστασία (Λιαρόπουλος, 1993). Το γενικό συμπέρασμα από την αδρή αυτή στατιστική ανάλυση είναι

ότι Ιδιωτική Ασφάλιση ευδοκιμεί ιδιαίτερα σε χώρες όπου υπάρχουν αναπτυγμένα Κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα. Το γεγονός ότι παρατηρούνται αυξημένες δαπάνες για Ιδιωτική Ασφάλιση σε χώρες με υψηλή συμμετοχή των δημοσίων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών σημαίνει ότι η ποιοτική διάσταση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην προστασία από τους διαφόρους κινδύνους είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτό φαίνεται επίσης και από τη χαμηλή τους συσχέτιση με το συνολικό ύψος των Κοινωνικών Δαπανών. Σε γενικές γραμμές, οι παρατηρήσεις αυτές φαίνεται να συνηγορούν υπέρ της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης, η οποία προκύπτει από συνειδητές επιλογές πολιτικής στο χώρο της υγείας⁵.

4.6 Συμπεράσματα

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα τείνει σε μεγάλο βαθμό να καλύπτει τον οικονομικό κίνδυνο της ασθένειας και όχι το άμεσο κόστος της περίθαλψης. Πολύ λιγότερο, ή σχεδόν καθόλου, συνεισφέρει η Ιδιωτική Ασφάλιση σε άλλες γενικότερες ανάγκες υπηρεσιών υγείας όπως η πρόληψη και αποκατάσταση.

Η οικονομική και μόνο εξασφάλιση απέναντι στον κίνδυνο της αρρώστιας, όμως, δεν είναι το μόνο ζητούμενο σε μια σύγχρονη κοινωνία, όπου η υπάρχουσα υποδομή δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του ανθρώπου. Δεν έχει νόημα να υπερκαλύπτεται ο οικονομικός κίνδυνος

και ταυτόχρονα να μένει στάσιμη η ποσότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, να υποβαθμίζεται η ποιότητα νοσηλείας, ή να προσφέρεται μέσα από ένα σύστημα που υπολειτουργεί με προδιαγραφές περασμένων δεκαετιών. Η μορφή της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας που ξέρουμε, ή της εξασφάλισης μεγαλύτερων ανέσεων στη νοσηλεία, είναι όχι μόνο παραχωρημένη, αλλά και οικονομικά και κοινωνικά επιβλαβής.⁶

1: Λιαρόπουλος Λυκούργος – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Ευκαιρίες και Προβλήματα (σελ. 147-148,155).

2: Στο ίδιο σελ. 152-154

3: Στο ίδιο σελ. 155-156

4: Στο ίδιο σελ. 162-164

5: Στο ίδιο σελ. 154-155

6: Στο ίδιο σελ. 164

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

«Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

5.1 Γενικά

Τη στιγμή αυτή δεν υπάρχουν στην Ελλάδα επίσημες πληροφορίες σχετικά με το είδος των υπηρεσιών που προσφέρονται μέσα από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, την αλληλοεπίδραση με το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης και την επίπτωση στο γενικότερο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό θα αναφερθούμε στη συνέχεια στα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνάς μας, από την οποία προκύπτει ότι η εμβέλεια της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας περιορίζεται τουλάχιστον στο τέλος της 10ετίας του 1980, στη διατήρηση του εισοδήματος και την κάλυψη των οικονομικών, κυρίως, κινδύνων της αρρώστιας.

Η επέκταση της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα έγινε με τη μελέτη των ατομικών στοιχείων κατανάλωσης σε δείγμα 941 «Ζημιών», που αντλήθηκε από τα αρχεία 2 Εταιριών.(ο όρος «Ζημιά» υποδηλώνει την υποβολή δικαιολογητικών από τον ασφαλισμένο για αποζημίωση από την ασφαλιστική εταιρεία). Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων που φαίνεται στον Πίνακα 4 δείχνει ότι η πλειοψηφία των ασφαλισμένων κάνει σχετικά μικρή χρήση των υπηρεσιών της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας.

Είναι προφανές από τον Πίνακα 4 ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ζημιών αποτελούνται από μικρά ποσά, στην πλειοψηφία τους ιατρικές επισκέψεις ή διαγνωστικές εξετάσεις.

Πίνακας 4.
Κατανομή ετήσιας ατομικής δαπάνης μέσω της
Ιδιωτικής Ασφάλισης

Κλιμάκιο Δαπάνης (έως)	Αριθμός Ζημιών	Μέση Χρέωση (δρχ.)	Μέση Καταβολή (δρχ.)	% απόδοσης δαπάνης
1.000 δρχ.	21	671	586	87,4
2.000	65	1.677	1.487	88,2
5.000	288	3.592	3.018	84,2
10.000	207	7.145	6.131	85,8
20.000	143	14.374	12.785	88,9
50.000	121	32.874	29.484	89,7
100.000	46	68.100	63.246	92,9
100.000+	50	252.455	189.929	75,2

Το κυριότερο συμπέρασμα είναι ότι η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στη «νοσοκομειακή κάλυψη» και στις οικονομικές συνέπειες της παραμονής στο νοσοκομείο, στην Ελλάδα ή στο

εξωτερικό. Άλλες υπηρεσίες υγείας, όπως η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, οι διαγνωστικές εξετάσεις, και οι υπηρεσίες πρόληψης και αποκατάστασης είτε δεν καλύπτονται καθόλου, είτε παρέχονται μόνο σε συνδυασμό με τη νοσοκομειακή περίθαλψη¹.

5.2 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας και κοινωνική ασφάλιση

Εάν κάνουμε μια ανασκόπηση των κυριότερων εξελίξεων στο χώρο της Κοινωνικής Προστασίας, και ιδιαίτερα στο χώρο της Υγείας, στην Ελλάδα κατά τα τελευταία 20 χρόνια, θα εντοπίσουμε τα μεγάλα κενά στον τομέα της χρηματοδότησης τα οποία άρχισαν να καλύπτονται μόλις τα τελευταία 20 χρόνια. Φαίνεται στον Πίνακα I ότι ο χαμηλός ρυθμός αύξησης των κοινωνικών δαπανών στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1970-80 επιταχύνθηκε σημαντικά κατά τη δεκαετία 1981-90. Το ίδιο συνέβη και στον τομέα της Υγείας, όπου οι δαπάνες από 4% περίπου του ΑΕΠ στην πρώτη δεκαετία αυξήθηκαν σε 7% περίπου το 1990.

Η χαμηλή δημόσια χρηματοδότηση του τομέα υγείας είχε ως κύρια συνέπεια τις σοβαρές ελλείψεις στη νοσοκομειακή υποδομή και την ανάπτυξη της παραοικονομίας. Η πολιτική νοσηλίου που ακολουθήθηκε με την καθήλωση του επίσημου νοσηλίου σε εξωπραγματικά χαμηλά επίπεδα είχε ως αποτέλεσμα την ποσοτική συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, χωρίς αντίστοιχη αύξηση των δημόσιων κρεβατιών. Η προσθήκη

των τριών Πανεπιστημιακών νοσοκομείων στο τέλος της δεκαετίας του 1980, τα οποία ακόμη δεν έχουν φθάσει σε επίπεδο πλήρους λειτουργίας, δε διόρθωσε την κατάσταση.

Πίνακας 1.

Δαπάνες κοινωνικής προστασίας ως % του Α.Ε.Π.

Έτος	Δαπάνες Κοιν.Προστ. (δισ.δρχ.)	% Α.Ε.Π.	του Μέσο ποσοστό ετήσιας αύξησης κατά περιόδους
1970	34,5	13,37	1970-75:12,40%
1975	73,3	12,35	
1980	293,2	15,69	1975-80:14,40%
1985	934,7	22,60	
1986	1.146,6	23,53	1981-90:22,49%
1987	1.343,0	24,64	
1988	1.674,1	25,29	
1989	2.033,7	25,71	
1990	2.525,8	27,28	

ΠΗΓΗ: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί

Στον Πίνακα 2 φαίνεται η εξέλιξη των μεγεθών που χαρακτηρίζουν τη νοσοκομειακή υποδομή και τον «όγκο» της παρεχόμενης περίθαλψης στην Ελλάδα, για το διάστημα μετά την μεταπολίτευση. Δυστυχώς, τα επίσημα στοιχεία που υπάρχουν στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος σταματούν στο 1990, αλλά μας επιτρέπουν

να εξετάσουμε τις εξελίξεις σε δυο περιόδους 9 ετών κατά τις οποίες εφαρμόσθηκε διαφορετική πολιτική υγείας. Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε την πορεία των σχετικών μεγεθών, κατά νομική μορφή, στα έτη 1974,1982, και 1990. ο διαχωρισμός των θεραπευτηρίων σε Δημόσια και Ιδιωτικά γίνεται γιατί στη δεύτερη περίοδο ήταν έντονη η τάση ενθάρρυνσης του δημόσιου χαρακτήρα της περίθαλψης.

Πίνακας 2.

Στοιχεία νοσοκομειακής υποδομής:Ελλάδα, 1974-1990.

	1974	1982	1990	%90/82	%90/74
Συν. θεραπευτηρίων	638	572	387	-32,3	-39,3
Συν. κρεβατιών	56.165	58.207	51.263	-11,9	-8,7
Δημόσια Θεραπευτήρια	149	143	143	0,0	-4,0
Δημόσια κρεβάτια	34.074	34.849	36.049	3,4	5,8
Ιδιωτικά θεραπευτήρια	489	429	244	-43,1	-50,1
Ιδιωτικά κρεβάτια	22.091	23.358	15.214	-34,9	-31,1
%ιδιωτικά θεραπευτήρια	77,0	75,0	63,0		
%ιδιωτικά κρεβατιών	39,0	40,0	30,0		
%ιδιωτικά ασθενών	41,0	34,3	19,2	-44,1	-53,2

Παρατηρούμε στον Πίνακα 2 ότι το σύνολο των θεραπευτηρίων μειώθηκε κατά 39%, γεγονός που οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στη μείωση των ιδιωτικών νοσοκομείων κατά 50%. Από 149 δημόσια θεραπευτήρια το 1974 και 489 ιδιωτικά, έχουμε το 1990 143 δημόσια και 244 ιδιωτικά. Το σύνολο των κρεβατιών μειώνεται κατά 8,7% στο διάστημα 1974-90, ενώ η μείωση είναι ακόμη μεγαλύτερη (-11,9%) στο διάστημα 1982-90.

Στο τέλος του 1990 και σε συνολικά μεγέθη, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια αντιπροσωπεύουν μόνο το 30% των κρεβατιών (από 40% το 1982), ενώ η συμμετοχή τους στη νοσοκομειακή «αγορά» περιορίζεται στο 19,2% των εισερχομένων ασθενών έναντι 41% του 1974. Η μείωση αυτή παρατηρείται στο μεγαλύτερο μέρος της κατά τη δεύτερη περίοδο 1982-90. Η εξέλιξη αυτή συνοδεύθηκε από τάση συγκέντρωσης των δραστηριοτήτων του ιδιωτικού τομέα σε γενικού τύπου νοσηλεία και σε ορισμένες μόνο ειδικότητες (μαιευτικά, νευροψυχιατρικά), ενώ εξαφανίσθηκαν σε μεγάλο βαθμό οι μικρές ειδικές κλινικές που συνήθως στηρίζονται στην προσωπική πελατεία².

5.3 Ιδιωτική Ασφάλιση και Οικονομία

Η οριοθέτηση του Κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής Οικονομίας, καθώς και η απεικόνιση του μεγέθους του σε ποσοστά διεθνούς συγκρισιμότητας, επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό των εξής δεικτών:

α) Του ποσοστού της συνολικής παραγωγής ασφαλιστρών επί του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος (Α. Ε. Π.).

β) Του ποσοστού των επενδύσεων των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων επί του ΑΕΠ.

γ) Της ελαστικότητας των ασφαλιστρών επί του Α.Ε.Π.

δ) Των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών (εκφρασμένων σε δραχμές και Ευρώ).

Ακολουθεί η εξέταση κάθε μεγέθους χωριστά

5.3.1 Ποσοστό ασφαλιστρών επί του Α.Ε.Π.

Η αύξηση της τιμής του δείκτη των συνολικών ασφαλιστρών προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν είναι συνεχής και συστηματική τα τελευταία χρόνια, που υπάρχουν διαθέσιμα σε οργανωμένη βάση στατιστικά στοιχεία. Ενώ το 1989 ο δείκτης έφθανε το 1,11% (Α.Ε.Π. σε τρέχουσες Τιμές, ενιαία καταγραφή σύμφωνα με το νέο σύστημα Εθνικών Λογαριασμών του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας), το 1993 ξεπέρασε το 1,5%, ενώ το 1999 ξεπέρασε το 2% κι έφθασε το 2,14%. Η τιμή του δείκτη δεν μεταβλήθηκε ουσιαστικά το 2000, φθάνοντας το 2,13%.

Είναι φανερό ότι το ειδικό βάρος του Κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης αυξάνει προοδευτικά μέσα στο σύνολο της οικονομικής δραστηριότητας, βοηθώντας με τον δικό του τρόπο την αναπτυξιακή προσπάθεια της χώρας μας.

Στους αριθμημένους πίνακες στατιστικών μεγεθών της τρίτης ενότητας παρουσιάζονται αναλυτικά τα μεγέθη της παρούσας μελέτης που αφορούν την εξέλιξη του κλάδου τα τελευταία δέκα χρόνια.

Ο πίνακας 1 επομένως καταγράφει το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής ασφαλίσεων από πρωτασφαλίσεις επί του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος της Ελλάδος, για την χρονική περίοδο 1989 - 2000.

Το ΑΕΠ είναι εκφρασμένο σε τρέχουσες αγοραίες τιμές, σύμφωνα με το νέο σύστημα Εθνικών Λογαριασμών, για δε το έτος 2000 το μέγεθός του είναι εκτίμηση της Δ/νσης Εθνικών Λογαριασμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας³.

5.3.2 Ποσοστό Επενδύσεων επί του Α.Ε.Π.

Ο υπολογισμός του συνόλου των επενδύσεων των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων σαν ποσοστό επί του Α.Ε.Π. μιας χώρας, αποτελεί διεθνώς ένα δείκτη του βαθμού ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει τη δυναμικότητα και το βαθμό ωριμότητας ιδιαιτέρως του Κλάδου Ζωής.

Το ποσοστό της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια, αφού από 1,35% το 1989, ξεπέρασε το 2% το 1993, το 3% το 1997 και το 4% το 1999 φθάνοντας το 2000 στο 4,10%.

Απέχει όμως αρκετά, όπως είδαμε, από τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, με υψηλότερο βαθμό ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς.

5.3.3 Ελαστικότητας Ασφαλίσεων ως προς το Α.Ε.Π.

Η ελαστικότητα ασφαλίσεων ως προς το Α.Ε.Π., δηλαδή ο λόγος του ποσοστού μεταβολής της παραγωγής ασφαλίσεων

προς το ποσοστό μεταβολής του Α.Ε.Π. για την ίδια χρονική περίοδο, παρουσιάζεται στον πίνακα 3.

Ο δείκτης αντανακλά τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της μεγεθύνσεως της ασφαλιστικής αγοράς και της Εθνικής Οικονομίας. Είναι φανερό ότι τιμές της ελαστικότητας μεγαλύτερες της μονάδας, σημαίνουν ότι σε περιόδους αναπτύξεως της Οικονομίας, τα περιθώρια αναπτύξεως του Κλάδου θα είναι ασφαλώς μεγαλύτερα.

Είναι φανερό από τον πίνακα ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 1989 - 2000 (όπου οι τιμές του δείκτη κυμαίνονται μεταξύ 0,92 και 3,2), η ανάπτυξη της Ελληνικής Οικονομίας οδήγησε σε μεγαλύτερη ανάπτυξη του Κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

5.3.4 Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα

Ο λόγος των ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις προς το σύνολο του πληθυσμού (εκτίμηση στα μέσα κάθε έτους) μας δίνει τον δείκτη των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών (πίνακες 4,5,6). Ενώ το 1989 αντιστοιχούσαν 11.942 δρχ. ασφάλιστρα ανά κάτοικο, το 2000 το αντίστοιχο μέγεθος έχει σχεδόν οκταπλασιαστεί, με αποτέλεσμα να φθάνει τις 82.932 δρχ. Η εξέλιξη του ισόποσου μεγέθους εκφρασμένου σε Ευρωπαϊκές Νομισματικές Μονάδες Ευρώ, με την χρήση της μέσης ετήσιας συναλλαγματικής ισοτιμίας 1 κάθε έτους (τελευταία στήλη των πινάκων 4,5,6) ξεκινά από 66,78 Ευρώ ανά κάτοικο το 1989 και φθάνει τα 243,38 Ευρώ ανά κάτοικο το 2000.

Ο αντίστοιχος υπολογισμός των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών για τις ασφαλίσεις Ζωής (πίνακας 5) δίνει 4.814 δρχ. (ή 26,92

Ευρώ) ασφάλιστρα ανά κάτοικο το 1989 και 42.581 δρχ. (ή 124,96 Ευρώ) το 2000. Τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα των ασφαλίσεων Ζημιών (πίνακας 6) ήταν 7.128 δρχ. (ή 39,86 Ευρώ) ασφάλιστρα ανά κάτοικο το 1989 και 40.352 δρχ. (ή 11842 Ευρώ) το 2000. Είναι επομένως διαρκής και σταθερή η αύξηση της εμπιστοσύνης των Ελλήνων στον Κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης, έτσι όπως εκφράζεται από τους προαναφερθέντες δείκτες.

5.4 Ασφαλιστική Αγορά

Η μορφή αλλά και η διαχρονική πορεία της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς, πέραν της απλής καταγραφής μεγεθών, πρέπει να εξεταστεί με την χρήση χρηματοοικονομικών δεικτών, οι οποίοι προτείνονται από την οικονομική θεωρία για την αξιολόγηση της λειτουργίας των οικονομικών μονάδων και χρησιμοποιούνται για την παράλληλη σύγκριση του Κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης με άλλους Κλάδους της Ελληνικής Οικονομίας, καθώς και με τον αντίστοιχο Κλάδο άλλων χωρών.

Οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν, έχουν προκύψει από την επεξεργασία των οικονομικών μεγεθών των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, αποτελούν στην ουσία τους μέσους όρους της αγοράς και μπορούν να βοηθήσουν στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Επιγραμματικά, οι εξεταζόμενοι δείκτες είναι:

- α) Δείκτης συγκέντρωσης Παραγωγής
- β) Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων

- γ) Αποδοτικότητα Συνόλου Απασχολουμένων Κεφαλαίων
- δ) Περιθώριο Κέρδους
- ε) Ποσοστό Ιδίας Κράτησης
- στ) Ποσοστό Αντασφαλιστρών (αναλήψεων)

5.4.1 Δείκτης Συγκέντρωσης Παραγωγής

Από την εξέταση της παραγωγής ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα το 2000, καθώς και των μεριδίων αγοράς που καλύπτουν τόσο στις ασφαλίσεις Ζωής όσο και στις ασφαλίσεις Ζημιών, προκύπτουν τα εξής:

α. Στις ασφαλίσεις Ζωής οι πέντε μεγαλύτερες σε παραγωγή ασφαλιστρών Επιχειρήσεις κατέχουν το 70,05% της αγοράς Ζωής το 2000, έναντι ποσοστού 70,39% το 1999 και 66,14% το 1998 αντίστοιχα.

Οι δέκα μεγαλύτερες κατέχουν το 89,46% το 2000, έναντι ποσοστού 87,83% το 1999 και 86,91% το 1998, οι δεκαπέντε πρώτες το 97,25% το 2000 (96,95% το 1999 και 95,08% το 1998) και οι είκοσι πρώτες το 99,23% το 2000 (99,38% το 1999 και 98,77% το 1998).

Μερίδιο αγοράς μεγαλύτερο του 10% εμφανίζουν το 2000 τρεις Ασφαλιστικές (με 53,3% συμμετοχή στο σύνολο της παραγωγής του Κλάδου), ενώ 12 Ασφαλιστικές εμφανίζουν μερίδιο μεταξύ 1% και 10% (με 44% συμμετοχή στο σύνολο της παραγωγής του Κλάδου).

Η τάση συγκέντρωσης ασφαλιστρών, επομένως, στις ασφαλίσεις Ζωής παρουσιάζεται ακόμη πιο οξυμένη το 2000 και

χαρακτηρίζεται από τα μεγάλα μερίδια αγοράς που κατέχουν οι μεγαλύτερες σε παραγωγή ασφαλιστρών Επιχειρήσεις.

β. Στις ασφαλίσεις Ζημιών οι πέντε μεγαλύτερες σε Παραγωγή ασφαλιστρών Επιχειρήσεις συνεισφέρουν το 46,84% της παραγωγής πρωτασφαλιστρών, έναντι ποσοστού 46,38% το 1999 και 46,64% το 1998 αντίστοιχα.

Οι δέκα μεγαλύτερες κατέχουν το 62,6% Το 2000, έναντι ποσοστού 61,87% το 1999 και 58,61% το 1998, οι δεκαπέντε πρώτες το 72,62% Το 2000 (71,41% το 1999 και 67,07% το 1998) και οι είκοσι πρώτες το 79,25% το 2000 (77,81% το 1999 και 73,82% το 1998).

Μερίδιο αγοράς μεγαλύτερο του 10% στις ασφαλίσεις Ζημιών εμφανίζει μόνο μια Ασφαλιστική (με 20,5% συμμετοχή στο σύνολο της παραγωγής των ασφαλίσεων Ζημιών), ενώ 23 Ασφαλιστικές εμφανίζουν μερίδιο μεταξύ 1% και 10% (με 62,7 % συμμετοχή στο σύνολο).

Η τάση συγκέντρωσης των ασφαλίσεων Ζημιών παρουσιάζεται ελάχιστα διαφοροποιημένη το 2000 έναντι του 1999 για τις πρώτες σε Παραγωγή Εταιρίες, όμως υπάρχει μεγαλύτερη διασπορά της παραγωγής ασφαλιστρών μεταξύ των Επιχειρήσεων στους κλάδους Ζημιών, από αυτήν των ασφαλίσεων Ζωής.

5.4.2 Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων

Ο δείκτης προκύπτει από τη διαίρεση των κερδών (ή ζημιών αντίστοιχα) προ φόρων μιας χρήσεως, δια του μέσου όρου των Ιδίων Κεφαλαίων των δύο τελευταίων χρήσεων και δείχνει την ποσοστιαία απόδοση ανά μονάδα Ιδίων Κεφαλαίων.

Η εξέλιξη του δείκτη από το 1992 έως και το 1996 (Πίνακας 7 στην τρίτη ενότητα) παρουσιάζει ανάγλυφη τη σταθερή μείωση της απόδοσης των Ιδίων Κεφαλαίων λόγω χαμηλής κερδοφορίας, η οποία από 9,88% το έτος 1992 (για το σύνολο της αγοράς) έπεσε στο 5,04% το 1996 (μικρότερη και από τον μέσο ετήσιο πληθωρισμό του 1996 που ήταν 8,5%). Όμως από το 1997 ο δείκτης εμφανίζεται αυξημένος, φθάνοντας οριακά το 1999 το 36,87%, για να επανέλθει στο 12,51% το 2000.

5.4.3 Αποδοτικότητας Συνόλου Απασχολουμένων Κεφαλαίων

Ο δείκτης προκύπτει από τη διαίρεση των κερδών (ή ζημιών αντίστοιχα) προ φόρων μιας χρήσεως, δια του μέσου όρου του Συνόλου Ενεργητικού των δύο τελευταίων χρήσεων και δείχνει την ποσοστιαία απόδοση ανά μονάδα απασχολουμένων κεφαλαίων (ιδίων και ξένων).

Η εξέλιξη και αυτού του δείκτη από το 1992 έως και το 1996 (πίνακας 8), όπως και της αποδοτικότητας των Ιδίων Κεφαλαίων, επιβεβαιώνει την σταθερή μείωση της απόδοσης των Κεφαλαίων, η οποία από 2,03% το έτος 1992 (για το σύνολο της αγοράς) έπεσε στο 0,77% το 1996. Όμως από το 1997 ο δείκτης εμφανίζεται αυξημένος, φθάνοντας οριακά το 5,58% το 1999, για να επανέλθει στο 2,19% το 2000⁴.

5.5 Πίνακες⁵**ΠΙΝ. 1 : ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ Α.Ε.Π.**

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	Α. Ε. Π.	%
1989	120.494	10.826.700	1,11%
1990	162.565	12.973.398	1,25%
1991	209.681	15.848.243	1,32%
1992	272.124	18.766.104	1,45%
1993	335.469	21.135.716	1,59%
1994	386.447	23.983.636	1,61%
1995	443.044	26.883.500	1,65%
1996	513.445	29.697.712	1,73%
1997	574.177	32.721.812	1,75%
1998	658.841	35.586.200	1,85%
1999	820.865	38.319.600	2,14%
2000	876.596	41.135.600	2,13%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΧ., Α.Ε.Π. ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)

ΠΙΝ. 2 : ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ Α.Ε.Π.

ΕΤΟΣ	ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	Α. Ε. Π.	%
1989	146.189	10.826.700	1,35%
1990	195.986	12.973.398	1,51%
1991	258.848	15.848.243	1,63%
1992	338.037	18.766.104	1,80%
1993	445.118	21.135.716	2,11%
1994	556.230	23.983.636	2,32%
1995	676.366	26.883.500	2,52%
1996	828.503	29.697.712	2,79%
1997	1.003.594	32.721.812	3,07%
1998	1.171.581	35.586.200	3,29%
1999	1.558.671	38.319.600	4,07%
2000	1.688.383	41.135.600	4,10%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΧ., Α.Ε.Π. ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)

ΠΙΝ. 3 : ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ Α.Ε.Π.

ΕΤΟΣ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ Α.Ε.Π.	ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΣ
1989 - 90	34,92%	19,83%	1,76
1990 - 91	28,98%	22,16%	1,31
1991 - 92	29,78%	18,41%	1,62
1992 - 93	23,28%	12,63%	1,84
1993 - 94	15,20%	13,47%	1,13
1994 - 95	14,65%	12,09%	1,21
1995 - 96	15,89%	10,47%	1,52
1996 - 97	11,83%	10,29%	1,15
1997 - 98	14,75%	8,75%	1,68
1998 - 99	24,59%	7,68%	3,20
1999 - 2000	6,79%	7,35%	0,92

ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ / ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ Α.Ε.Π.

ΠΙΝ. 4 : ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	
			ΔΡΑΧΜΕΣ	ΕΥΡΩ
1989	120.494	10.089.550	11.942	66,78
1990	162.565	10.160.551	16.000	79,21
1991	209.681	10.247.341	20.462	90,78
1992	272.124	10.321.883	26.364	106,91
1993	335.469	10.379.453	32.320	120,60
1994	386.447	10.426.289	37.065	129,06
1995	443.044	10.442.900	42.425	141,64
1996	513.445	10.465.058	49.063	162,81
1997	574.177	10.498.800	54.690	177,40
1998	658.841	10.511.000	62.681	189,08
1999	820.865	10.521.700	78.016	239,48
2000	876.596	10.570.000	82.932	243,38

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΣΕ ΕΚΑΤ ΔΡΧ)

ΠΙΝ. 5 : ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΩΗΣ

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	
			ΔΡΑΧΜΕΣ	ΕΥΡΩ
1989	48.572	10.089.550	4.814	26,92
1990	68.291	10.160.551	6.721	33,27
1991	98.996	10.247.341	9.661	42,86
1992	131.147	10.321.883	12.706	51,52
1993	161.490	10.379.453	15.559	58,06
1994	190.078	10.426.289	18.231	63,48
1995	218.047	10.442.900	20.880	69,71
1996	248.011	10.465.058	23.699	78,64
1997	286.095	10.498.800	27.250	88,40
1998	337.289	10.511.000	32.089	96,80
1999	456.413	10.521.700	43.378	133,15
2000	450.078	10.570.000	42.581	124,96

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΣΕ ΕΚΑΤ ΔΡΧ)

ΠΙΝ. 6 : ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΗΜΙΩΝ

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	
			ΔΡΑΧΜΕΣ	ΕΥΡΩ
1989	71.922	10.089.550	7.128	39,86
1990	94.274	10.160.551	9.278	45,93
1991	110.685	10.247.341	10.801	47,92
1992	140.977	10.321.883	13.658	55,38
1993	173.979	10.379.453	16.762	62,55
1994	196.369	10.426.289	18.834	65,58
1995	224.998	10.442.900	21.545	71,93
1996	265.444	10.465.058	25.365	84,17
1997	288.082	10.498.800	27.440	89,01
1998	321.552	10.511.000	30.592	92,28
1999	364.452	10.521.700	34.638	106,33
2000	426.518	10.570.000	40.352	118,42

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΣΕ ΕΚΑΤ ΔΡΧ)

ΠΙΝ. 7 : ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΣ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

ΕΤΟΣ	ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΑΙΡΙΩΝ
1991	5,39%	9,69%	5,86%
1992	5,88%	45,39%	9,88%
1993	3,15%	43,69%	7,42%
1994	2,93%	37,00%	6,93%
1995	2,74%	20,82%	5,21%
1996	2,20%	20,66%	5,04%
1997	5,49%	9,87%	6,13%
1998	10,90%	4,75%	10,17%
1999	39,20%	4,11%	36,87%
2000	12,62%	10,19%	12,51%

ΚΕΡΔΗ ΧΡΗΣΕΩΣ (ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ) / ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

ΠΙΝ. 8 : ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

ΕΤΟΣ	ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΑΙΡΙΩΝ
1991	1,23%	1,15%	1,22%
1992	1,35%	4,81%	2,03%
1993	0,68%	4,67%	1,45%
1994	0,56%	3,87%	1,21%
1995	0,47%	2,22%	0,82%
1996	0,36%	2,27%	0,77%
1997	0,85%	1,24%	0,92%
1998	1,52%	0,60%	1,40%
1999	6,23%	0,37%	5,58%
2000	2,35%	0,83%	2,19%

ΚΕΡΔΗ ΧΡΗΣΕΩΣ (ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ) / ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ

ΠΙΝ. 9 : ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΕΡΔΟΥΣ

ΕΤΟΣ	ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΑΙΡΙΩΝ
1991	2,14%	1,88%	2,08%
1992	2,33%	9,02%	3,56%
1993	1,23%	9,42%	2,67%
1994	1,09%	8,72%	2,42%
1995	0,95%	5,45%	1,72%
1996	0,74%	5,88%	1,64%
1997	1,78%	5,05%	2,10%
1998	3,48%	1,96%	3,34%
1999	15,51%	1,39%	14,42%
2000	6,82%	3,08%	6,52%

ΚΕΡΔΗ ΧΡΗΣΕΩΣ (ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ) / ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ

- 1: Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα το 2001-Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2001 (σελ. 1-6).
- 2: Λιαρόπουλος Λυκούργος - Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας - Ευκαιρίες και προβλήματα (σελ. 148-150).
3. σπ. 1 σελ. 7-8
4. σπ. 1 σελ. 9-10
5. σπ. 1 σελ. Π1- Π3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

«Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ»

6.1 Ο ρόλος και οι εξελίξεις της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση, κύρια στοιχεία της οποίας είναι το κεφαλαιοποιητικό στοιχείο και ο ανταποδοτικός χαρακτήρας της, διακρίνεται σε ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση και σε ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση. Με την έννοια ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση, αναφερόμαστε στην ασφάλιση που παρέχεται από τα ταμεία ΝΠΙΔ ή από Ειδικούς Λογαριασμούς, που η δημιουργία τους απορρέει από συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Αντιθέτως, η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση παρέχεται από ιδιωτικές επιχειρήσεις και έχει ως σκοπό την κάλυψη διαφόρων κινδύνων και προσφέρεται από ασφαλιστικές εταιρείες. Η έννοια του κερδοσκοπικού αναφέρεται στο ότι στην πρώτη περίπτωση η προσφορά των ασφαλιστικών υπηρεσιών δεν αποσκοπεί στην επιδίωξη του κέρδους, αλλά στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των κοινωνικο-ασφαλιστικών αναγκών των ασφαλισμένων. Αντιθέτως στη δεύτερη περίπτωση, η κάλυψη διαφόρων κινδύνων έχει ως στόχο την μεγιστοποίηση του κέρδους από την πλευρά των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

Η ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση αποτελεί την τάση προσέγγισης των δύο μεγάλων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης που κυριάρχησαν στο χώρο της Ευρώπης. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ήταν το αγγλοσαξωνικό και το ηπειρωτικό.

Η επικουρική ασφάλιση (η ασφάλιση αυτή παρέχεται από την ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση) αναπτύχθηκε στη βάση των εξής δύο αρχών :

α) από τη μια αναπτύχθηκε σε επίπεδο επαγγελματικών κλάδων ή σε επίπεδο επιχειρήσεων μέσω των συλλογικών συμβάσεων και

β) σε επίπεδο μεμονωμένων ασφαλιστικών ταμείων αποτελώντας συμπληρωματική ασφάλιση στην ήδη υπάρχουσα κοινωνική ασφάλιση.

Ο ρόλος της επικουρικής ασφάλισης συνίσταται στο να συμπληρώσει, κατά κύριο λόγο, τις παροχές από την ήδη υπάρχουσα κοινωνική ασφάλιση. Προωθείται δε είτε από τις ενώσεις των εργαζομένων και των εργοδοτών στην περίπτωση των επαγγελματικών κλάδων οι οποίοι δεν είχαν δημιουργήσει μέσα από τις συλλογικές διαπραγματεύσεις, ταμεία συμπληρωματικών συντάξεων. Ο ρόλος των εκπροσώπων των εργαζομένων και των εργοδοτών στα πλαίσια του καθεστώτος της επικουρικής ασφάλισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι κύριες αποφάσεις που αφορούν διοικητικά, χρηματοοικονομικά και οργανωτικά ζητήματα της επικουρικής ασφάλισης,

λαμβάνονται από τη Διοίκησή τους, που αποτελείται από εκπροσώπους των εργαζομένων και των εργοδοτών. Η έννοια της συνδιαχείρισης είναι έντονη στην επικουρική ασφάλιση που λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, το σύστημα της επικουρικής ασφάλισης ακολούθησε την ανάπτυξη του συστήματος κύριας ασφάλισης, καλύπτοντας ολοένα και περισσότερους επαγγελματικούς κλάδους. Δημιουργήθηκαν 15 ασφαλιστικά ταμεία συμπληρωματικής (επικουρικής) ασφάλισης μέσα από συλλογικές συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι κυριότεροι επαγγελματικοί κλάδοι που καλύπτει αυτή η κατηγορία επικουρικής ασφάλισης είναι ο κλάδος των δημοσιογράφων, των τραπεζοϋπαλλήλων, των πολιτικών μηχανικών κ.ά. Ο θεσμός της επικουρικής ασφάλισης στην Ελλάδα, ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου γενικεύτηκε το 1983 με τη δημιουργία του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης των Μισθωτών του Ιδιωτικού Τομέα.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 60 ταμεία επικουρικής ασφάλισης σε ένα σύνολο 291 ταμείων κύριας ασφάλισης. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι ο νόμος 2084/92 στοχεύει μακροπρόθεσμα και με τη συνδρομή ορισμένων προϋποθέσεων, στην ένταξη των ταμείων επικουρικής ασφάλισης στο TEAM χωρίς να δείχνει την προσήκουσα ευαισθησία στη συνταγματικά κατοχυρωμένη αυτονομία των Ταμείων ΝΠΙΔ ή των ειδικών λογαριασμών επικουρικής ασφάλισης.

Αντίθετα, ο ρόλος της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης είναι εντελώς διαφορετικός. Αναπτύσσεται στην περίοδο κρίσης του κράτους- πρόνοιας, στην περίοδο κρίσης του φροντισμού, στην περίοδο κρίσης της φροντικής σχέσης μισθωτής εργασίας. Η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση αποτελεί συστατικό στοιχείο ενός νέου τρόπου οργάνωσης του κοινωνικού, ενός νέου τρόπου αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης. Η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση αποτελεί ρυθμιστικό στοιχείο του νέου τρόπου οργάνωσης της παραγωγής, του μοντέλου της ευέλικτης απασχόλησης. Η σχέση του κράτους με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση είναι σχέση υποστήριξης, η οποία ενδεικτικά εκφράζεται, είτε με φορολογική απαλλαγή ασφαλιστρών, είτε ακόμη, με την απαγόρευση (ν. 2064/92) δημιουργίας από εργαζομένους και εργοδότες αυτόνομου Ταμείου επικουρικής ασφάλισης που σημαίνει ότι το πεδίο αυτό της επικουρικής ασφάλισης, αξιοποιείται μέσω των ομαδικών συμβολαίων από την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση. Εδώ, ίσως βρίσκεται και το «παράδοξο» καθόσον το κράτος ως ο κύριος φορέας της κοινωνικής ασφάλισης διαμορφώνει προϋποθέσεις αθέμιτου ανταγωνισμού, ως προς την κοινωνική ασφάλιση, της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης. Βέβαια, το κράτος εκφράζει την πολιτική κοινωνικοποίηση του ατόμου μέσα στην κοινωνία, η οποία πραγματοποιείται και μέσα από την ενίσχυση του ιδιωτικού.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι λόγοι, πέρα από την αλλαγή του συγκεκριμένου τρόπου οργάνωσης του

κοινωνικού, για τους οποίους αναπτύσσεται η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση. Η μορφή που έλαβε η συσσώρευση του κεφαλαίου κατά τα τελευταία χρόνια, είναι ένας ακόμη προσδιοριστικός παράγοντας ανάπτυξης της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης. Η ολοένα αυξανόμενη συμμετοχή του τριτογενή τομέα στο ακαθάριστο εθνικό προϊόν και η ιδιαίτερη ανάπτυξη της χρηματο-οικονομικής πλευράς της οικονομικής λειτουργίας, άλλαξε τη μορφή της συσσώρευσης του κεφαλαίου και προκάλεσε τον τριτογενή και χρηματο-οικονομικό προσανατολισμό των ιδιωτικών επενδύσεων και κατά προτίμηση των τραπεζικών, ασφαλιστικών δραστηριοτήτων. Με άξονα αυτή την προοπτική, διαμορφώνονται βαθμιαία οι σύγχρονες εξελίξεις αναφορικά με την παρέμβαση του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα, που επικεντρώνεται στη χρησιμοποίησή του για παροχή, κατά κύριο λόγο υπηρεσιών ασφάλισης και υγείας, που χρηματοδοτούνται στη βάση συμβάσεων, από τα ασφαλιστικά ταμεία, ή από τους ίδιους τους ασφαλισμένους όταν δεν υπάρχει σύμβαση.

Οι εξελίξεις αυτές σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση της κοινωνικής ασφάλισης και το χαμηλό επίπεδο ασφαλιστικής και υγειονομικής υποδομής στη χώρα μας, τοποθετεί το σύστημα κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα σε συνθήκες σταθεροποιητικών προγραμμάτων και πολιτικών στο περιθώριο των αποτελεσμάτων της παραγωγικής διαδικασίας, με την απορρόφηση ενός μειούμενου ποσοστού από το παραγόμενο προϊόν της οικονομίας, με

αποτέλεσμα να διευρύνεται σταδιακά το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών ασφάλισης και υγείας, είτε μέσω της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, είτε μέσω άλλων υγειονομικών ή ιατρικών κερδοσκοπικών δραστηριοτήτων¹.

6.2 Ανάλυση της εξέλιξης της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης

Ο αριθμός των ασφαλισμένων επικουρικής ασφάλισης το 1974 αποτελούσε στην Ελλάδα το 23,12% του συνόλου των ασφαλισμένων. Το ποσοστό αυτό αυξομειώνεται αλλά όχι ιδιαίτερα σημαντικά μέχρι το 1982. το 1982 το ποσοστό των ασφαλισμένων στην επικουρική ασφάλιση είναι 23,43% του συνόλου των ασφαλισμένων, ενώ το 1983 το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 33,74%. Εξίσου σημαντική ήταν η αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων στην επικουρική ασφάλιση την περίοδο 1990-1991. Το ποσοστό των ασφαλισμένων στην επικουρική ασφάλιση αυξάνεται από 34,21% σε 45,53%. Η αύξηση του ποσοστού των ασφαλισμένων στην επικουρική ασφάλιση οφείλεται στο γεγονός ότι ολοένα και περισσότεροι επαγγελματικοί κλάδοι υπάχθηκαν στο θεσμό της επικουρικής ασφάλισης.

Ο αριθμός των συνταξιούχων επικουρικής ασφάλισης ως ποσοστό του συνόλου των συνταξιούχων αυξάνεται καθ'όλη την περίοδο 1974-1991. Το 1974, το 13,73% του συνόλου των συνταξιούχων είναι ασφαλισμένοι και στην

επικουρική ασφάλιση. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται ιδιαίτερα την περίοδο 1990-1991. Το 1990 το ποσοστό των συνταξιούχων επικουρικής ασφάλισης ως προς το σύνολο των συνταξιούχων ήταν 42,33%.

Το δημογραφικό πρόβλημα, το οποίο πλήττει όλη την κοινωνική ασφάλιση, επηρεάζει άμεσα και την επικουρική ασφάλιση. Ο αριθμός των ασφαλισμένων που αντιστοιχεί σε κάθε συνταξιούχο συνεχώς μειώνεται. Το 1975, η σχέση ασφαλισμένων προς συνταξιούχους ήταν 4,37. Το 1982, η σχέση ασφαλισμένων προς συνταξιούχους είναι 4,91, ενώ το 1983 και το 1984 η αντίστοιχη σχέση διαμορφώνεται σε 7,66 και 7,56. Η αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων ανά συνταξιούχο οφείλεται στη σημαντική αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων την περίοδο εκείνη, λόγω του ότι ολοένα και περισσότεροι κλάδοι υπάχθηκαν στην επικουρική ασφάλιση. Η σχέση ασφαλισμένων προς συνταξιούχους μειώνεται συνεχώς κατά τα επόμενα χρόνια και το 1992 η σχέση αυτή είναι 2,70.

Η επικουρική ασφάλιση παρουσιάζει πλεόνασμα το οποίο συνεχώς αυξάνεται. Ειδικότερα, το 1974 το πλεόνασμα ήταν 1,404,781 και το 1991 ήταν 71,959,504. Το πλεόνασμα οφείλεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι τα έσοδα αυξάνονταν περισσότερο από τις δαπάνες. Την περίοδο 1974-75 τα έσοδα αυξήθηκαν κατά 22,07% και οι δαπάνες κατά 19,19%. Την περίοδο 1990-91 τα έσοδα αυξήθηκαν κατά 26,69% και οι δαπάνες κατά

13,68%. Η αύξηση των εσόδων αιτιολογείται από το ότι πολλοί επαγγελματικοί κλάδοι υπάχθηκαν τα τελευταία χρόνια στην επικουρική ασφάλιση.

Σε ότι αφορά την κατανομή των πραγματοποιηθέντων εσόδων, οι εισφορές των ασφαλισμένων στα έσοδα συμμετέχουν περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία. Το 1974, το ποσοστό των εισφορών των ασφαλισμένων ως προς το σύνολο των εσόδων ήταν 51,40%. Το ποσοστό μειώνεται διαχρονικά και το 1991 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 40,11%. Οι εισφορές των εργοδοτών αυξομειώνονται ελάχιστα σε όλη την περίοδο. Το 1974, το ποσοστό των εισφορών των εργοδοτών ως προς το σύνολο των εσόδων ήταν 26,22% και το 1991 ήταν 25,81%. Εξίσου σημαντική πηγή εσόδων, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, είναι και οι πρόσοδοι περιουσίας. Το ποσοστό συμμετοχής τους στα συνολικά έσοδα αυξάνεται από 10,90% το 1974 σε 26,45% το 1991. Τέλος, η συμμετοχή της κοινωνικής εισφοράς στο σύνολο των εσόδων από 9,66% το 1974 μειώνεται σε 6,70% το 1991.

Οι παροχές συντάξεων αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία πραγματοποιηθεισών δαπανών. Το 1974, το ποσοστό συμμετοχής των παροχών συντάξεων στο σύνολο των δαπανών ήταν 88,34% και το 1991 το αντίστοιχο διαμορφώνεται σε 85,79%².

6.3 Προοπτικές της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης

Η διαχειριστική και διοικητική αυτονομία των Ταμείων Επικουρικής Ασφάλισης, Ασθένειας και Πρόνοιας – Εφάπαξ που έχουν μορφή ΝΠΙΔ (αλληλοβοηθητικά Σωματεία, Ειδικοί Λογαριασμοί, κτλ. κατοχυρώνονται από το Σύνταγμα της χώρας μας (άρθρα 5, 1, 2, 22, 23) και τις Διεθνείς Συμβάσεις (87, 98) (ΟΤΟΕ 1992).

Ειδικότερα, με το άρθρο 12 του Συντάγματος (σε συνδυασμό και με τα άρθρα 2,5,23 του Συντάγματος) κατοχυρώνεται το δικαίωμα των Ελλήνων να ιδρύουν ελεύθερα και ανεμπόδιστα Ενώσεις Προσώπων ή Περιουσίας (Ειδικούς Λογαριασμούς κτλ.) και μη κερδοσκοπικά σωματεία (Αλληλοβοηθητικά Ταμεία) και η αυτόνομη λειτουργία τους, όπως προβλέπεται από τα καταστατικά τους.

Επίσης, σύμφωνα και με Διεθνή Σύμβαση 87 τα Ταμεία αυτά μπορούν να διαχειρίζονται ελεύθερα την περιουσία τους, μέσα στα νόμιμα όρια εξυπηρέτησης του σκοπού τους, χωρίς άδεια οποιασδήποτε αρχής.

Έτσι, τα Ταμεία αυτά (Αλληλοβοηθητικά Ταμεία και Ειδικοί Λογαριασμοί) δεν υποχρεούνται στην εφαρμογή του ν. 1611/50 που θεσπίζει την υποχρεωτική κατάθεση στην Τράπεζα Ελλάδος, των κεφαλαίων των ταμείων δημοσίου δικαίου.

Από την άποψη αυτή, η χωρίς παρεμβάσεις της εκτελεστικής εξουσίας, αυτόνομη διαχείριση των πόρων τους, έχει ως αποτέλεσμα το συνδυασμό βιωσιμότητας με την κοινωνική αποτελεσματικότητά τους.

Οι παρεβλεπόμενες παρεμβάσεις της εκτελεστικής εξουσίας, σύμφωνα με ρυθμίσεις των τελευταίων ασφαλιστικών νομοθετημάτων (ν.1902/90, άρθρο 10, παρ.1, ν. 1976/91, άρθρο 9 και ν. 2084/92, άρθρο 2 παρ. 4), αποπειρώνται να καταλύσουν την αυτονομία των Ταμείων ΝΠΙΔ και να παρεμποδίσουν τη βιώσιμη και αυτοτελή προοπτική τους στη χώρα μας.

Βέβαια, η συρρίκνωση αυτής της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης, θα συμβάλει βαθμιαία στη διεύρυνση, στο βαθμό που την αφορά, της δραστηριότητας της κερδοσκοπικής ασφάλισης.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι προοπτικές αυτές της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης στη χώρα μας, συντελούνται σε μια περίοδο που οι αντίστοιχες τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση, επικεντρώνονται στην άρση των υφισταμένων νομοθετικών παρεμβάσεων στα διάφορα κράτη – μέλη, αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών καθεστώτων συμπληρωματικής ασφάλισης. Αυτό σημαίνει, ότι σε κοινοτικό επίπεδο εννοείται η ανάπτυξη των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών ασφαλιστικών καθεστώτων που στη Μ. Βρετανία ανέρχονται σε 90.000 (Κ. Κρεμάλης 1992).

Η τάση αυτή εκφράζεται και στην ελευθερία των επενδύσεων αυτών των Ταμείων στην Κοινότητα. Έτσι, στην οδηγία του Συμβουλίου της ΕΟΚ 88/361/24-6-88 και στο άρθρο 67 της Συνθήκης, αναφέρεται ότι θα πρέπει να εξαλειφθούν όλα τα εμπόδια για τις θεσμικές επενδύσεις αυτών των Ταμείων, εξασφαλίζοντας την αυξημένη απόδοση των αποθεματικών τους, σε εναρμόνιση με την ελεύθερη κίνηση κεφαλαίων και παροχής υπηρεσιών. Από την προαναφερόμενη επεξεργασία προκύπτει ότι επιβάλλεται, η διατήρηση της αυτοτέλειας και αυτονομίας της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης στη χώρα μας, σε συνδυασμό με τη δημιουργία των αναγκαίων προϋποθέσεων για ανάπτυξη και διεύρυνσή της. Συγκεκριμένα, η διατήρηση της αυτονομίας και της αυτοτέλειας της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης επιβάλλεται όχι μόνο για λόγους αποκατάστασης της έννομης συνταγματικής τάξης αλλά επίσης και για λόγους αντιμετώπισης του αθέμιτου ανταγωνισμού που λειτουργεί προς όφελος της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, και αποκατάστασης της οικονομικής και κοινωνικής αποτελεσματικότητάς της, σε βαθμό που να παρέχονται με πληρότητα από συλλογικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι συμπληρωματικές ασφαλιστικές παροχές του ασφαλιστικού πληθυσμού³.

6.4 Προοπτικές της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης

Η ενοποίηση των χωρών της Ευρώπης καθώς και το κοινοτικό πλαίσιο λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών δημιουργεί νέες συνθήκες λειτουργίας της ασφαλιστικής δραστηριότητας τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα.

Σε ότι αφορά την ελληνική περίπτωση θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο ανταγωνισμός λόγω της απελευθέρωσης της αγοράς εντάθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να ενισχυθούν οι τάσεις οι οποίες εμφανίστηκαν στη δεκαετία του '60.

Οι τάσεις αυτές ήταν :

α) η προσπάθεια αλλοδαπών εταιριών να εισέλθουν στην ελληνική αγορά, είτε με τη μορφή θυγατρικών εταιρειών, είτε με τη μορφή των εξαγορών

β) η προσπάθεια των ελληνικών εταιρειών να δημιουργήσουν ευρεία οικονομική βάση, είτε μέσω της συνεργασίας τους με αλλοδαπές εταιρείες είτε με τη συνεργασία τραπεζικών ιδρυμάτων και άλλων εγχώριων ασφαλιστικών εταιρειών

γ) η προσπάθεια διεθνοποίησης των ελληνικών ασφαλιστικών εταιρειών είτε αυτοδύναμα, είτε μέσω της συνεργασίας με αλλοδαπά ασφαλιστικά συγκροτήματα

Οι νέες συνθήκες οι οποίες δημιουργήθηκαν στην ασφαλιστική δραστηριότητα, σε συνδυασμό με τη νομοθετική απελευθέρωση ως προς το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώθησε πολλές ασφαλιστικές εταιρείες να προσφέρουν χρηματοοικονομικά προϊόντα και αρκετά τραπεζικά ιδρύματα να ιδρύσουν ασφαλιστικές εταιρείες. Η ανάγκη προσφοράς στον καταναλωτή συνολικών πακέτων χρηματοοικονομικών υπηρεσιών οδήγησε τράπεζες και ασφάλειες να συνεργαστούν, κάτω από την εκτίμηση ότι ο ανταγωνισμός θα ήταν επιζήμιος και για τους δύο. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα τέτοιων συνεργασιών, όπως : η γερμανική Allianz απέκτησε το 23% της Dresdner Bank, ενώ η Dresdner Bank αγόρασε το 10% των μετοχών της εταιρείας, αποκτώντας έτσι το ίδιο ποσοστό με την Deutsche Bank. Άλλο παράδειγμα είναι η συγχώνευση της Ολλανδικής τράπεζας MNB Postbank με τον ασφαλιστικό όμιλο Nationale Nederlanden και τη δημιουργία ενός νέου ομίλου με την επωνυμία Internationale Nederlanden.

Εκτός από τη συνεργασία τραπεζών, ασφαλειών παρατηρείται και η ανάπτυξη ενός νέου θεσμού : ο θεσμός της αντασφάλισης. Ο θεσμός της αντασφάλισης είναι ιδιαίτερα σημαντικός την περίοδο όξυνσης του ανταγωνισμού και της προσφοράς ολοένα και περισσότερο πληρέστερων χρηματοοικονομικών υπηρεσιών, για τη δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιριών να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τους. Οι δείκτες αντασφαλίστρων δίνουν μια εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στην αγορά

σε σχέση με την αντασφάλιση. Συγκεκριμένα, ο εσωτερικός δείκτης αντασφαλίσεων^α δίνει τη σημασία της αντασφαλιστικής δραστηριότητας συγκρινόμενης με σύνολο των πραγματοποιηθέντων ασφαλίσεων σε μία χώρα. Ο δείκτης ίδιας κράτησης ασφαλίσεων^β δίνει το ποσοστό των αντασφαλίσεων που εκχωρήθηκαν ή επανεκχωρήθηκαν. Συγκρίνοντας τους δύο δείκτες μπορούμε να έχουμε μία ένδειξη για το μέρος των ασφαλίσεων το οποίο έχει εκχωρηθεί στο εξωτερικό (ο δείκτης ίδιας κράτησης ασφαλίσεων)⁴.

α: Ο εσωτερικός δείκτης αντασφαλίσεων είναι το ποσό των παραγομένων αντασφαλίσεων ως ποσοστό επί του συνόλου παραγωγής ασφαλίσεων.

β: Ο δείκτης ίδιας κράτησης ασφαλίσεων είναι η αναλογία της ίδιας κράτησης ασφαλίσεων στο σύνολο των πραγματοποιούμενων ασφαλίσεων.

1: Ρομπόλης Σάββας- Χλέτσος Μιχάλης- Τα Οικονομικά και Κοινωνικά Κριτήρια Λειτουργίας του Ιδιωτικού Τομέα (σελ.403-405).

2: Στο ίδιο (σελ.405-406).

3: Στο ίδιο (σελ.409-410).

4: Στο ίδιο (σελ.410-411).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

«Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ - ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ»

7.1 Βασικά χαρακτηριστικά της Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης

Η υπεροχή της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης έναντι της κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της, αναφέρεται σε δυο κύρια επίπεδα. Το πρώτο είναι ότι κινείται μέσα στα πλαίσια της αγοράς, και της ανταγωνιστικότητας, οπότε μπορεί να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (επίπεδο και περιεχόμενο παροχών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος ,ασφάλιστρα κτλ).

Το δεύτερο αφορά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, τα οποία είναι ο κεφαλαιοποιητικός και ο ανταποδοτικός της χαρακτήρας.

Ένα άλλο βασικό στοιχείο υπεροχής της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, αποτελεί το γεγονός ότι εξαλείφονται οι αρνητικές, αν δεν αντιστρέφονται κιάλας σε θετικές, οικονομικές επιδράσεις στα κίνητρα για εργασία, αποταμίευση και επένδυση.

Γενικότερα τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της, είναι :

α. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών.

β. Οι πόροι που αντλούνται διοχετεύονται σε επενδύσεις, ενώ η συνολική αποταμίευση αυξάνεται. Το ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα δεν χαρακτηρίζει την κοινωνική ασφάλιση, που αν λειτουργεί με τις αρχές του διανεμητικού συστήματος περιορίζει τη συνολική αποταμίευση.

γ. Η τοποθέτηση των πόρων της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης σε παραγωγικά περιουσιακά στοιχεία αποτρέπει τη συγκέντρωση του ελέγχου των επενδύσεων από ελάχιστους δημόσιους γραφειοκρατικούς φορείς.

δ. Τα προγράμματα της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης μπορούν να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες ανάγκες επιμέρους επιχειρήσεων, κλάδων ή επαγγελμάτων.

ε. Στην ασφάλιση του κλάδου υγείας, ειδικότερα ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτών ασφαλιστών οδηγεί σε μείωση του κόστους, βελτίωση της ποιότητας των περιεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, γενικά σε μια οικονομικά αποτελεσματική χρήση των πόρων.

Οι αδυναμίες της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης επικεντρώνονται κυρίως στην εξασθένηση της έννοιας της κοινωνικής αλληλεγγύης, στον κίνδυνο της πτώχευσης μιας ιδιωτικής εταιρίας ασφάλισης, στη συμμετοχή στο κόστος ασφάλισης ορισμένων διοικητικών δαπανών και στη σχέση ανάμεσα στον αρχικό υπολογισμό του ασφαλιστρού και όλων των μελλοντικών πιθανών καταστάσεων.

Τα πλεονεκτήματα της κοινωνικής ασφάλισης είναι η ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, η μείωση του χάσματος ανάμεσα στις εισοδηματικές κατηγορίες, το χαμηλό κόστος υπηρεσιών, το γεγονός ότι δεν αποκλείονται από την ασφάλιση, όπως αντιθέτως πράττει η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση, πρόσωπα με ελάχιστες προϋποθέσεις ασφάλισης, προχωρημένη ηλικία και δυσμενή κατάσταση υγείας¹.

7.2 Κριτική ανάλυση των χαρακτηριστικών των δύο διαφορετικών συστημάτων ασφάλισης

Οι υπέρμαχοι της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης στηρίζουν την επιχειρηματολογία τους σε δύο κύρια σημεία: ο ιδιωτικός χαρακτήρας της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης υπερτερεί του δημοσίου και ότι τα χαρακτηριστικά της (κεφαλαιοποιητικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας) την καθιστούν περισσότερο φερέγγυα και αποτελεσματική.

Η κύρια αντίρρησή μας στο πρώτο σημείο της παραπάνω επιχειρηματολογίας είναι, ότι ο ιδιωτικός

χαρακτήρας μιας επιχείρησης δεν εξασφαλίζει αυτόματα όλα τα προαναφερόμενα πλεονεκτήματα. Υπάρχουν άλλοι παράγοντες εξίσου (ή και περισσότερο) σημαντικοί που επηρεάζουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, όπως η δομή της αγοράς, η ιδιαιτερότητα της παροχής ασφάλισης στα άτομα, η κοινωνική διάσταση μιας δημόσιας επιχείρησης, η έλλειψη διάκρισης, από πλευράς νεοκλασικής θεωρίας, μεταξύ γενικότερων κοινωνικών επιδιώξεων, επιδιώξεων των διαφόρων κοινωνικών ομάδων και ατομικών επιδιώξεων.

Στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υπάρχουν ορισμένης μορφής υψηλές δαπάνες (διαφήμιση, νομικές υπηρεσίες) από τις οποίες είναι απαλλαγμένη η κοινωνική ασφάλιση.

Επίσης με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση οξύνονται οι ανισότητες στις παροχές, ανάμεσα στους περισσότερο και λιγότερους αμειβόμενους ασφαλισμένους.

Σε ότι αφορά τη χαμηλή αποδοτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, τα αίτια της θα πρέπει να αναζητηθούν όχι στο δημόσιο χαρακτήρα της, αλλά στην εξάρτησή της από τον κρατικό μηχανισμό, με ότι αυτό συνεπάγεται αναφορικά με την αναχρονιστική δομή και λειτουργία της.

Όμως, τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ασφάλισης ενισχύουν την αλληλεγγύη μεταξύ των γονέων και

καθιστούν την πολιτεία υπεύθυνη απέναντι στα άτομα – πολίτες της.

Η ασφαλιστική βιομηχανία είναι ένας κερδοσκοπικός οργανισμός, με αποτέλεσμα ο κύριος στόχος της να είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους. Ο ανταγωνισμός εξαναγκάζει τις συγκεκριμένες επιχειρήσεις να προσφέρουν ολοκληρωμένα πακέτα υπηρεσιών, άρα να αυξάνουν την ικανοποίηση των ασφαλισμένων. Ο ανταποδοτικός χαρακτήρας της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης οδηγεί σε μείωση του επιπέδου παροχών και στην αύξηση των οικονομικών ανισοτήτων.

Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο παροχών μόνο στην περίπτωση των «καλών κινδύνων», αρνούμενη να εξασφαλίσει άτομα με μακροχρόνια ή και θανατηφόρα προβλήματα υγείας, εντείνοντας έτσι τον κοινωνικό ρατσισμό και καταδικάζοντας στη φτώχεια αλλά και στην εξαθλίωση πολλές κοινωνικές ομάδες.

Η δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιριών να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τους καθίσταται προβληματική από τυχόν κακή διαχείριση των ασφαλιστρών τα οποία εισπράττουν, αλλά και από τη γήρανση του πληθυσμού και γενικότερα την οικονομική κρίση.

Η διαφορά από την κοινωνική ασφάλιση σχετικά με τα προαναφερόμενα προβλήματα είναι ανύπαρκτη και ότι ο παράγοντας κέρδος περιορίζεται σημαντικά θέτοντας ζήτημα λειτουργίας της επιχείρησης.

Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι η έναρξη της ασφαλιστικής σχέσης στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση δημιουργείται με την καταβολή του ασφαλιστρού. Στην κοινωνική ασφάλιση, η ασφαλιστική σχέση υπάρχει και όταν δεν έχουν καταβληθεί εισφορές, αρκεί να έχουν βεβαιωθεί.

Στην ιδιωτική ασφάλιση υπάρχουν ορισμένης μορφής υψηλές δαπάνες (διαφήμιση, νομικές υπηρεσίες) οι οποίες μαζί με τα κέρδη απορροφούν το 40-50% των εσόδων από τα ασφάλιστρα.

Οποιοσδήποτε κλωνισμός στο χρηματιστήριο και γενικότερα στο χρηματοπιστωτικό σύστημα επιφέρει άμεσες συνέπειες στην ιδιωτικο-οικονομική διαχείριση των οργανισμών ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης.

Σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης οι περιορισμοί της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης εντοπίζονται :

- Σε θεωρητικούς όρους, και
- Σε όρους συνύπαρξης των δημοσίων και ιδιωτικών σχηματισμών.

Σε θεωρητικούς όρους παρατηρούμε ότι με την ιδιωτική χρηματοδότηση της ασφάλισης, αντιστρέφεται βαθμιαία η αυξητική τάση απορρόφησης του κοινωνικού αξιακού προϊόντος προς τον αναπαραγωγικό τομέα της οικονομίας (υγεία, κοινωνική ασφάλιση, υποδομή,..) σε όφελος του μη αναπαραγωγικού τομέα (π.χ. στρατιωτικός τομέας). Παράλληλα με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση οι όροι και οι συνθήκες κοινωνικής και ασφαλιστικής αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης, εκτός του ότι είναι αντικείμενο κερδοφορίας, εξαρτώνται από το ιδιωτικό κεφάλαιο που σημαίνει εξασθένηση κάθε κοινωνικής και πολιτικής παρέμβασης για τη βελτίωσή της.

Η «συνύπαρξη» της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης με την κοινωνική ασφάλιση αποσπά από την τελευταία υψηλές εισοδηματικές κατηγορίες επιτείνοντας με αυτόν τον τρόπο το δημοσιονομικό πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης².

1: Ρομπόλης Σάββας- Χλέτσος Μιχάλης- Τα Οικονομικά και Κοινωνικά Κριτήρια Λειτουργίας του Ιδιωτικού Τομέα (σελ.400-401).

2: Στο ίδιο σελ. 401-403

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια η κοινωνική ασφάλιση βρίσκεται σε κρίση, ενώ αναπτύσσεται ραγδαία η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση η οποία τείνει να διαδραματίσει έναν ανταγωνιστικό ρόλο. Η ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα της δημοσιονομικής κρίσης του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων, αλλά κυρίως οφείλεται στην προώθηση ενός νέου κοινωνικού συμβολαίου όπου ο παράγοντας ιδιωτικό τείνει να αντικαταστήσει το κοινωνικό. Η επέκταση των δραστηριοτήτων της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης περιορίζει χρηματοοικονομικά τη δραστηριότητα της κοινωνικής ασφάλισης. Παράλληλα, η νομοθετική ρύθμιση του κράτους τείνει να καθηλώσει τη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως ένα βαθμό ανταγωνιστικά με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση.

Από την ανάλυση των οικονομικών αποτελεσμάτων της δραστηριότητας των ασφαλιστικών εταιριών προκύπτει ότι ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες (μηδενικός ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ, γήρανση του πληθυσμού και αυξημένη οικογενειακή αλληλεγγύη στην κάλυψη κάποιων βασικών αναγκών) επισημαίνονται προβλήματα που δεν ευνοούν την ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφαλιστικής δραστηριότητας.

Αντίθετα, η ενίσχυση της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης στην Ελλάδα, όπως σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ασκεί θετικές επιδράσεις στις ασφαλιστικές ανάγκες του πληθυσμού, συμπληρώνοντας την κοινωνική ασφάλιση και απεγκλωβιζόμενη και ενισχύοντας τον ρόλο του κοινωνικού στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης.

Και τα δύο συστήματα υγείας θεωρούνται ως βασικοί συμπληρωματικοί κοινωνικοί θεσμοί στη λειτουργία των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών. Ο θετικός ρόλος της δημόσιας ασφάλισης υγείας έχει αναλυθεί ανωτέρω και στο σημείο αυτό θα τονιστεί, απλά, ότι η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης είναι σημαντική και επισφραγίζεται από τη συμμετοχή των εργοδοτών στη χρηματοδότηση των δημόσιων ασφαλιστικών φορέων αναπτύσσοντας έτσι, την έννοια της συνεργασίας ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους.

Παρότι δεν υπάρχει η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης, στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το σύστημα είναι : πρώτον, πολλές φορές αποτελεσματικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασφαλισμένων, δεύτερον, με την αποταμιευτική του λειτουργία καταλήγει σε επενδύσεις και ευνοεί την οικονομική ανάπτυξη και τρίτον, είναι ένας συμπληρωματικός θεσμός, αφού έχουν εξασφαλιστεί οι ελάχιστες παροχές υγείας από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης, όπως άλλωστε συμβαίνει και στον

κλάδο της σύνταξης με την εξασφάλιση ελάχιστου εισοδήματος από το δημόσιο σύστημα.

Βασικό μειονέκτημα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι, η έννοια της επιλογής από την πλευρά του ασφαλισμένου είναι μία « φυλακισμένη » έννοια, αφού εξαρτάται από την ιδιωτική εταιρεία αν θα ασφαλιζονται πολίτες που βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία, συνήθως, άνω των 65 ετών ή που έχουν προσβληθεί από χρόνιες ασθένειες.

Το διαφορετικό ύψος παροχών που χορηγείται από την ιδιωτική ασφάλιση, ανάλογα με το ύψος των εισφορών, παρατηρείται πολλές φορές και στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς όπου στη νοσοκομειακή περίθαλψη η θέση (Α΄, Β΄, Γ΄) την οποία μπορεί να διεκδικήσει ένας ασφαλισμένος στο νοσοκομείο εξαρτάται από το ύψος του μισθού του και των εισφορών του.

Συμπερασματικά, η ανάλυση των διαφορών-ανισοτήτων μπορεί να ειπωθεί μέσω τριών διερευνητικών ενοτήτων:

α. ανισότητες-διαφορές μεταξύ της δημόσιας ασφάλισης υγείας και της ιδιωτικής,

β. ανισότητες-διαφορές μεταξύ διαφορετικών ασφαλιστικών φορέων-ταμείων στη δημόσια ασφάλιση και

γ. ανισότητες-διαφορές μεταξύ κατηγοριών ασφαλισμένων στο ίδιο το ταμείο ενός ασφαλιστικού φορέα της δημόσιας ασφάλισης υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Ρουμπακιώτης Χρήστος - *Η Κρίση της Κοινωνικής Ασφάλισης*
- 2) Πετρέλη Νικολίνα - *Υγεία, Διάγνωση και Περίθαλψη*
- 3) Π. Γετίμης - Δ. Γράβαρης - *Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική*
- 4) Λιαρόπουλος Λυκούργος - *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ευκαιρίες και Προβλήματα*
- 5) Ρομπόλης Σάββας - *Η Περίπτωση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα*
- 6) Σούλης Σωτήρης - *Οικονομική της Υγείας*
- 7) Βάβουρας Γ.- *Ο Κοινωνικός Χαρακτήρας της Δημόσιας Επιχείρησης - Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών Νο 64*
- 8) Βακαλόπουλος Γ. - *Ιδιωτική Ασφάλιση - Οικονομικός Ταχυδρόμος 24 Δεκεμβρίου 1987*