

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ - ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2005

ΣΔΟ (ΔΜΥΠ)
Π.414

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ - ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΕΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
<u>1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ</u>	
1.1 .ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	9
1.1.1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
1.2.ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	11
1.2.1 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	
1.2.2.ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ	
1.3.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	13
1.3.1. ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
1.4.ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	14
1.5.Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	15
1.6.ΠΑΡΟΧΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	16
1.7.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ- ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ- ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ).....	17
1.8.ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ....	19
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
<u>2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ</u>	
2.1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ.....	23
2.1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	
2.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ	25
2.3.ΙΣΤΟΡΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΗΣ.....	27
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
<u>3.Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΔΙΕΘΝΩΣ</u>	
3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	29
3.2.ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	31
3.2.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	

3.2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
3.2.3. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	
3.3.Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΔΙΕΘΝΩΣ.....	34
3.3.1. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ	
3.3.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Η ΛΥΣΗ?	
3.3.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
3.3.4 ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	
3.3.5 ΑΜΟΙΒΑΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΟΦΕΛΩΝ (MBSS)	
3.4. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

4.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	47
4.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

5.1. ΣΟΥΗΔΙΑ.....	53
5.1.1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	
5.1.2.ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
5.1.3.ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ	
5.2.ΦΙΛΑΝΔΙΑ.....	56
5.2.1.ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
5.2.2.ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	
5.2.3.ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	
5.2.4.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.	
5.2.5.ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
5.3.ΔΑΝΙΑ.....	59
5.3.1.ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	
5.3.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
5.3.3.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΝΙΑ	
5.3.4.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	
5.4.ΝΟΡΒΗΓΙΑ.....	65
5.4.1.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
5.4.2.ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	
5.4.3.ΟΙ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
5.4.4.ΟΦΕΛΗ ΜΕΤΡΗΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΛΟΓΩ ΕΥΘΥΝΩΝ	
5.4.5.ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ

6.1. ΟΥΓΓΑΡΙΑ	68
6.1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
6.1.2. ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΑ ΘΕΜΕΛΙΑ	
6.1.3.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
6.1.4. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ	
6.2.ΤΣΕΧΙΑ	72
6.2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	
6.2.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	
6.2.3. ΤΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
6.2.4. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	
6.2.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	
6.2.6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	
6.2.7. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ	
6.3. ΓΕΡΜΑΝΙΑ	75
6.3.1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ	
6.3.2. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	
6.3.3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ	
6.3.4. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
6.4. ΑΥΣΤΡΙΑ	81
6.4.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
6.4.2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ

7.1. ΒΕΛΓΙΟ	84
7.1.1.ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	
7.1.2.ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	
7.2. ΓΑΛΛΙΑ	91
7.2.1.ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ	
7.2.2.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	
7.2.3.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	
7.3. ΔΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	93
7.3.1.ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
7.3.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ	
7.3.3.Ο ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ	
7.4. ΟΛΛΑΝΔΙΑ	96
7.4.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	
7.4.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
7.4.3.ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
7.4.4.ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
7.4.5.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
7.5. ΑΓΓΛΙΑ	104
7.5.1.ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	

7.5.2. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	
7.6. ΙΡΛΑΝΔΙΑ	107
7.6.1. ΠΑΡΟΧΕΣ	
7.6.2. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	
7.6.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

8.1. ΙΣΠΑΝΙΑ	110
8.1.1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
8.1.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	
8.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	
8.1.4. ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ	
8.2. ΙΤΑΛΙΑ	113
8.2.1. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
8.2.2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΠΥΛΩΝΩΝ	
8.2.3. ΕΠΟΠΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
8.2.4. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ...	
8.2.5. ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	
8.2.6. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	
8.2.7. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	
8.3. ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	119
8.3.1. ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
8.3.2. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	
8.3.3. ΤΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
8.3.4. ΤΟ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
8.3.5. ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

9.1. Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	124
9.1.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
9.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	125
9.2.1. ΟΙ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	
9.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	128

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

10.1. Η ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	133
10.1.1 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ (CHS)	
10.1.2.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	
10.2.ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	142
10.2.1.ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ	
10.3.ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	145
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	161
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	168

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας γίνονται στη χώρα μας μέσω των μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Τα οικονομικά της υγείας είναι πλέον συνυφασμένα με τα γενικότερα προβλήματα των ταμείων ασφάλισης.

Είναι γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια το ασφαλιστικό πρόβλημα έχει ανακηρυχτεί σε πρωταρχικό πρόβλημα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Η αύξηση του ελλείμματος των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, σε συνδυασμό με τον ιδιαίτερο ρόλο που διαδραματίζουν στην αναπαραγωγή των ατόμων και της ίδιας της κοινωνίας, θέτει ως πρωταρχικό στόχο της οικονομικής πολιτικής, την μείωση του.

Υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις για περαιτέρω συγκέντρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά πιθανόν δεν μπορούν να επιτευχθούν με την απλή επέκταση των σημερινών τύπων ασφαλιστικής κάλυψης. Μια εναλλακτική λύση είναι να μεταβληθεί η θεμελιώδης μορφή της ασφάλισης της υγείας κατά τρόπο ώστε να ανταμείβονται οι καταναλωτές για συνετή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και η διατήρηση συμβατικών μορφών ασφάλισης υγείας, παράλληλα με ουσιαστική μείωση φορολογικών επιδοτήσεων στις πληρωμές των ασφαλιστρών.

Μια ενδεικτική περιοχή συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα ήταν η ριζική αναμόρφωση του καθεστώτος της επικουρικής ασφάλισης. Η συμπληρωματική ασφάλιση αποτελεί τη λύση των προβλημάτων της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία μπορεί να καινοτομήσει σε πολλά, κάτι που ο μεν δημόσιος τομέας για πολιτικούς λόγους αδυνατεί να κάνει, ο δε ιδιωτικός αποφεύγει για λόγους οικονομικού κόστους.

Στις περισσότερες χώρες προβλέπεται η συμπληρωματική ή επικουρική ασφάλιση για ορισμένους κινδύνους. Η ασφάλιση αυτή είναι σε ορισμένες περιπτώσεις υποχρεωτική και σε άλλες προαιρετική. Κατά κανόνα το περιεχόμενο της συμπληρωματικής ασφάλισης καθορίζεται με συλλογικές συμβάσεις εργασίας ενώ, επιπρόσθετα, οι μεγάλες επιχειρήσεις μεριμνούν για την ομαδική ασφάλιση του προσωπικού τους. Με αυτά τα δεδομένα τα καθεστάτα επικουρικής ασφάλισης χαρακτηρίζονται στην επίσημη ορολογία της Ε.Ε. άλλοτε ως συμπληρωματικά (*supplementary*) και άλλοτε ως επαγγελματικά (*occupational*), σε αντιδιαστολή με τα νομοθετημένα (*statutory*), και τούτο ότι παρά το γεγονός ότι και για τα συμπληρωματικά καθεστάτα υπάρχει συνήθως κάποια νομοθετική πρόβλεψη.

Η συνεισφορά της παρούσας εργασίας έγκειται στην προσπάθεια να αποσαφηνίσει τις σχέσεις μεταξύ των διάφορων τύπων ασφάλισης και να παρουσιάσει αναλυτικότερα το ρόλο

της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην Ελλάδα. Επίσης, έχει σκοπό να αναλύσει τη μελλοντική εξέλιξη της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας στις χώρες της Ευρώπης ως εναλλακτική μορφή ασφάλισης και τις προοπτικές της, στη χώρα μας. Στόχος της εργασίας μου είναι να δείξει ότι ο θεσμός της συμπληρωματικής ασφάλισης είναι πολύτιμος και αναγκαίος για την ομαλότητα και καλύτερη λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος της κάθε χώρας, έχει πολλά πλεονεκτήματα και χορηγεί σημαντικές παροχές καθώς και βοηθήματα στους ασφαλισμένους που έχουν περισσότερη ανάγκη ,ενώ παράλληλα παρουσιάζει τα ασφαλιστικά συστήματα πιο δίκαια. Δυστυχώς, η συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, έτσι ώστε τα ασφαλιστικά συστήματα τους, να δυσλειτουργούν και να παρουσιάζονται φαινόμενα κοινωνικής ανισότητας. Υπάρχουν βέβαια προοπτικές εξέλιξης του θεσμού της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας στη χώρα μας και την υπόλοιπη Ευρώπη ,οι οποίες παρουσιάζονται και αναλύονται στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μου.

Οι πηγές που είχα για τη διενέργεια της έρευνας μου είναι κάποια επίσημα στοιχεία μέσα από ηλεκτρονικές διευθύνσεις για την συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών σε συνδυασμό με βιβλιογραφικές αναλύσεις για τα χαρακτηριστικά της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας και την προοπτική εξέλιξης της, με βοήθησαν να προβάλλω και να αποτυπώσω την έννοια της συμπληρωματικότητας στην ασφάλιση ασθένειας καθώς επίσης και να παρουσιάσω τις διαφορές και τη σχέση της αναφορικά με την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μου γίνεται ένας εννοιολογικός καθορισμός των όρων της κοινωνικής, ιδιωτικής και συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας καθώς παρουσιάζονται και οι παροχές τους, στους ασφαλισμένους. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή των τριών μορφών ασφάλισης ασθένειας διεθνώς. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο ανιχνεύεται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην κοινωνική ασφάλιση ασθένειας και την συμπληρωματική διεθνώς, καθώς και η αναγκαιότητα ύπαρξης της μαζί με την επαγγελματική ασφάλιση. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται περιληπτικά ο ρόλος της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας και των επικουρικών ταμείων, στην Ευρώπη. Το πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει αναλυτικά πως λειτουργεί η συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας στη βόρεια Ευρώπη αναφορικά με την κοινωνική ασφάλιση. Ενώ το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στη κεντρική. Στη συνέχεια στο έβδομο και στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο θεσμός της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας στη δυτική και στη νότια Ευρώπη αντίστοιχα. Το ένατο κεφαλαίο αναφέρεται στην συμπληρωματικότητα που υπάρχει στο

υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης ασθένειας στην Ελλάδα. και γίνεται μια αναφορά στα επαγγελματικά ταμεία.. Τέλος το δέκατο κεφάλαιο αναλύει τις προοπτικές εξέλιξης της συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης ενώ παράλληλα γίνονται συγκρίσεις των συστημάτων ασφάλισης ασθένειας των διάφορων χωρών και παρατίθενται κάποια συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ

1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας(Π.Ο.Υ), "υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας η αναπηρίας η κατοχύρωση και η διατήρηση της καλύτερης δυνατής κατάστασης υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, οποιαδήποτε και αν είναι η φυλή, η θρησκεία, η πολιτική ιδεολογία, η οικονομική και κοινωνική του κατάσταση ". Στο χώρο του δικαίου των κοινωνικών ασφαλίσεων, ασθένεια αποτελεί κάθε ανώμαλη κατάσταση του σώματος η του πνεύματος, που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία η και τα δυο μαζί.

Η εμφάνιση της ασθένειας μπορεί να επηρεάζει το εισόδημα ενός ατόμου κατά δυο τρόπους, α)μέσω της αύξησης της κατανάλωσης αγαθών η ιατρικών υπηρεσιών και β)μέσω της ανικανότητας για εργασία. Αντίθετα η ασφάλιση ασθένειας πληρεί τους εξής ρόλους, α)επιτρέπει στον ασφαλισμένο να αντιμετωπίσει ιατρικές η άλλες δαπάνες, που δημιουργούνται με την ασθένεια, τη δική του η των μελών της οικογένειας του, πρόκειται για τις λεγόμενες παροχές σε είδος και β) αναπληρώνει κατά ένα ποσοστό, την απώλεια του μισθού, που υφίσταται ο ασφαλισμένος λόγω της ανικανότητας για εργασία, που συνεπάγεται η ασθένεια του ή και το μη επαγγελματικό ατύχημα του. πρόκειται για τις λεγόμενες παροχές σε χρήμα.

Σύμφωνα με την 102^η Διεθνή σύμβαση ,η ασφάλιση ασθένειας περιλαμβάνει ιατρικές φροντίδες, που τείνουν να διατηρήσουν, να αποκαταστήσουν, ή να καλυτερεύσουν την υγεία του προστατευόμενου προσώπου, καθώς επίσης και την ικανότητα του να εργαστεί και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές του ανάγκες.

Αυτός ο τύπος ασφάλισης καλύπτει ουσιαστικά τις δαπάνες που δημιουργούνται σε περίπτωση ασθένειας του ασφαλισμένου ή των μελών της οικογένειας του. Επιπλέον ο ασφαλισμένος λαμβάνει ένα ποσό χρημάτων το οποίο αναπληρώνει το εισόδημα του για όσο διάστημα κρίνεται ανίκανος για εργασία από τις αρμόδιες επιτροπές. Οι προϋποθέσεις και το ύψος των παροχών ασθένειας διαφέρει από ταμείο σε ταμείο.

1.1.1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Υπάρχει πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία ανέρχονται σε 327, έτσι ώστε να σπαταλάτε ένα μεγάλο πόσο για έξοδα. Στο ΙΚΑ, είναι ασφαλισμένοι άμεσα οι μισθωτοί και έμμεσα, τα μέλη των οικογενειών τους. Από το 1993 οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν οικονομική επιβάρυνση για τη συνταξιοδότηση τους, ενώ, μέχρι τότε, το κόστος αυτό το επωμιζόταν το κράτος. Ένα άλλο ταμείο είναι το ΤΕΒΕ στο οποίο είναι ασφαλισμένοι οι βιοτέχνες, και οι επαγγελματίες διάφορων κατηγοριών αυτοαπασχολούμενων ελεύθερων επαγγελματιών. Από το 1961 ασφαλίστηκαν και οι αγρότες με την ίδρυση του οργανισμού γεωργικών ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η ίδρυση του ΟΓΑ κάλυψε ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού με φαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη και χρηματοδοτήθηκε από ειδική φορολογική εισφορά προερχόμενη από τον αστικό πληθυσμό, μια που το χαμηλό αγροτικό εισόδημα δεν επέτρεπε περαιτέρω επιβάρυνση. Με τη σύσταση του ΟΓΑ ολοκληρώθηκε η κοινωνικό ασφαλιστική κάλυψη όλου σχεδόν του πληθυσμού της χώρας

Αν και ο στόχος της κάλυψης του πληθυσμού έχει ουσιαστικά εκπληρωθεί, θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν βασικές αδυναμίες στο ασφαλιστικό σύστημα οι οποίες σχετίζονται με τους εξής παράγοντες:

- Την πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων, όπου το ΙΚΑ καλύπτει το 50% του πληθυσμού, ο ΟΓΑ καλύπτει το 25% του πληθυσμού, το ΤΕΒΕ που καλύπτει το 13% και το Δημόσιο που καλύπτει το 6%. Όλοι οι υπόλοιποι φορείς καλύπτουν το 6% του πληθυσμού. Μερικοί μάλιστα καλύπτουν λιγότερους από 1000 ασφαλισμένους.
- Την διαφοροποίηση των κανόνων προστασίας και παροχών κατά φορέα ώστε κάποιες κατηγορίες ασφαλισμένων να τυγχάνουν εξαιρετικά ευνοϊκής μεταχείρισης, όπως νομικοί και αρχιτέκτονες.
- Την χρησιμοποίηση των ασφαλιστικών φορέων από το κράτος για άσκηση κοινωνικής πολιτικής χωρίς την αντίστοιχη αποζημίωση, με αποτέλεσμα να οδηγούνται τα ταμεία σε προβληματικό καθεστώς.
- Την παροχή υπηρεσιών χαμηλού επιπέδου από ορισμένα ταμεία, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα για υγειονομική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Η κρατική επιχορήγηση προς τα ασφαλιστικά ταμεία στο σύνολο της θεωρείται σημαντική. Προκειμένου να γίνει εμφανής η αυξανόμενη συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση του τομέα κοινωνικής προστασίας(υγεία, ασφάλιση, πρόνοια), αξίζει να αναφερθεί ότι, ενώ το 1975 το ποσοστό των δαπανών για την ασθένεια της κοινωνικής ασφάλισης στο ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) ήταν 12%, Το 1990 διπλασιάστηκε φθάνοντας στο 24,6%.

1.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.2.1 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Παραπάνω αναφερθήκαμε ότι δυο είναι τα είδη των παροχών, σε είδος και σε χρήμα. από διοικητική άποψη για έναν ασφαλιστικό φορέα είναι πιο εύκολο να χορηγήσει παροχές σε χρήμα από ότι να αναλάβει την παροχή ιατρικών φροντίδων. Η οργάνωση των προσφερόμενων ιατρικών φροντίδων στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Ανάλογα με τις πολιτικές επιλογές, το ιστορικό παρελθόν, αλλά και το μέγεθος της χώρας και την κατανομή του πληθυσμού, έχουμε διαφορετικά συστήματα κάλυψης των παροχών σε είδος. Με το χρόνο ξεχώρισαν δυο τύποι συστημάτων, η άμεση οργάνωση και η έμμεση οργάνωση.

Η έμμεση οργάνωση συνίσταται κυρίως στις δυτικές βιομηχανικές χώρες. Σ'αυτές τις χώρες υπήρχε, ήδη ένας μηχανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας-γιατροί, κλινικές, νοσοκομεία κ.λ.π., όταν θεσμοθετήθηκαν οι ασφαλίσεις ασθένειας. Οι οργανώσεις της κοινωνικής ασφάλειας θεώρησαν πιο πρακτικό, για να εξασφαλίσουν ιατρικές φροντίδες στους ασφαλισμένους τους, να έρθουν σε συμφωνία με το ιατρικό σώμα ή τα διάφορα ιδρύματα, στη βάση ορισμένων τιμών για μια σειρά ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών. Η άμεση οργάνωση περιλαμβάνει παροχή φροντίδων από τον ίδιο τον οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης, χάρη στο δικό του προσωπικό και τα δικά του ιδρύματα . Απαιτείται, ωστόσο, η δημιουργία ενός πλήρους συστήματος υγείας και οι αρχικές επενδύσεις είναι αρκετά ψηλές.

Οι υποστηρικτές της άμεσης οργάνωσης φρονούν ότι εάν το σύστημα υγείας είναι καλά οργανωμένο και διοικείται ικανοποιητικά, μπορεί να κρατήσει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το συνολικό κόστος σε ανεκτά επίπεδα. Οι κριτικές που του προσάπτουν, είναι η τάση για γραφειοκρατική λειτουργία, ο υπερσυγκεντρωτισμός και η κατάργηση του

δικαιώματος του ασθενούς να επιλέγει μόνος του το θεράποντα γιατρό, με όλες τις συνέπειες στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γιατρού και αρρώστου και στη ποιότητα των υπηρεσιών.

Σε πολλά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, για να έχει ο ασφαλισμένος δικαιώματα παροχών, θα πρέπει να παρέλθει ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Πρόκειται ανάλογα για περίοδο εργασίας ή και εισφορών ή κατοικίας σε μια χώρα. στα περισσότερα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ισχύει ένα ανώτερο όριο διάρκειας ή κόστους των παροχών, κατά τη περίπτωση της ασθένειας ή του ατυχήματος, παρ'ολη τη τάση για επέκταση των ορίων ή ακόμη και τη πλήρη κατάργησή τους.

Στις χώρες της Ε.Ο.Κ το επίπεδο κάλυψης για ασθένεια είναι της τάξεως του 90 έως 100%. Στη χώρα μας είναι, περίπου, 98% και παρέχεται από 20 περίπου φορείς. Η σύνδεση της ασφάλισης ασθένειας με την εργασία δημιουργεί εμπόδιο στην ολική κάλυψη του πληθυσμού.

1.2.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Αντίθετα με τον οικογενειακό χαρακτήρα των παροχών σε είδος, οι παροχές ασθένειας σε χρήμα (επιδόματα ασθένειας) προβλέπονται σε περίπτωση ασθένειας του άμεσα ασφαλισμένου. Η παροχή αυτή αφορά βασικά στις ομάδες του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, που παρέχουν εξαρτημένη εργασία και αποσκοπεί στην αναπλήρωση του εισοδήματος του μισθωτού από την εργασία, που διακόπτεται λόγω της ασθένειας του. Το ποσοστό υποκατάστασης του εισοδήματος κυμαίνεται στις διάφορες χώρες από 50% έως 80%. Υπάρχει, συνήθως, ένας χρόνος αναμονής από μία έως έξι μέρες –αποθάρρυνση των απουσιών- και μια διάρκεια παροχής του επιδόματος, που κυμαίνεται από έξι μήνες έως ένα χρόνο.

Με τις ρυθμίσεις αυτές επιδιώκεται η εξασφάλιση της συντήρησης του μισθωτού και της οικογένειάς του, στη διάρκεια της απουσίας του από την εργασία, καθώς και η αποτροπή της αποχής από την εργασία, χωρίς σοβαρή αιτία. Επιδιώκεται, επίσης, η ενθάρρυνση της συντομότερης δυνατής επανόδου του στην εργασία.

1.3. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.3.1. ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σε καμιά χώρα του κόσμου δεν υπάρχει δωρεάν περίθαλψη! Πληρώνοντας εισφορές η φόρους οι ασφαλισμένοι των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών φορέων συμμετέχουν στη χρηματοδότηση τους. Στις χώρες της Ε.Ο.Κ. ανάλογα με το τρόπο χρηματοδότησης, έχουν δημιουργηθεί δυο τάσεις. Σε χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο η πηγή χρηματοδότησης είναι, κυρίως, οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, σε χώρες, όπως η Μ.Βρετανία, η Ιρλανδία και η Δανία, η χρηματοδότηση γίνεται, κυρίως από τη φορολογία. Θα μπορούσε, ίσως να παρατηρήσει κανείς ότι ο δεύτερος τρόπος πλησιάζει περισσότερο στο πνεύμα της κοινωνικής ασφάλειας με πιθανά στοιχεία αναδιανομής, ενώ ο πρώτος μένει πιστός στο πνεύμα των κοινωνικών ασφαλίσεων. Σε καμιά, όμως, περίπτωση δε πρόκειται για δωρεάν περίθαλψη. Στις χώρες με σχεδιασμένη οικονομία, η χρηματοδότηση¹ στηρίζεται στις εισφορές μόνο των επιχειρήσεων, εκτός της Ουγγαρίας και της Γερμανίας, όπου υπάρχουν και εισφορές των εργαζομένων.

Στη χώρα μας η βασική πηγή χρηματοδότησης της ασφάλισης υγείας των μισθωτών είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών (πίνακας 1.) ως ποσοστό του μισθού των εργαζόμενων. Παρ' όλες τις ανισότητες μεταξύ των φορέων και την πολιτική και οικονομική σκοπιμότητα της αύξησης ή μη των εισφορών, στη χώρα μας, είναι συγκριτικά με άλλες χώρες, που στηρίζονται στις ίδιες αρχές χρηματοδότησης, χαμηλότερα. Παράδειγμα στη Γαλλία το 1985 η εισφορά των εργαζομένων και εργοδοτών ήταν 18,95% του μισθού για τον κλάδο ασθένεια.

Με χρηματοδοτικά κριτήρια, οι κλάδοι ασθένειας των ασφαλιστικών φορέων μπορούν να διαχωριστούν σε δυο κατηγορίες. Σε φορείς που, κατά κύριο λόγο, η χρηματοδότηση τους προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε φορείς που χρηματοδοτούνται από εισφορές. Η σημασιολογία αυτής της διάκρισης συνδέεται άμεσα με την εξέλιξη και το επίπεδο των παροχών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εισφορές σε ποσοστά επί του μισθού

Φορέας Ασφαλισμένος Εργοδότης

ΙΚΑ 2.25 4.5
Ιονική-Λαϊκή Τράπεζα 3 3
ΕΤΒΑ 3 3
ΟΤΕ 2.5 5
ΤΑΞΥ 4 4
ΤΥΔΚ 2 12.5
Αγρ,Τράπεζα 2 6
Τράπεζα Ελλάδος 8 8
ΟΣΕ 3 6

1. από τα ποσοστά αυτά 1.8 και 3.7 αντίστοιχα είναι για παροχές σε είδος και 0.4 και 0.8 για παροχές σε χρήμα.

Πηγή:www.ggka.gr

Κατ' αυτό τον τρόπο, στους φορείς που η χρηματοδότηση προέρχεται από εισφορές, η εξέλιξη των παροχών είναι αντίστοιχη με την εξέλιξη της χρηματοδότησης, η οποία προσδιορίζεται από τις αυξήσεις των μισθών και από τους νεοεισερχόμενους στο κλάδο ασθένειας. Αντίθετα, στους φορείς που η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, η εξέλιξη των παροχών και το επιδιωκόμενο επίπεδο τους είναι αυτό που, σ' ένα βαθμό ,προσδιορίζει το επίπεδο των εσόδων.

1.4. Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί μορφή ιδιωτικής κάλυψης και η ένταξη του ατόμου σε οποιοδήποτε ιδιωτικό ασφαλιστικό πρόγραμμα είναι προαιρετική και επαφίεται στην ατομική πρωτοβουλία όσων επιθυμούν τις αντίστοιχες καλύψεις. Η αναγκαία για την κάλυψη κινδύνων ασθένειας ασφαλιστική εισφορά(ασφάλιστρα) καταβάλλεται είτε από τον ίδιο τον ασφαλισμένο για προσωπική ή οικογενειακή κάλυψη(ατομικά συμβόλαια είτε από τον εργοδότη του, ο οποίος τη προσφέρει στο σύνολο των εργαζομένων της επιχείρησης στα πλαίσια του πακέτου των εργασιακών παροχών που περιέχουν και κάλυψη κατά της ασθένειας(ομαδικά συμβόλαια).Παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες

κερδοσκοπικού χαρακτήρα(*commercial carriers*) ή και από μη κερδοσκοπικούς αλληλοβοηθητικούς οργανισμούς(*mutuals, provident societies*) ιδίως στη περίπτωση ορισμένων ευρωπαϊκών χωρών. Οι αλληλοβοηθητικοί οργανισμοί δραστηριοποιούνται κυρίως σε χώρες όπως η Γαλλία, το Βέλγιο, και η Ιρλανδία, όπου τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένα, ενώ οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί σε χώρες όπως η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και η Γερμανία όπου η ελεύθερη αγορά καλείται να παίξει ρόλο στην ολοκλήρωση της κοινωνικής προστασίας.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπολείπεται σημαντικά σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τούτο θα πρέπει να αποδοθεί τόσο στη μεγάλη επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης όσο και στο ότι τα ασφαλιστικά προϊόντα δε προσφέρονται αυτόνομα αλλά μέσω των ασφαλειών ζωής¹. Έτσι, σε αντίθεση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας παρέχεται ακόμη μόνο ως συμπληρωματική κάλυψη των βασικών ασφαλιστηρίων ζωής (ατομικών η ομαδικών) και δεν υπάρχει η νομική δυνατότητα σύναψης αυτόνομων συμβολαίων υγείας. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η δυνατότητα που έχουν μόνο οι ασφαλιστικές εταιρείες των γενικών κλάδων να μπορούν να πωλούν αυτόνομα συμβόλαια κάλυψης κινδύνου έναντι προσωπικού ατυχήματος. Την τελευταία όμως δεκαετία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αρχίσει να διαδραματίζει και στη χώρα μας ένα συνεχώς αυξανόμενο ρόλο ως συμπληρωματική κάλυψη των κενών της κοινωνικής ασφάλισης, ιδιαίτερα της νοσοκομειακής φροντίδας.

1.5. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ **ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Η ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας πήρε μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα μετά το 1960 και σήμερα αποτελεί στα ελεύθερα συστήματα υγείας, όπως είναι το Αμερικάνικο, τη κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ έχει επικουρικό- συμπληρωματικό ρόλο στα υπόλοιπα. Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είτε από τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας δε θεωρείται ως μια σοβαρή εναλλακτική πρόταση απέναντι στην κοινωνική ασφάλιση, αφού βασίζεται στη προσωπική ευθύνη αλλά και στην οικονομική δυνατότητα του ανθρώπου.

¹ Σκουτέλης, Γ., *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*. Αθήνα, 1990. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, σελ 68.

Η ιδιωτική ασφάλιση, που αποτελεί μια μορφή ιδιωτικής κάλυψης, παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος². Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα του οργανισμού οικονομικής συνεργασίας και Ανασυγκρότησης (ΟΟΣΑ), οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανερχόταν το 1998 στο 8,3% του ΑΕΠ της χώρας.

1.6. ΠΑΡΟΧΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δρώντας ανταγωνιστικά στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς προσφέρουν στους πελάτες τους μεγάλη ποικιλία ασφαλιστικών καλύψεων που απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και τα εισοδήματα, δίνοντας εναλλακτικές λύσεις διαφορετικών προϊόντων ασφάλισης (πακέτα παροχών διαφορετικού κάθε φορά κόστους) και δυνατότητες επιλογής. Σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση τόσο τα ασφάλιστρα όσο και οι ασφαλιστικές παροχές ποικίλλουν και εξαρτώνται από την επιθυμία και τη δυνατότητα του ασφαλισμένου να ανταποκριθεί στο κόστος.

Ένα από τα πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας που τη διαφοροποιούν από τη κοινωνική ασφάλιση είναι το φαινόμενο της 'αντίστροφης επιλογής' (adverse selection), δηλαδή το ότι η ασφαλιστική εταιρεία επιλέγει τα προς ασφάλιση άτομα αποκλείοντας άτομα ή και επαγγελματικές ομάδες πληθυσμού από την αιτούμενη κάλυψη, λόγω αυξημένου κινδύνου νόσησης και άρα ενδεχόμενου αυξημένου κόστους αποζημίωσης. Έτσι άτομα η πληθυσμιακές ομάδες (π.χ ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, γυναίκες σε παραγωγική ηλικία, κλπ.) που έχουν υψηλότερο κίνδυνο ή μεγαλύτερη πιθανότητα ασθένειας επειδή δυνητικά καταναλώνουν περισσότερες φροντίδες υγείας και αυξάνουν το μέσο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, είτε αποκλείονται είτε υποχρεώνονται να πληρώνουν υψηλότερα ασφάλιστρα. Σε αρκετές περιπτώσεις περιορίζονται μόνο στις όποιες παροχές της κοινωνικής ασφάλισης ή αναζητούν εταιρείες με χαμηλότερα ασφάλιστρα και αντίστοιχα χαμηλότερου επιπέδου κάλυψης, ενώ σημαντικές ομάδες του πληθυσμού (άνεργοι, φτωχοί) που δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν τα κατά κανόνα υψηλά ασφάλιστρα τίθενται εκτός ασφαλιστικής κάλυψης.

Ακόμη, στις ασφαλιστικές παροχές των ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων υπάρχει, σε αντίθεση με τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης, σημαντικό φάσμα εξαιρέσεων, όπως οι προϋπάρχουσες παθήσεις, η ψυχοθεραπεία, η οδοντιατρική φροντίδα, η νόσηση από

² Κυριόπουλος, Γ. και Λιαρόπουλος. *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα, 2001, σελ 164.

κατάχρηση αλκοόλ ή χρήση ναρκωτικών, οι χρόνιες ασθένειες, η γηριατρική φροντίδα, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, η φυσικοθεραπεία και η αποκατάσταση, κλπ.

Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα καταχρηστικά καλούνται προγράμματα υγείας, δεδομένου ότι καλύπτουν αποκλειστικά και μόνο δαπάνες περίθαλψης και όχι ανάγκες υγείας με την ευρύτερη έννοια του όρου. Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας δεν περιλαμβάνονται στις ασφαλιστικές παροχές. Η συνηθισμένη μορφή κάλυψης αφορά τον οικονομικό κίνδυνο της ασθένειας και του ατυχήματος και παρέχεται ως αποζημίωση της δαπάνης που καταβλήθηκε για την παροχή ιατρικής περίθαλψης.

1.7. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η συμπληρωματική κάλυψη εξαρτάται κατευθείαν από το επίπεδο κάλυψης της κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας. Η έκταση αυτού του τύπου κάλυψης ποικίλλει σύμφωνα με τα όρια της συνολικής κάλυψης. Δύο τύποι χωρών εγγυούνται αυτόν τον τύπο ασφάλισης: οι χώρες που χρησιμοποιούν το σύστημα του Bismark και αυτές που χρησιμοποιούν το σύστημα του Beveridge, οι οποίες έχουν διαφορετικού τύπου εισόδου στη θεραπεία.

Χώρες που χρησιμοποιούν το σύστημα του Bismark είναι: Το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, η Γαλλία, η Γερμανία και οι κάτω Χώρες (συγκεκριμένα στις δύο τελευταίες χώρες, η συμπληρωματική κάλυψη δίνεται σε αυτούς που είναι ήδη καλυμμένοι από την υποχρεωτική ασφάλιση όπου το εισόδημα τους είναι εξαιρετικά χαμηλό από το κόστος της θεραπείας και επίσης σε αυτούς που έχουν ασφαλιστεί εθελοντικά στην Γερμανία) όπου συνήθως προβλέπεται ο ασθενής να πληρώσει ένα πολύ μικρό μέρος του κόστους της θεραπείας. Συνήθως ισχύει να καλύπτεται ένα μέρος του κόστους της θεραπείας που γίνεται στο νοσοκομείο, και αυτός είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος κάλυψης. Χώρες που χρησιμοποιούν το σύστημα του Beveridge ανά κατηγορίες: Στην Ιρλανδία και τη Δανία η χρήση ενός συστήματος με διαφορετικές κατηγορίες πρόσβασης στη θεραπεία ανάμεσα στα άλλα εθνικά συστήματα υπηρεσιών υγείας, ενθαρρύνει την παροχή παροχών στην συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας. Παρά την αναφερθείσα κριτική, είναι επίσης γεγονός ότι η ανάπτυξη του εθελοντικού-συμπληρωματικού τομέα θεωρείται ως αντίβαρο στη γραφειοκρατική δυσκαμψία των προνομιακών φορέων του δημόσιου τομέα. Ο εθελοντικός τομέας δείχνει περισσότερη ευαισθησία στις ανάγκες των ασφαλισμένων και γίνονται εναλλακτικοί φορείς κάλυψης αναγκών, σε αντίθεση με τους λιγότερο ευαίσθητους φορείς του δημοσίου. Μάλιστα, το ενδιαφέρον για το ρόλο και τη σημασία των εθελοντικών οργανώσεων τελευταία θεωρείται τόσο σημαντικό ώστε μια ομάδα κοινωνιολόγοι

στο Πανεπιστήμιο της πόλης Bologna της Ιταλίας πιστεύει ότι το κράτος είναι μια τεχνητή οντότητα και οι κρατικοί φορείς είναι ανίκανοι να διατηρήσουν στο πληθυσμό την απαραίτητη κινητοποίηση και να του παρέχει κίνητρα για την παροχή κοινωνικής φροντίδας". Στην ανάλυση τους φτάνουν στο σημείο να αμφισβητήσουν τη μεγάλη σημασία που έχει δοθεί στον δημόσιο και τον κερδοσκοπικό τομέα κοινωνικών υπηρεσιών και υποστηρίζουν ότι οι εθελοντικές φορείς έχουν κεντρική θέση στην κάλυψη παροχής κοινωνικής ασφάλειας.

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού-συμπληρωματικού τομέα είναι τρεις:

1) Ο δημιουργικός ρόλος. Ο εθελοντικός τομέας είναι από το φύση του ελεύθερος να καινοτομεί, να αναλαμβάνει προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην πλήρη ανάπτυξη των ατόμων των οικογενειών, καλύπτοντας όχι μόνο τις βασικές ανάγκες επιβίωσης αλλά και άλλες λιγότερες εξίσου όμως σημαντικές ανάγκες. Τέτοιες ανάγκες αναφέρονται (στην ικανότητα του ατόμου να παίρνει αποφάσεις για τη ζωή του, να αναπτύσσει ικανοποιητικές σχέσεις με το περιβάλλον και γενικότερα να μπορεί να λειτουργεί με ανεξαρτησία και ωριμότητα.

Ο τομέας πρέπει να συμβάλλει με τα προγράμματα τους στην ανάπτυξη κοινοτήτων, οποίες έχουν την ικανότητα και τους μηχανισμούς να προάγουν την αυτοβοήθεια, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξης της κοινότητας. Στο επίπεδο της κοινωνίας, οι εθελοντικές οργανώσεις με την παρουσία και τις δραστηριότητες τους κινητοποιούν ένα μεγάλο αριθμό εθελοντών, ευαισθητοποιούν τη κοινή γνώμη σχετικά με τα κοινωνικά προβλήματα και επισημαίνουν την υποχρέωση κάθε πολίτη να συμβάλει στην αντιμετώπιση τους.

Ακόμα να ασκούν πίεση προς τους φορείς του δημόσιου τομέα. Όντας ανεξάρτητες από το δημόσιο τομέα μπορούν και έχουν υποχρέωση να ασκούν κριτική και να συνηγορούν υπεύθυνα για την προώθηση αλλαγών στις δομές των κοινωνικών φορέων ώστε να εξυπηρετούνται αποτελεσματικά οι μη προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού. Για να ασκήσουν όμως αυτό το ρόλο οι εθελοντικές οργανώσεις πρέπει να διατηρήσουν σε μεγάλο βαθμό την οικονομική και θεσμική τους ανεξαρτησία τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα.

Πίνακας 2: Ρόλοι τον Εθελοντικού τομέα

Κύριοι ρόλοι	Επί μέρους ρόλοι
Δημιουργικός	Αναπτυξιακός-διαμεσολαβητικός- καινοτόμος
Διαμεσολαβητού για μη προνομιούχες ομάδες	Ρόλος συνηγόρου
Συμπληρωματικός του δημόσιου τομέα	υποβοηθητικός

Πηγή: *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria.

Δραστηριότητες στόχοι Παροχή υπηρεσιών και Κάλυψη αναγκών

-για υπηρεσίες

-για επιδόματα σε είδος

Παροχή οικονομικής βοήθειας

Βοήθεια σε χρήμα η σε είδος.

2) Στο δεύτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών ο εθελοντικός τομέας ασφάλισης λειτουργεί: α) συμπληρωματικά προς το δημόσιο τομέα. Τόσο ο δημόσιος όσο και ο εθελοντικός τομέας έχουν ως τελικό στόχο την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών. Ο κάθε τομέας έχει τις δικές του δυνατότητες στην εκπλήρωση αυτού του στόχου³. β) ο εθελοντικός τομέας λειτουργεί υποβοηθητικά προς το δημόσιο υπό την έννοια ότι την κύρια ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών την έχει ο δημόσιος τομέας γιατί έχει πολύ περισσότερους πόρους στη διάθεση του. Ο ρόλος συνεπώς του εθελοντικού τομέα είναι η κάλυψη κενών και η επιπρόσθετη βοήθεια. Πέρα και πάνω από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για το ρόλο του εθελοντικού τομέα όσον αφορά τις οικονομικές παροχές σε σχέση με το δημόσιο τομέα. Η στρατηγική της επέκτασης του εθελοντικού τομέα και των άτυπων δικτύων φροντίδας θεωρείται χρήσιμη όχι μόνο για την κινητοποίηση και συμμετοχή του πολίτη στα κοινά αλλά και για τη προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας

1.8 ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σχετικά με τη χρηματοδότηση του" εθελοντικού τομέα, οι φορείς αντλούσαν μέχρι πρόσφατα τα έσοδα τους από τους ίδιους πόρους ακίνητη περιουσία, από κληροδοτήματα, από δωρεές, εράνους) αλλά και από έσοδα τα οποία προέρχονται από την παροχή υπηρεσιών. Σε όλες τις αναπτυγμένες δυτικές χώρες το κράτος συμβάλλει με αυξανόμενο βαθμό στη χρηματοδότηση προγραμμάτων τα οποία εφαρμόζει ο εθελοντικός τομέας. Αυτό γίνεται γιατί έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι το κράτος δεν είναι πάντα σε θέση να εφαρμόσει προγράμματα για τα οποία χρειάζεται ταχύτητα και λογιστική ευλυγισία. Επίσης είναι αντιοικονομικό για το κράτος να διατηρεί μικρές μονάδες παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών. Έτσι, όλο και πιο συχνά, οι εθελοντικές οργανώσεις χρηματοδοτούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η χρηματοδότηση δίνει την ευκαιρία και τη δυνατότητα

³ Σταθοπούλου. Π... *κοινωνική πρόνοια*, β έκδοση, Έλλην. Αθήνα 1999, σελ 211.

στο δημόσιο τομέα να κατευθύνει δραστηριότητες του εθελοντικού τομέα προς την εφαρμογή εκείνης της κοινωνικής πολιτικής την οποία κρίνει χρήσιμη και επιθυμητή σε κάθε περάτωση. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι στην Ελλάδα η χρηματοδότηση εθελοντικών οργανώσεων από το Υπουργείο, για τη λειτουργία ξενώνων. Οι εθελοντικές οργανώσεις χρηματοδοτούνται ακόμη από διεθνείς οργανισμούς, προκειμένου να εφαρμόσουν προγράμματα κοινωνικής προστασίας για ειδικές κατηγορίες ατόμων (λ.χ. πρόσφυγες, παλιννοστούντες, ανέργους κ.ά.). Τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα κοινωνικής προστασίας από τα διάφορα ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν πλέον ένα βασικό τομέα δραστηριότητας του εθελοντικού τομέα. Το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών από τις εθελοντικές οργανώσεις καθορίζεται κυρίως από το είδος και το τομέα εξειδίκευσης της κάθε οργάνωσης η οποία μέσα στο πλαίσιο του συντάγματος και των νόμων θέτει κριτήρια επιλεξιμότητας για την παροχή υπηρεσιών και ασφάλισης ασθένειας σε συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού.

Οι οικονομικοί πόροι του συμπληρωματικού τομέα ασφάλισης ασθένειας προέρχονται από 3 πηγές:

Για το μεν κλάδο ασθένειας⁴ όπου επικρατεί το μοντέλο *Beveridge*, δηλαδή σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία και Δανία τα έσοδα προέρχονται από τη φορολογία. Εκεί όπου επικρατεί το μοντέλο του *BISMARCK* τα έσοδα προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Στα ελεύθερα δε συστήματα όπου επικρατούν οργανωμένοι ιδιωτικοί φορείς ασφάλισης τα έσοδα προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των ασφαλισμένων με υψηλή όμως συμμετοχή στη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μέσω ιδίων πόρων, δηλαδή από ατομικό εισόδημα ασθενών. Για τον κλάδο όμως των εργατικών και επαγγελματικών ασθενειών τα έσοδα προέρχονται κατά κύριο λόγο από τις εισφορές των εργοδοτών.

Στις περισσότερες χώρες προβλέπεται η συμπληρωματική η επικουρική ασφάλιση για ορισμένους κινδύνους. Η ασφάλιση αυτή είναι σε ορισμένες περιπτώσεις υποχρεωτική και σε άλλες προαιρετική. Στα πλαίσια της ΕΚ η συμπληρωματική ή επικουρική ασφάλιση των μισθωτών για συντάξεις είναι υποχρεωτική σε δυο χώρες που ακολουθούν συστήματα τύπου *Bismarck* την Γαλλία και την Ελλάδα και σε δύο χώρες που ακολουθούν συστήματα τύπου *Beveridge* την Βρετανία και τη Δανία. Κατά κανόνα το περιεχόμενο της συμπληρωματικής ή επικουρικής ασφάλισης καθορίζεται με συλλογικές συμβάσεις εργασίας ενώ επιπρόσθετα, οι μεγάλες επιχειρήσεις μεριμνούν για την ομαδική ασφάλιση του προσωπικού τους σε δικό τους ταμείο ή σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία. Με αυτό τα δεδομένα τα καθεστώτα επικουρικής ασφάλισης χαρακτηρίζονται στην επίσημη ορολογία της Ε.Κ. άλλοτε ως συμπληρωματικά

⁴ Δουμουλάκη, Α., *Οικονομικά της υγείας*, Παπαζήση, β έκδοση, Αθήνα, 1998, σελ 150.

(*Supplementary*) και άλλοτε ως επαγγελματικά (*occupational*), σε αντιδιαστολή με τα νομοθετημένα (*statutory*) και τούτο παρά το γεγονός ότι και για τα συμπληρωματικά καθεστώτα υπάρχει συνήθως κάποια νομοθετική πρόβλεψη. Στην Ελλάδα το α.3 ν.1876/90 όπως τροποποιήθηκε με το α.43 παραγ.3,ν.1902/90 απαγορεύει τη θέσπιση ή τροποποίηση κανόνων κοινωνικής ασφάλισης με συλλογικές συμβάσεις¹⁰ Ως ένα βαθμό πάντως η επικουρική ασφάλιση ασκείται στη χώρα μας μέσω ΝΠΙΔ όπως ταμεία αλληλοβοήθεια κ.λπ. που έχουν ιδρυθεί σύμφωνα με το α.12 ν.281/1914 αποτελεί αντικείμενο κρατικής μέριμνας, δεν περιορίζει το δικαίωμα ίδρυσης και ανταποκρίνονται στα πρότυπα αυτοδιοίκησης των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

Παρά τις αμφιβολίες που έχουν κατ'ή κειρούς διατυπωθεί πρέπει να γίνει δεκτό ότι η διάταξη του α.22 παραγ.4 Συντ. που δέχεται ότι η κοινωνική ασφάλιση αλληλοβοηθητικών σωματείων για την παροχή επικουρικής ασφάλισης. Στην αρχική του εφαρμογή και σύλληψη το σύστημα της κοινωνικής ασφάλειας (σύστημα *Beveridge*) απέβλεπε στην εξασφάλιση μέσωσ επιβίωσης (*subsistence*) για τους πολίτες που δεν ήταν σε θέση να εργαστούν. Σ αυτό το πνεύμα υιοθετήθηκε αρχικά η αρχή της χορήγησης ομοιόμορφων παροχών βασισμένων σε ομοιόμορφες εισφορές (*flat-rate benefits for flat-rate payments*) Αντίθετα το σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων (*Bismarck*) απέβλεπε στην αναπλήρωση του εισοδήματος των εργαζομένων όταν δεν ήταν σε θέση να εργαστούν. Οι παροχές ήταν επομένως στενά συνδεδεμένες με το επαγγελματικό τους εισόδημα. (*earning related benefits*) κατά κανόνα ήταν μάλιστα αναλογικές. Είναι προφανές ότι στα συστήματα τύπου *Beveridge* οι παροχές ήταν εξ" ορισμού χαμηλές αφού εξασφάλιζαν απλώς την επιβίωση, ενώ στα συστήματα τύπου *BISMARCK* οι παροχές μπορούσαν να είναι μεγαλύτερες ή μικρότερες από το ελάχιστο όριο συντήρησης. Οι ασφαλισμένοι για κύρια σύνταξη στο ΙΚΑ ασφαλίζονται για επικουρική στο ΙΚΑ TEAM ενώ όσοι είναι ασφαλισμένοι για κύρια σύνταξη σε άλλα ταμεία και στερούνται επικουρικής ασφαλίζονται στο ΙΚΑ-TEAM⁵ για τη παλαιότερη διάταξη του α.21 παρ3 ν.3239/55. Στην πράξη όμως οι παροχές που θεσπίστηκαν στα πλαίσια των συστημάτων τύπου *Beveridge* ήταν μικρότερες από το ελάχιστο όριο συντήρησης ενώ στα συστήματα τύπου *Bismarck* οι παροχές εξασφάλιζαν ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης.

Οι παροχές αυτές διακρίνονται σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες⁶:

Άμεσες παροχές σε εκείνους που φροντίζουν (συγγενείς, φίλοι, γείτονες, εθελοντές) με τη συνήθη μορφή του επιδόματος φροντίδας.

⁵ Κρεμαλής, Κ., *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*. Σακκουλά, Αθήνα-Κομοτηνή, 1985, σελ 152.

⁶ Στασινόπουλου, Ο., *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*, Gutenberg, Αθήνα, 1996, σελ 249.

Έμμεσες πληρωμές(π.χ. επίδομα θεραπείας) σε όσους χρειάζονται φροντίδα, ώστε να μπορούν να την εξασφαλίσουν με όποιο τρόπο επιλέξουν ή μπορούν.

Νέο σύστημα χρηματικών παροχών που στοχεύουν στην υλοποίηση του δικαιώματος στη φροντίδα, στην ελεύθερη επιλογή και τη δημιουργία κατάλληλων πακέτων με τη διαπλοκή του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

2.1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί ένα μηχανισμό παρέμβασης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών με την εφαρμογή συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης. Παρόλο που η γέννηση της κοινωνικής ασφάλισης αποδίδεται στο νόμο social security act, στην πραγματικότητα γεννήθηκε στην Γερμανία και η ιδέα της θα έπρεπε να αποδοθεί στον καγκελάριο Bismarck. Η ασφάλιση υγείας γνώρισε την πρώτη της άνθηση στην Ευρώπη από τις αρχές του αιώνα. Στην Ελλάδα, ένας νόμος των Φιλελευθέρων το 1932 για την εγκαθίδρυση του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων προέβλεπε την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επιδομάτων ασθένειας στους εργαζόμενους των αστικών περιοχών⁷. Η Πανελλήνια Συνδιάσκεψη των Ιατρικών Συλλόγων είχε ήδη κηρύξει ανοικτός πόλεμο σε κάθε σκέψη δημιουργίας ενός ασφαλιστικού Συστήματος υγείας⁸. Ο νόμος δεν πρόλαβε να εφαρμοστεί. Δεν ήταν μόνο η πτώση της κυβέρνησης αλλά και η οργάνωση από διαφορετικές κατευθύνσεις.

Η συντηρητική κυβέρνηση των λαϊκών έφερε στη Βουλή, δύο χρόνια μετά, ένα ουσιαστικά διαφοροποιημένο νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο έμελλε να είναι η βάση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα, και ίδρυσε το ίδρυμα κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)⁹. Από πλευράς ασφάλισης υγείας, αρχικά καθιερώθηκε η ιατροφαρμακευτική και επιδοματική κάλυψη των ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών, καθώς και -μετά από δύο χρόνια από την εφαρμογή του νόμου, χορήγηση επιδόματος ασθένειας. Προβλέφθηκαν επίσης καλύψεις μητρότητας και περιορισμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη για τους έμμεσα ασφαλισμένους. Οι υπηρεσίες "υγείας" περιελάμβαναν ιατροφαρμακευτική, νοσοκομειακή και σανατορική κάλυψη.

Στη χώρα μας, η οργάνωση των υπηρεσιών αυτών ουσιαστικά παραχωρήθηκε στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με το νόμο του 1934. Η ρύθμιση αυτή κατακρίθηκε με

⁷ v5733/1932.

⁸ Κυριόπουλος, Γ., Σίσσουρας, Α., *Ενιαίος φορέας Υγείας*, θεμέλιο. Αθήνα. 1997. σελ. 155.

⁹ v6298/1934.

δριμύτητα. Μέχρι την ίδρυση του ΙΚΑ, η ασφάλιση υγείας αποτελούσε προνόμιο ολίγων εκλεκτών επαγγελματικών ομάδων με βαθμό κάλυψης λιγότερο από 2% του εργαζόμενου πληθυσμού.

Βεβαίως, η ιστορία της εξέλιξης της ασφάλισης υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό η ιστορία της επιρροής ομάδων πίεσης, έτσι ακολουθώντας το παράδειγμα των συναδέλφων τους σε χώρες όπως η Βρετανία και η Γερμανία, οι έλληνες γιατροί αντέδρασαν και επηρέασαν τις σχετικές εξελίξεις.



2.1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15^{ης} Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο συστήθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861. Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του Ν. 2868/1922 «*Περί υποχρεωτικής ασφάλισεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων*». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων. Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφάλισεως Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με το Αναγκαστικό Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα. Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 προωθήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις για τη μεταρρύθμιση¹⁰ και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες ουσιαστικά ολοκληρώθηκαν το 2002 με την έκδοση του Ν. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση

¹⁰ Καβουρά .Μ, *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της ιδιωτικής ασφάλισης και κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 2000, σελ. 57-60.

του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώθηκαν σε ζητήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και χορήγησης των ασφαλιστικών παροχών με έμφαση στις συνταξιοδοτικές παροχές. Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Στην Ελλάδα το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο στο σύγχρονο ελληνικό κράτος ήταν το ΝΑΤ, το Ναυτικό Ασφαλιστικό Ταμείο¹¹, η ιδέα για το οποίο παρουσιάστηκε ήδη το 1836 (ως Βασιλικό Διάταγμα, το οποίο ουδέποτε όμως εφαρμόστηκε), ενώ η κανονική του ίδρυση έγινε το 1861 με σκοπό να περιθάλπει "τους καταπονημένους ή αναπήρους εργάτες Θαλάσσης και τις χήρας και ορφανά αυτών, προσέτι δε και κατά περιστάσεις εξαίρετους τους πατέρας και τις μητέρας αυτών".

Η δεύτερη περίοδος της κοινωνικής ασφάλισης ξεκινά μετά την επανάσταση στο Γουδί και την γενικότερη μεταρρυθμιστική περίοδο που ακολούθησε (1912-1914) με τον νόμο περί σωματείων (με βάση τον οποίο ιδρύθηκαν τα διάφορα αλληλοβοηθητικά ταμεία των σωματείων), τον νόμο "περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφαλίσεως" και το νόμο 551 του 1914 για τα εργατικά ατυχήματα.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι οργανισμοί που ασφαλίζουν τους εργαζομένους σε περιπτώσεις ασθένειας. Τα έσοδα τους προέρχονται από τα χρήματα που τους δίνει το κράτος και πληρώνουν οι ασφαλισμένοι τους.

2.2 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ

Στα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προστασίας η ιδιωτική ασφάλιση αναπτύχθηκε πολύ νωρίτερα από τα δημόσια συστήματα κοινωνικών ασφαλίσεων. Για το λόγο αυτό, πολλές από τις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν την ορθολογική λειτουργία ενός ιδιωτικού ταμείου χρησιμοποιήθηκαν επλεκτικά και για το δημόσιο τομέα. Ιστορικά, οι βάσεις της ιδιωτικής ασφάλισης ανάγονται στις αρχές του 20ού αιώνα. Η φιλοσοφία της ιδιωτικής ασφάλισης βασίζεται στην ατομική κάλυψη των κινδύνων με τα ανάλογο ασφάλιστρο. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες έχουν εκπονήσει πολλαπλές αναλογιστικές και επιδημιολογικές μελέτες για τον προσδιορισμό των κινδύνων που απειλούν τα διάφορα επαγγέλματα και τις κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες. Η ανάλυση των κινδύνων διαμορφώνει και το ανάλογο ύψος του ασφάλιστρου. Οι ιδιωτικές ασφαλίσεις παρουσίασαν διαχρονικά λιγότερα προβλήματα σε

¹¹ www.ggka.gr.

σχέση με τις κοινωνικές ασφαλίσεις και, για το λόγο αυτό, πολλές φορές εκλήθησαν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά με τις κοινωνικές ασφαλίσεις, ιδιαίτερα όταν αυτές εισήλθαν στο στάδιο της ωρίμανσης τους. Σε πολλές χώρες οι ιδιωτικές ασφαλίσεις αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου της ασφαλιστικής δραστηριότητας της χώρας.

Από τις παραμονές του Β' Παγκοσμίου Πολέμου λειτουργούσαν στη χώρα μας 100 περίπου γενικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις, οι οποίες παρόλο που κατέρρευσαν κατά τη διάρκεια του πολέμου, επανήλθαν με χαμηλό αλλά σταθερό ρυθμό ανάπτυξης τη δεκαετία του '50 και εδραιώθηκαν στο τέλος της δεκαετίας του '60 με το θεσμό των προσωπικών ασφαλίσεων Ζωής, σε καθεστώς οργανωμένων μονάδων πωλήσεων (*agency systems*)¹². Εντούτοις, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 ο κλάδος της ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ήταν ανύπαρκτος στην Ελλάδα..

Η ανάγκη της κοινωνίας να αντιμετωπίσει στατικούς και δυναμικούς, καθαρούς και κερδοσκοπικούς, γενικευμένους και ειδικούς κινδύνους ώθησε στη δημιουργία μιας μεγάλης ασφαλιστικής αγοράς. Έτσι, η Ιδιωτική Ασφάλιση θέτοντας σε ισχύ αφενός τον μηχανισμό «μέτρησης του κινδύνου», ώστε να μπορεί να διακρίνει τον «ενδεχόμενο κίνδυνο» (πιθανότητα να συμβεί μια ζημιά) από τον «αντικειμενικό κίνδυνο» (η σχετική απόκλιση πραγματικής και αναμενόμενης ζημιάς) και αφετέρου εφαρμόζοντας το «Νόμο των Μεγάλων Αριθμών» του Bernoulli, μείωσε το άμεσο ατομικό κόστος του ατόμου, διασπείροντας την ατομική απώλεια του στο σύνολο της ασφαλιστικής δραστηριότητας, προκειμένου να αποκαταστήσει την ψυχολογική ανασφάλεια του ατόμου για την πιθανότητα επέλευσης ζημιάς.

Στη σημερινή γενική της μορφή η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας¹³, φέρει τρία βασικά χαρακτηριστικά:

- συγκεντρώνει τυχαίους και απρόβλεπτους κινδύνους
- μεταφέρει τον κίνδυνο σε ασφαλιστές μειώνοντας την αβεβαιότητα των ασφαλισμένων και
- αναλαμβάνει βάσει συμβάσεων την αποζημίωση των ασφαλισμένων.

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί θεσμό κάλυψης των κάθε μορφής κινδύνων και ασθένειας ,ενώ αρχικά είχε ως σκοπό την κάλυψη κινδύνων απώλειας περιουσιακών στοιχείων η επιχειρηματικών δραστηριοτήτων.

¹² *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauarīa, σελ 26-28.

¹³ Μιλτιάδης, Ν., *Εισαγωγή στην Ιδιωτική ασφάλιση*, Forum, Αθηνά, 1998, σελ 221-223.

Οι ασφαλίσεις ζωής πρωτοεμφανίζονται¹⁴ τον 14ο αιώνα στην Ιταλία με τη δημιουργία αλληλοασφαλιστικών ενώσεων, πρόδρομοι των αγγλικών Friendly Societies, που βελτιώνονται συνεχώς μέχρι τον 17ο αιώνα, όταν με πρωτοβουλία του φλωρεντιανού γιατρού Lorento Tonti δημιουργείται ο πρώτος συνεταιρισμός («τοντίνα») που συγκέντρωνε τις εισφορές των μελών του και απέδιδε στο τέλος κάθε χρόνου στα επιζώντα μέλη τους τόκους του συγκεντρωθέντος κεφαλαίου. Προέκταση των ασφαλίσεων ζωής πρέπει να θεωρούνται οι ιδιωτικές ασφαλίσεις κατά της ασθένειας, που πρωτοεμφανίστηκαν στην Αγγλία τον 18ο αιώνα, αρχικά για την κάλυψη των κινδύνων προσωπικών ατυχημάτων (σιδηροδρομικών και βιομηχανικών).

Μετά το δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο η ιδιωτική ασφάλιση κατά της ασθένειας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλες τις δυτικές χώρες και ιδιαίτερα σ' εκείνες στις οποίες δεν υπάρχουν δημόσια ασφαλιστικά σχήματα συλλογικής κάλυψης των αναγκών. Η έκταση και ανάπτυξη της σχετίζεται άμεσα με το εύρος αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τα δημόσια ασφαλιστικά σχήματα. Στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες έχει κατά κανόνα συμπληρωματικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι στοχεύει στην κάλυψη των «κενών» της κοινωνικής

2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΗΣ.

Η επικουρική ασφάλιση¹⁵ πρωτοπαρουσιάστηκε το 1861 με την ίδρυση των Μετοχικών Ταμείων Στρατού και Ναυτικού και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων. Το 1925 ιδρύθηκαν επιμελητήρια (Εμπορικών, Βιοτεχνικών, Βιομηχανικών και Επαγγελματικών). Ο νόμος 997/1979 «περί συστάσεως Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών» πρόσφερε ευρύ φάσμα παροχών, καθώς κάλυπτε συντάξεις γήρατος, αναπηρίας και θανάτου 900.000 μισθωτών.

Η επικουρική ασφάλιση συμπληρώνει τα κενά της κύριας ασφάλισης και αφορά, παροχές που προσφέρονται στους ελεύθερους επαγγελματίες και τους μισθωτούς. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι απευθύνεται σε συγκεκριμένους κλάδους ασφάλισης και παρέχει επίσης συγκεκριμένες συντάξεις αναπηρίας και θανάτου και άλλα ταμεία ασφάλισης και αλληλοβοήθειας.

¹⁴ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insuranse*.ASSC, Belgium,2001,σελ 55-60.

¹⁵ Υφαντόπουλος,Γ.,*Η Κοινωνική ασφάλιση του ΤΣΑΥ*,Αθήνα,2001,σελ23-24.

Πέρα από την πολυπλοκότητα, επισημαίνουμε και τον κατακερματισμό δραστηριοτήτων ανάμεσα σε πολλούς αλληλοκαλυπτόμενους φορείς. Επιγραμματικά, σημειώνουμε την ύπαρξη είκοσι τεσσάρων φορέων κύριας ασφάλισης, 39 επικουρικής, τριάντα ένα πρόνοιας, δεκαοκτώ ασθένειας και πενήντα τεσσάρων φορέων συμπληρωματικών παροχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην πραγματικότητα ένα σημαντικό μερίδιο του κινδύνου καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλεια, η οποία είναι από τη βασική κοινωνική ασφάλιση που προσφέρεται σε συγκεκριμένες ομάδες μέσα στο πληθυσμό από τις ασφαλιστικές εισφορές ανάλογα με τα καθαρά ασφάλιστρα (εάν μπορούσε να αποφασίζει ελεύθερα ο καθένας για την ασφαλιστική κάλυψή του, οι μερικώς ασφαλισμένοι θα προχώραγαν σε υπερκαλύψει της ασφάλισης τους.

Μερικοί κίνδυνοι δεν μπορούν να καλυφθούν από την ασφάλεια κατευθείαν, διότι μια σειρά από διαφορετικές πολιτικές είναι διαθέσιμες για άλλα. Αυτή η ξεχωριστή - μοναδική υποχρεωτική, εθελοντική¹⁶ ασφαλιστική κάλυψη έχει πάλι μια ορισμένη επίδραση σε πολλούς τομείς κινδύνων, που κανένας δεν είναι ανεξάρτητος από τον άλλο, αλλά συνδέονται μάλλον και από τους θετικούς και αρνητικούς συσχετισμούς.

Μια ερώτηση παρουσιάζει, εντούτοις ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη χρηματοδότηση της βασικής και συμπληρωματικής ασφάλειας και πρέπει επομένως να εξεταστεί ρητά σε αυτό το πλαίσιο: Ποια αποτελέσματα πρέπει να αναμένονται στην απαίτηση για άλλους τύπους ασφαλειών, εάν η κάλυψη που παρέχεται από την υποχρεωτική ασφάλεια μειώνεται; Για να απαντήσουν σε αυτήν την ερώτηση διάφορες θεωρητικές μελέτες έχουν δημοσιευθεί και χρησιμεύουν ως μια βάση για τα διάφορα σημεία που εξετάζονται στο παρόν πλαίσιο. Το σημείο που εξετάζουμε, επομένως, είναι η σχέση μεταξύ της βασικής ασφάλειας και άλλων τύπων καλύψεων, και η απαίτηση για την πρόσθετη ασφάλεια υγείας. Με ποιο τρόπο η απαίτηση για την πρόσθετη, εθελοντική ασφάλεια υγείας αλλάζει εάν και όταν ελαττώνεται το υπάρχον σύστημα της βασικής ασφάλειας;

- Μεταξύ άλλων, η απάντηση σε αυτήν την ερώτηση εξαρτάται από την τιμή των συστημάτων ασφάλειας ή ασφάλειας προσφερθέντων. Για να καταστήσουμε αυτό το

¹⁶ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria σελ 35-38.

σημείο σαφές, πρέπει άλλη μια φορά να θεωρήσουμε τα σημαντικότερα αποτελέσματα της παραδοσιακής θεωρίας¹⁷ ασφαλιστικής απαίτησης, όπως συλλαμβάνονται κοντά.

Η μέθοδος που υιοθετείται στη θεωρία είναι να εστιάσει σε ένα αντίθετο άτομο κινδύνου που απειλείται από έναν κίνδυνο ενάντια στον οποίο μπορεί να λάβει την κάλυψη και να πληρώνει ασφάλιστρα. Όπως οι επιστολές δείχνουν, το ασφάλιστρο αποτελείται από δύο παράγοντες: Η προσδοκώμενη ασφάλεια ωφελείται και τη φόρτωση, δηλ. μια εκτίμηση¹⁸ που πληρώνεται σε αντάλλαγμα για την υπόθεση των κινδύνων (διοικητικές δαπάνες, κόστος έξω μια πολιτική, φορτώσεις ασφάλειας, μερίδιο κέρδους).

Ειδικότερη παρατήρηση των επί μέρους ΣΚΑ διακρίνει τις εξής 4 ομάδες κρατών μελών:

- Την ομάδα των σκανδιναβικών κρατών (Σουηδία, Δανία, Φιλανδία) όπου εφαρμόζεται το σύστημα *BEVERIDGE* με καθολική κάλυψη του πληθυσμού και με υψηλό επίπεδο των παρεχομένων *BENEFITS*.
- Την ομάδα που συγκροτούν η Μεγάλη Βρετανία και Ιρλανδία όπου εφαρμόζεται, επίσης, το μοντέλο *BEVERIDGE* με καθολική κάλυψη του πληθυσμού αλλά με χαμηλότερο ύψος των παρεχομένων *BENEFITS*.
- Την ομάδα που συγκροτούν οι χώρες Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, Ολλανδία, Βέλγιο και Λουξεμβούργο όπου υπερέχουν τα χαρακτηριστικά του μοντέλου *BISMARCK* με βάση την ανταποδοτικότητα του Συστήματος (παροχές ανάλογες των εισφορών) αλλά και με παράλληλη ανάπτυξη κοινωνικό-ασφαλιστικών προγραμμάτων για όσους δεν καλύπτονται από το ανταποδοτικό ΣΚΑ και
- Την ομάδα που συγκροτούν οι χώρες Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα όπου παρατηρούνται "μίξεις" των χαρακτηριστικών και των 2 μοντέλων.

Εξάλλου σε όλες τις χώρες εφαρμόζονται παραλλήλως και συστήματα συμπληρωματικής ασφάλισης ασθένειας για την επικούρηση των ασφαλισμένων στην ανάγκη κάλυψης των αναγκών τους. Τα συστήματα αυτά έχουν εμφανισθεί με ποικιλία μορφών (επαγγελματικά, συγκεκριμένης επιχείρησης, θεσπισμένα με νόμο ή με συλλογικές συμβάσεις εργασίας). Με διαφορετική έκφραση¹⁹ η λήψη μέτρων κοινωνικής ασφάλισης δεν έχει ως πρωτογενή στόχο τη βελτίωση της κοινωνικής προστασίας αλλά την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων, με συνέπεια η βελτίωση της κοινωνικής προστασίας να

¹⁷ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria σελ 48-51.

¹⁸ Δουμουλάκη, Α., *Οικονομικά της Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα, 1998, σελ 28

¹⁹ Υφαντόπουλος, Γ., *Η Κοινωνική ασφάλιση του ΤΣΑΥ*, Αθήνα, 2001, σελ 35-40.

προκύπτει, μόνο δευτερογενώς και ως παρεπόμενο αποτέλεσμα της ανάγκης διευκόλυνσης της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων πού θεωρείται, άλλωστε, ως βασική προϋπόθεση για την επίτευξη ή την προσέγγιση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

3.2 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

3.2.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας γίνονται μέσω των μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Τα οικονομικά της υγείας είναι επομένως συνυφασμένα με τα γενικότερα προβλήματα των ταμείων ασφάλισης. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης διέρχεται μια περίοδο κρίσεως. Το πρόβλημα²⁰ ως υπάρχει σήμερα, είναι βασικά σωρευτικό αποτέλεσμα περιπτωσιακής και μακροπρόθεσμης αντιμετώπισης θεμάτων. Σ' αυτά τα «ενδογενή» προβλήματα θα προστεθούν, σε λίγα χρόνια, και «εξωγενείς» παράγοντες που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού και άλλες μακροχρόνιες διαρθρωτικές αλλαγές της ελληνικής κοινωνίας.

3.2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εκτός από την πολυδιάσπαση και τον κατακερματισμό του, το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα παρουσιάζει μερικά ακόμη προβλήματα. Για το λόγο αυτό, η πολιτική ηγεσία της χώρας αποφάσισε να προχωρήσει σε τομές στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης²¹. Άλλωστε και αυτή η μελέτη εξετάζει κατά πόσο είναι εφικτή μια πρόταση για συγχώνευση του Τ.Σ.Α.Υ. με άλλους ασφαλιστικούς φορείς. α προβλήματα του υπάρχοντος συστήματος στον οικονομικό, πολιτικό και δημογραφικό τομέα μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω ενότητες:

Στον οικονομικό τομέα:Ελλείμματα: Ένα από τα βασικά προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος είναι τα ελλείμματα που παρουσιάζουν τα ταμεία. Κύριοι παράγοντες που

²⁰ Υφαντόπουλος,Γ. *Η Κοινωνική ασφάλιση του ΤΣΑΥ*,Αθήνα,2001,σελ55-66.

²¹ Καβουρά,Μ. *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της ιδιωτικής ασφάλισης και κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας στην Ελλάδα*,Αθήνα,2000,σελ 70-72.

οδηγούν σ' αυτή την κατεύθυνση είναι η κακή διαχείριση και η λανθασμένη αξιοποίηση των χρημάτων. Η διογκωμένη διοικητική μηχανή των ταμείων αυτών, εκτός από περιττά έξοδα, διέπεται από αναποτελεσματικότητα, καθώς υπάρχει διάχυση των αρμοδιοτήτων της και κατά συνέπεια δυσκολία στον καταλογισμό ευθυνών ακόμη και σε περιπτώσεις εμφανούς ελλείψεως επαγγελματισμού.

Ανεργία: Η ανεργία είναι πολύ σημαντική παράμετρος του ασφαλιστικού, καθώς μειώνει το χρόνο που συνεισφέρει ο ασφαλισμένος στα οικονομικά του ταμείου. Οι μακροχρόνιες τάσεις ανεργίας, που παρατηρούνται στις νεότερες ηλικίες στην Ελλάδα, ασκούν μια αρνητική επίπτωση στην οικονομική ισορροπία των ασφαλιστικών φορέων. Επιπλέον, το ταμείο καλείται συχνά (και στο μέλλον θα καλείται συχνότερα) να παρέχει κατώτατη σύνταξη στον ασφαλισμένο, για την οποία όμως αυτός δεν έχει συνεισφέρει.

Η απουσία προγραμματισμού πρέπει να τονιστεί ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας ο οποίος θεωρείται καθοριστικός για τη διαχρονική επιβίωση ενός ταμείου. Το γεγονός αυτό έχει κατανοηθεί τα τελευταία χρόνια από τα ταμεία, τα οποία προσπαθούν να οργανωθούν και συνεπώς να προετοιμαστούν για τις επερχόμενες εξελίξεις σε βάθος χρόνου **Στο δημογραφικό τομέα:** Η υπογεννητικότητα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν το ασφαλιστικό, καθώς υπονομεύει το αναδιανεμητικό σύστημα που βασίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών. Τα τελευταία 40 χρόνια οι χώρες του Ε.Ε. Η έννοια της μεταρρύθμισης²² είναι ότι όλα επανεξετάζονται και, συνεπώς, και το καθεστώς ασφάλισης και χρηματοδότησης. Ταυτόχρονα προϋποθέτει αλλαγές στις πολιτικές, στους θεσμούς και στη λειτουργία των οργανισμών. Η μεταρρύθμιση, όμως, πρέπει να είναι και «ενσυνείδητη», δηλαδή να λαμβάνει υπόψη τις πραγματικότητες και τις ευκαιρίες που επιβάλλουν οι υπάρχουσες συνθήκες.

Η αλλαγή αυτή της νοοτροπίας πρέπει να εκφραστεί με τις εξής στρατηγικές:

- Ουσιαστική ενδυνάμωση της δημόσιας διοίκησης και διαχείρισης. Συγκεκριμένο καθεστώς προτεραιοτήτων για τη δημιουργία ενός καθολικού πακέτου εξασφαλισμένων παροχών και παρεμβάσεων.
- Αποκέντρωση και περιφερειοποίηση πόρων και αρμοδιοτήτων
- Ενδυνάμωση του ρόλου των ιδιωτικών προμηθευτών στα εθνικά συστήματα υγείας.
- Δημιουργία περισσότερων αλληλοβοηθητικών- συμπληρωματικών συστημάτων
- Μία ουσιαστική μεταρρύθμιση θα ήταν η διακοπή των δημοσίων επιδοτήσεων στα επικουρικά ταμεία των εργαζομένων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και η χρησιμοποίηση των πόρων που θα εξοικονομηθούν για τη μερική αποπληρωμή του δημοσίου χρέους.

²² Κυριόπουλος, Γ. και Σίτσουρα, Α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1997, σελ 216-217.

- Μία ενδεικτική περιοχή συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα ήταν η ριζική αναμόρφωση του καθεστώτος της επικουρικής ασφάλισης. Η κατάργηση των εκατοντάδων επικουρικών «ταμείων» στα οποία κανείς δε γνωρίζει τι εισφέρει και τι και πότε θα πάρει, και η μεταφορά των εισφορών στην ιδιωτική ασφάλιση ζωής, σε ανταγωνιστική βάση, για τη δημιουργία ειδικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, θα βελτιώνε την αποτελεσματικότητα της προστασίας και την παραγωγικότητα των αποταμιεύσεων των εργαζομένων. Η ταυτόχρονη μετάταξη χιλιάδων υπαλλήλων σε άλλη παραγωγική απασχόληση στο δημόσιο τομέα, όπως π.χ. στην είσπραξη των οφειλομένων προς το ΙΚΑ, θα αποτελούσε άλλη μια ευκαιρία ουσιαστικής βελτίωσης της παραγωγικότητας του δημόσιου τομέα.

Η πρόταση αυτή συμπίπτει με την προοπτική για δημιουργία ομαδικών ιδιωτικών συμβολαίων κατά κλάδο, που προτάθηκε πρόσφατα από το χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης. Όπως αναφέρθηκε, η δημιουργία των ομαδικών αυτών συμβολαίων κατά κλάδο θα εξασφάλιζε συμπληρωματικές παροχές συντάξεων και υγείας, με αποτέλεσμα τη βελτίωση του επιπέδου προστασίας.

3.2.3. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει δώσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη βαρύτητα στην αναζήτηση εναρμονισμένων λύσεων για το «ασφαλιστικό». Αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα περισσότερα συστήματα αναπτύχθηκαν κάτω από διαφορετικές ιστορικές, πολιτικές και κοινωνικό-οικονομικές συγκυρίες και έχουν τις δικές τους ιδιαιτερότητες. Για το λόγο αυτό, η άμεση ενοποίηση ή έστω εναρμόνιση τους καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τις επιτυχίες σύγκλισης των χωρών-μελών της Ευρώπης τόσο στους κοινωνικούς δείκτες όσο και την υιοθέτηση ενός ενιαίου νομισματικού συστήματος, το «ασφαλιστικό» παρουσιάζεται ως ένα θέμα άμεσης προτεραιότητας. Σε ένα από τα πρόσφατα κείμενα της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τίθεται το θέμα του εκσυγχρονισμού των συστημάτων κοινωνικής προστασίας ώστε αυτά να μπορούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες της αγοράς εργασίας για ευέλικτα εργασιακά σχήματα, στη διασφάλιση ίσων ευκαιριών στους άνδρες και γυναίκες, στην ελεύθερη διακίνηση του εργατικού δυναμικού από χώρα σε χώρα, στην αυξανόμενη ζήτηση για κοινωνικές υπηρεσίες και για συντάξεις λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Όποτε χρειάζονται στρατηγικές και διαμόρφωσης νέου τύπου ασφάλισης όπως η συμπληρωματική, καθώς και αύξηση των επικουρικών ταμείων ασθενοείας σε όλες τις χώρες τις ευρωπαϊκής ένωσης.

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι λόγοι που επιβάλλουν τη μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας δεν έχουν να κάνουν με τον ανταγωνισμό από τρίτες χώρες. Το ελεύθερο εμπόριο και η παγκοσμιοποίηση δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως απειλή για το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο. Οι λόγοι για την αναμόρφωση είναι εσωτερικής φύσεως. Η πραγματική απειλή για το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο θα είναι η ανικανότητα μας να αντιμετωπίσουμε τα υφιστάμενα προβλήματα. Πρώτα απ' όλα, υπάρχει επείγουσα ανάγκη εδραίωσης των δημόσιων οικονομικών στα περισσότερα κράτη - μέλη, προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση των ελλειμμάτων και η εξυπηρέτηση υπέρογκων χρεών στο μέλλον, που θα μπορούσαν να παραγκωνίσουν τις δαπάνες για την κοινωνική προστασία. Αυτό δεν έρχεται σε αντίφαση με το υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας ούτε συνεπάγεται κατάργηση της αρχής της αλληλεγγύης. Αντιθέτως, ενισχύει την αλληλεγγύη μεταξύ διαφορετικών γενεών, αφού μειώνει την επιβάρυνση των επερχόμενων γενεών. Δεύτερον το σύστημα πρέπει να αναμορφωθεί για να προωθηθεί η οικονομική και κοινωνική ένταξη. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων κοινωνικής προστασίας είναι ότι προσπαθούν να δώσουν κάποια ασφάλεια εισοδήματος σε εκείνες τις κατηγορίες ατόμων που δεν μπορούν να εργασθούν. Η σοβαρότητα της κατάστασης μπορεί να εξηγηθεί σε μεγάλο βαθμό από τις αλλαγές στις βασικές συνθήκες για την κοινωνική προστασία. Τέσσερις είναι οι κυρίαρχοι παράγοντες που στηρίζουν την μεταρρύθμιση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας: α) η μεταβαλλόμενη φύση εργασίας, β) η γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού, γ) η νέα ισορροπία μεταξύ των φύλων και δ) η ανάγκη εκσυγχρονισμού των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης για τα άτομα που μετακινούνται εντός της Ε.Ε.) Η μεταβαλλόμενη φύση της εργασίας

3.3 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

3.3.1. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ

Ένας τόσο φιλόδοξος στόχος, όμως, μπορεί να επιτευχθεί μόνο κάτω από τρεις προϋποθέσεις:

- *την αύξηση της απασχόλησης*

- την ουσιαστική βελτίωση της παραγωγικότητας στην κοινωνική ασφάλιση
- την αξιοποίηση δυνατοτήτων συνεργασίας με τον ιδιωτικό ασφαλιστικό χώρο στα πλαίσια της συμπληρωματικότητας.

Υπάρχουν εναλλακτικές²³ λύσεις για περαιτέρω συγκέντρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά πιθανόν δεν μπορούν να επιτευχθούν με την απλή επέκταση των σημερινών τύπων ασφαλιστικής κάλυψης. Μια εναλλακτική λύση είναι να μεταβληθεί η θεμελιώδης δομή της ασφάλισης της υγείας κατά τρόπον ώστε να ανταμείβονται οι καταναλωτές για συνετή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και για την υιοθέτηση υγιεινότερων τρόπων ζωής

Μια δεύτερη εναλλακτική λύση²⁴ είναι η διατήρηση συμβατικών μορφών ασφάλισης της υγείας, παράλληλα με ουσιαστική μείωση των φορολογικών επιδοτήσεων στις πληρωμές των ασφαλιστών. Αυτό αρχικά θα μπορούσε να είναι επίτιμο για εργοδότες, εργαζόμενους και προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης, αλλά εάν οι αγορές υγειονομικής περίθαλψης αυτοπροσαρμοστούν, η προκύπτουσα μείωση των μέσων συντελεστών συνασφάλισης θα περιορίζε τη συγκέντρωση των αγορών, τις ακαθάριστες τιμές και τις συνολικές δαπάνες, χωρίς να αυξάνει κατ' ανάγκη τις ίδιες πληρωμές από τους καταναλωτές ή να μειώνει η ποσότητα της περίθαλψης. Αν και ο μη ασφαλισμένος θα επωφελείτο από τις χαμηλότερες τιμές υγειονομικής περίθαλψης, θα εξακολουθούσαν να υπάρχουν προβλήματα πρόσβασης για ορισμένα άτομα. Βέβαια θα ήταν λιγότερο δαπανηρή η αντιμετώπιση τέτοιων αδικιών μέσω καθορισμένης συνδρομής προς τον μη ασφαλισμένο παρά με την επιδότηση των αγορών ασφάλισης μιας ολόκληρης κοινωνίας.

Την προσοχή της προς τα συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης ασθένειας στρέφει και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μελετώντας σοβαρά το ενδεχόμενο κατάρτισης Πράσινης Βίβλου η οποία θα εξετάζει την ανάπτυξη της σχετικής αγοράς (παροχή και ασφάλιση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας) υπό το πρίσμα της επικουρικότητας. Τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα τελευταία χρόνια τα περισσότερα κρατικά συστήματα υγείας υποχρεώνουν τις αρμόδιες αρχές

της Κοινότητας να επανεξετάσουν το ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν η ιδιωτική ασφάλιση και τα ιδιωτικά νοσοκομεία για την υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης των Ευρωπαίων". Η γήρανση του πληθυσμού, το ζήτημα της ανεργίας, οι οικονομικοί μετανάστες και γενικότερα οι δημογραφικές εξελίξεις, αλλά και οι αυξημένες ανάγκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για την Ε.Ε ώστε να επανεξετάσει το θέμα σε κοινοτικό επίπεδο.

²³ Κυριόπουλος, Γ και Σίσσουρας, Α., *Ενιαίος φορέας υγείας*, θεμέλιο, Αθήνα, 1997, σελ 210-212.

²⁴ 24. Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζογλου, Τ., Heffley, D., *Κοινωνία Οικονομία Και Υγεία* τεύχος 4, 1995, σελ 30.

Στο θέμα παρεμβαίνει πλέον και η Ε.Ε μελετώντας, το ενδεχόμενο κατάρτισης Πράσινης Βίβλου που αναλύει τα συμπληρωματικά συστήματα υγείας (ιδιωτικός τομέας) λαμβάνοντας της εικόνας που παρουσιάζουν σήμερα τα κρατικά συστήματα υγείας στην Ε.Ε. ο προσδιορισμός των υφιστάμενων προβλημάτων, καθώς και η αναζήτηση λύσεων στις οποίες συμμετοχή θα έχουν, τόσο τα ιδιωτικά θεραπευτήρια όσο και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λειτουργώντας επικουρικά στο κρατικό μοντέλο.

3.3.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Η ΛΥΣΗ?

Σε μια περίοδο κατά την οποία η χρηματοδοτική κρίση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας αναδεικνύεται σε μόνιμο και υψηλής προτεραιότητας πρόβλημα. ο ρόλος της συμπληρωματικής-επικουρικής²⁵ ασφάλισης υγείας καθίσταται υπόψη την αρχή της επικουρικότητας, -στόχος της Πράσινης Βίβλου θα είναι η χαρτογράφηση εξαιρετικά επίκαιρος και σημαντικός για 3 κύριους λόγους:διότι μπορεί να αποτελέσει πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης και να υποκαταστήσει μέρος της υψηλής άμεσης ιδιωτικής δαπάνης και της παραοικονομικής δραστηριότητας δεύτερον γιατί μπορεί να συμβάλλει στην εξειδίκευση προγραμμάτων υγείας και νέων ασφαλιστικών προϊόντων ώστε να βελτιωθεί ο χαμηλός δείκτης ικανοποίησης των χρηστών /καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, και τρίτον μπορεί να ενισχύσει την επικουρική ασφάλιση με την ανάληψη νέων και δυναμικών δραστηριοτήτων και να δημιουργήσει μια πραγματική ανταγωνιστική αγορά στη συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Η επισήμανση αυτή ενέχει προσθετή σημασία και για συμπληρωματικούς λόγους, οι οποίοι σχετίζονται με την αδυναμία επαρκούς και ακριβούς προσδιορισμού της δέσμης παροχών από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης ,με την ακύρωση της ασφαλιστικής κάλυψης εξαιτίας πολλαπλών εμποδίων στη προσπέλαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, με την αυξανόμενη έγγραφη νοικοκυριών στη ιδιωτική ασφάλιση ζωής και υγείας, με την αναγκαιότητα ανάπτυξης προσθέτων και συμπληρωματικών επιλογών στην ασφάλιση και τις υπηρεσίες υγείας και ακόμα με τη διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του υγειονομικού τομέα σε μια περίοδο υποχρηματοδότησης εξαιτίας της δημοσιονομικής συγκυρίας. Παρά ταύτα η σκόπευση δεν φαίνεται επί του παρόντος εφικτή για 2 κυρίως λόγους:

1) Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και οι φορείς επικουρικής ασφάλισης(δημόσιου η και κοινωνικού χαρακτήρα)δεν έχουν την απαιτούμενη οργανωτική ωρίμανση και τα ανάλογα προγράμματα για ένα σχετικό εγχείρημα..

²⁵ Κυριόπουλος, Γ., *Επίκαιρα Και Διαχρονικά*, Έξαντας, Αθήνα, 1996. σελ 140-41.

2) Η αγορά υπηρεσιών υγείας τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα δεν παρέχει αφενός σοβαρές εναλλακτικές δυνατότητες στην αναζήτηση υπηρεσιών χαμηλού κόστους και υψηλής ποιότητας

Εκ παραλλήλου στην επικουρική ασφάλιση παρατηρείται μια πρωτοφανής ακαμψία στην προαγωγή συμπληρωματικών ασφαλιστικών προϊόντων, παρά το γεγονός ότι η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί προνομιακό χώρο ανάπτυξης σχετικών δραστηριοτήτων. Υπό το πρίσμα αυτών των επισημάνσεων στα πλαίσια της ανασυγκρότησης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας προς την κατεύθυνση δημιουργίας ολιγοψωνίου και του εκσυγχρονισμού της διεύθυνσης διαχειρίσεις των επιχειρήσεων παραγωγής και διανομής φροντίδων υγείας, η συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας μπορεί να συνεισφέρει στη διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης στην πρόσφορα πολλαπλών η και συμπληρωματικών επιλογών και κυρίως να εισαγάγει στην αγορά υπηρεσιών υγείας τις αναγκαίες τεχνικές και μεθόδους ανταγωνισμού στην επίτευξη χαμηλού κόστους και στην αναζήτηση αποδοτικότητας.

3.3.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Στην Ελλάδα είμαστε προικισμένοι με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο σύστημα επικουρικών ταμείων. Από το 1983 και μετά, όλοι οι μισθωτοί είναι ασφαλισμένοι σε ένα επικουρικό ταμείο.

Η «Επικουρική Ασφάλιση, πρόβλημα ή λύση»? Το πρώτο σημείο²⁶ είναι ο ρόλος που μπορεί να παίζει η συμπληρωματική, επαγγελματική ασφάλιση στο σύστημα εθνικής προστασίας, στη νέα αρχιτεκτονική δηλαδή η επικουρική ασφάλιση ως λύση αλλά υπό σαφείς προϋποθέσεις. Δεύτερον, τα επικουρικά ταμεία σήμερα στην Ελλάδα, πληρούν τις προϋποθέσεις αυτές; Η επικουρική ασφάλιση, πολλοί θα έλεγαν ότι είναι το δυσχερέστερο τμήμα της συνολικής παθολογίας της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Και τρίτο σημείο είναι η μετεξέλιξη των σημερινών ταμείων επικουρικής ασφάλισης, σαν μια απάντηση στο συνολικό πρόβλημα της ασφάλισης. Άρα το πρόβλημα των επικουρικών ταμείων οδηγεί στη γενική λύση της κοινωνικής ασφάλισης. Τι ρόλο μπορεί να παίζει η συμπληρωματική, επαγγελματική ασφάλιση;

Ένα σύστημα συντάξεων εξυπηρετεί συνήθως τρεις διακριτούς ρόλους. Την αλληλεγγύη προς τους οικονομικά ασθενέστερους, δηλαδή τον ρόλο της πρόνοιας. Την αλληλεγγύη μεταξύ γενεών, τον ρόλο της εισοδηματικής αναπλήρωσης ή της συλλογικής αποταμίευσης. Οι δύο

²⁶ www.in.gr/foreis

αυτοί ρόλοι έχουν έντονο τον κοινωνικό χαρακτήρα και έτσι αφήνουν μια τρίτη λειτουργία για την εξυπηρέτηση των ατομικών και συλλογικών προτιμήσεων και προτεραιοτήτων. Οι τρεις αυτοί ρόλοι υπάρχουν σε όλα τα συστήματα, μερικές φορές είναι σαφείς και διακεκριμένοι σε διάφορα επίπεδα ή βάρη και άλλες φορές είναι διάχυτοι και συγκεχυμένοι. Η τάση τα τελευταία χρόνια είναι να διακρίνονται οι ρόλοι, συνήθως και οργανωτικά. Το τρίτο επίπεδο είναι αυτό που μας ενδιαφέρει εδώ και είναι η συμπληρωματική ασφάλιση. Ποιο ρόλο μπορεί να παίζει αυτό το τρίτο επίπεδο.

Πρώτον για τον ασφαλισμένο. Ο κυρίαρχος ρόλος για τον ασφαλισμένο, που του δίνει αυτό το τρίτο επίπεδο είναι η αποφυγή της ισοπέδωσης, η αναγνώριση ότι οι διαφορετικές συνθήκες επικρατούν σε κάθε κλάδο, όπως και ότι διαφορετικά άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές προτιμήσεις. Οι προτιμήσεις αυτές μπορεί να αναφέρονται και στο έτος συνταξιοδότησης, νωρίς ή αργά αλλά και στο ύψος της σύνταξης. Αν ένας κλάδος εργαζομένων επιθυμεί τη συνταξιοδότησή του νωρίτερα και δέχεται να καλύψει το κόστος των επιλογών του, αυτό είναι το ουσιαστικό, δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην το κάνει. Από την άλλη πλευρά όμως, είναι τουλάχιστον παράλογο, να επιβαρύνεται κάποιος ο οποίος επιλέγει να εργαστεί ως τα 65 του χρόνια για να συνταξιοδοτηθεί κάποιος άλλος στα 50 του χρόνια. Άρα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η μη επιβάρυνση τρίτων.

Η προϋπόθεση αυτή εξασφαλίζεται με τη χρηματοδότηση του συμπληρωματικού αυτού επιπέδου από το κεφαλαιοποιητικό αυτό σύστημα το οποίο δίνει τη δυνατότητα στον κλάδο ή στον εργαζόμενο να επιλέξει τη στιγμή της συνταξιοδότησης και τις συνθήκες.

Για τον εργοδότη τώρα, η ύπαρξη ενός συμπληρωματικού συστήματος ασφάλισης, θα αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο στην πολιτική προσωπικού. Συγκεκριμένα στην προσέλκυση και διατήρηση υψηλής ποιότητας ανθρώπινου δυναμικού. Για την οικονομία, η ύπαρξη μεγάλων θεσμικών επενδύσεων, με σαφείς και μακροχρόνιους στόχους, όπως είναι αυτά τα επαγγελματικά ταμεία ασφάλισης, αποτελεί έναν παράγοντα σταθερότητας στις χρηματαγορές.

Οι ανάγκες επενδύσεων των ταμείων ασφάλισης στην Ευρώπη και στην Αμερική, έχουν οδηγήσει σε μειώσεις του κόστους δανεισμού των επιχειρήσεων, όσο και της κυβέρνησης. Τέλος για την κοινωνική προστασία, η ανάπτυξη του τρίτου επιπέδου προστασίας και η ανάληψη απ' αυτό μεγαλύτερου ρόλου για την εισοδηματική επάρκεια, ελαφρύνει τα άλλα δύο επίπεδα και τα ελευθερώνει για να επιτελέσουν ένα νέο έργο. Δηλαδή, η ανάληψη μεγαλύτερου έργου από το χώρο της ατομικής ευθύνης, δίνει χώρο για την εξάσκηση της συλλογικότητας σε νέες κατευθύνσεις. Το σημείο αυτό ίσως αξίζει περισσότερης διερεύνησης. Ένας από τους λόγους που αναπτύχθηκαν τα διανεμητικά συστήματα πριν από 50 χρόνια

περίπου, ήταν ακριβώς οι ελλείψεις στο χρηματοπιστωτικό τομέα, που έκαναν τη μεταφορά πόρων από γενιά σε γενιά, ή από την εποχή που κάποιος εργάζεται στα γηρατειά του, πολλές φορές προβληματική. Πολλές ελλείψεις αυτές δεν έχουν τελείως εξαλειφθεί τώρα, αλλά η ανάπτυξη του χρηματοπιστωτικού συστήματος και οι αγορές αποταμιεύσεων δίνουν εναλλακτικές λύσεις που δεν υπήρχαν παλιότερα. Άρα ο παρεμβατικός ρόλος του κράτους για την εξασφάλιση του συνόλου της συνταξιοδοτικής αναπλήρωσης δεν χρειάζεται πια. Μπορεί να αναθέσει ένα μεγαλύτερο τμήμα αυτού του ρόλου χωρίς να τον αφήσει τελείως σε ιδιωτικά χέρια. Άρα, τι προϋποθέσεις έχουμε για να παίξει η συμπληρωματική ασφάλιση το ρόλο της, στη νέα αρχιτεκτονική, με επιτυχία. Η πρώτη προϋπόθεση είναι η μη επιβάρυνση τρίτων. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η επιλογή συστημάτων χρηματοδότησης που να εξασφαλίζουν κάτι τέτοιο, όπως η κεφαλαιοποίηση. Τρίτο και σημαντικό σημείο είναι να έχουν συμπληρωματικό και όχι ανταγωνιστικό ρόλο σε σχέση με τις άλλες συνιστώσες της κοινωνικής προστασίας. Σε κάθε περίπτωση, για να μπορεί να παίζει κάποιο διακριτό ρόλο η συμπληρωματική ασφάλιση πρέπει να είναι διακριτή η αποστολή της και να διαφέρει ουσιαστικά από την κύρια ασφάλιση.

Το επόμενο σημείο είναι τα σημερινά επικουρικά ταμεία²⁷ στην Ελλάδα. Είναι τμήμα της παθολογίας της ασφάλισης ή είναι τελείως ανεξάρτητα; Το ουσιαστικό σημείο είναι αν διαφέρουν από τα ταμεία κύριας ασφάλισης. Έχουμε ελάχιστες διαφορές μεταξύ των ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης. Όλα χρηματοδοτούνται με το διανεμητικό σύστημα. Απλά τα επικουρικά ταμεία, μερικές φορές, έχουν μεγαλύτερη περιουσία. Δεύτερον η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, όπως αρμόζει στα διανεμητικά συστήματα. Τρίτον, οι παροχές ορίζονται συχνά δια νόμου, αν και αυτό από οικονομική άποψη δεν έχει σημασία, με βάση ποσοστά αναπλήρωσης της συνταξιοδοτικής βάσης. Όταν κάποιος συνταξιοδοτείται, λαμβάνει δύο συντάξεις και οι δύο υπολογιζόμενες ως ποσοστό του τελευταίου μισθού ή του μέσου όρου. Απλά η επικουρική σύνταξη τείνει, χωρίς και αυτό να είναι ο κανόνας, να είναι μικρότερη. Η τυπική περίπτωση είναι για 35 χρόνια ασφάλισης, ένα ποσοστό αναπλήρωσης γύρω στο 70% για την κύρια και 20%-30% για την επικουρική. Αν ένα ταμείο βρεθεί σε αδυναμία πληρωμής, ενσωματώνεται υποχρεωτικά στο TEAM²⁸, βάσει του νόμου 997/79. Άρα υπάρχει μια κρατική εγγύηση των πληρωμών συντάξεων ανάλογης με αυτή που υπάρχει και στις κύριες συντάξεις. Χρεοκοπία επικουρικού ταμείου ασφάλισης, όποια νομική μορφή και να έχει αυτό, είναι αδιανόητη στην Ελλάδα. Η σχέση εισφορών, εργαζομένων και εργοδότη στα επικουρικά ταμεία, κλίνει λίγο περισσότερο προς την ισορροπία, παρά προς την περίπτωση των ταμείων

²⁷ Σκουτέλης, Γ., *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*. Αθήνα, 1990. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, σελ. 102-105.

²⁸ Υφαντόπουλος, Γ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση του ΤΣΑΥ*, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. Αθήνα, 2001, σελ. 62.

κύριας ασφάλισης. Τελευταίο, το σύστημα των ταμείων είναι ήδη κλαδικό. Η κλαδική διαφοροποίηση υπάρχει, αρχίζοντας ακόμα και από το στάδιο της κύριας σύνταξης, ακόμα και μέσα στο ΙΚΑ. Και συχνά οι επικουρικές συντάξεις αλλά μεγεθύνουν τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στο σύστημα της κύριας σύνταξης. Οι επικουρικές συντάξεις έχουν τόσα κοινά με τις κύριες, ώστε δεν μπορούν να παίξουν κανένα διακριτό ρόλο στο σημερινό οικοδόμημα της κοινωνικής προστασίας. Αντίθετα, όπως είναι σήμερα έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην παθολογία του συστήματος.

Το διανεμητικό σύστημα βασίζεται για τη σταθερότητά του στο νόμο των μεγάλων αριθμών. Δηλαδή ένα γεγονός που είναι απρόβλεπτο και έχει καταστροφικές συνέπειες για το άτομο ή τον κλάδο είναι προβλέψιμο και μπορεί να αντιμετωπιστεί αν συγκεντρωθούν πολλοί ασφαλισμένοι μαζί. Για το λόγο αυτό η ασφάλιση είναι και υποχρεωτική. Η συμμετοχή ενός επί πλέον εργαζόμενου αποδίδει εξωτερικά οφέλη σε όλους τους υπόλοιπους, αφού μειώνει τον κίνδυνο για όλους.

Ανακεφαλαιώνοντας, διαπιστώνουμε ότι ο μηχανισμός αυτός συνίσταται σε απόσχιση από το γενικό σύστημα, εξαργύρωση της τύχης του κλάδου σε γενναιοδωρίες παροχών και μετά αναζήτηση της συνέχισης της γενναιοδωρίας, μέσω της εγγύησης που δίνει το γενικό σύστημα. Όταν πια η τύχη έχει τελειώσει, υπάρχει αδυναμία πληρωμών. Έτσι ο κλάδος αρνείται την αλληλεγγύη στους άλλους κλάδους, όταν έχει τη δυνατότητα να το κάνει και την επιζητεί για να χρηματοδοτήσει το αποτέλεσμα της άρνησης της αλληλεγγύης. Όταν τα επικουρικά ταμεία προσομοιάζουν με τα ταμεία κύριας ασφάλισης, προσφέρονται για μια παραλλαγή του μηχανισμού αυτού, που αποτελεί ίσως μια πρωτοτυπία του ελληνικού συστήματος. Πρέπει πολλοί να έχουμε αναρωτηθεί πώς είναι ένα σύστημα που λειτουργεί 50 χρόνια, πώς αυτό μπορεί να εξακολουθεί να ωριμάζει;

Η περιουσία των ασφαλισμένων διασπάται και δεν είναι διαθέσιμη να αντιμετωπίσει τα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζει ο κλάδος. Όταν σε ένα κλάδο αντιστοιχούν πολλά επίπεδα σύνταξης, το καθένα με διαφορετικό ταμείο, τότε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί η περιουσία για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα των εργαζομένων. Υπάρχει διπλασιασμός των εξόδων διοίκησης, απώλεια διοικητικών οικονομιών κλίμακας και υπάρχει και ένα πρόβλημα ενιαίας λειτουργίας και ενότητας στόχων, τη στιγμή που απαιτούνται δύο Διοικητικά Συμβούλια, τα οποία, όπως είναι σήμερα η κατάσταση, λειτουργούν το καθένα σαν να μην υπήρχε το άλλο. Από την άλλη πλευρά, με δεδομένο ότι δεν προσφέρουν καμιά υπηρεσία στον ασφαλισμένο, διαφορετική από την κύρια σύνταξη, δεν υπάρχει και όφελος από την ύπαρξη όλων αυτών των διαφορετικών επικουρικών ταμείων.

Να δούμε τώρα τα επικουρικά ως λύση. Η μετεξέλιξη των επικουρικών ταμείων σε ταμεία επικουρικής ασφάλισης, όσο και αν τα επικουρικά ταμεία σήμερα είναι τμήμα της συνολικής παθογένειας του συνολικού συστήματος. Θα ήταν άλλωστε περίεργο να έχεις ένα σύστημα που συνολικά νοσεί και ταυτόχρονα να έχεις υγιή τα τμήματα που το συγκροτούν. Ο ρόλος που θα μπορούσαν να παίξουν αυτά τα επικουρικά ταμεία, σε μια νέα αρχιτεκτονική, σ' αυτό το νέο καλούπι που είπαμε ότι αναζητούμε στην Ευρώπη, είναι σημαντικός. Κι αυτό για τέσσερις λόγους. Πρώτον, τα επικουρικά ταμεία είναι οργανισμοί αξιόπιστοι και καταξιωμένοι στη συνείδηση των εργαζομένων και των κλάδων που αντιπροσωπεύουν. Κι αυτό περισσότερο από τα ταμεία κύριας ασφάλισης. Η ιστορία τους πολλές φορές είναι μακρύτερη των ταμείων κύριας ασφάλισης. Ο διμερής χαρακτήρας που έχουν, εγγυάται τη συνεχιζόμενη, αυτόνομη πλέον, πορεία τους. Η αυτονομία αυτή των ταμείων, θα είναι απαραίτητη για να συνεκτιμηθεί και το ανταγωνιστικό περιβάλλον των αγορών, στις οποίες δραστηριοποιείται ο κλάδος. Ένα θέμα το οποίο είναι ζήτημα για τους δύο κοινωνικούς εταίρους και όχι για την κυβέρνηση. Δεύτερον, ο νέος ρόλος που θα κληθούν να παίξουν αυτά τα ταμεία, δηλαδή αυτός της συμπλήρωσης και της αποφυγής της ισοπέδωσης της ασφάλισης, αλλά χωρίς την επιβάρυνση τρίτων, είναι πολύ κοντά στις αρχικές επιδιώξεις των επικουρικών ταμείων. Αυτό που χρειάζεται επομένως, είναι ο καθορισμός ξεκάθαρων κανόνων καλής συμπεριφοράς στις σχέσεις της κύριας και της επικουρικής ασφάλισης, που θα επιτρέψει σ' αυτά τα επικουρικά ταμεία, να αναδείξουν στην πράξη τον αυτόνομο χαρακτήρα τους. Τρίτον, έχουμε ήδη παραδείγματα επικουρικών ταμείων, οι ασφαλισμένοι των οποίων, συμμετέχοντας πλήρως στη γενική αλληλεγγύη, συνεισφέροντας στο ΙΚΑ δηλαδή, χρηματοδοτούν αποκλίσεις των προτιμήσεών τους από το βασικό σύστημα και έτσι χρησιμοποιούν το επικουρικό για να χρηματοδοτήσει αποκλίσεις στις συνθήκες συνταξιοδότησης από την ασφάλιση της κύριας σύνταξης. Και τέταρτον, η εμπειρία πολλών ταμείων στη διαχείριση της περιουσίας τους και η τόνωση αυτής της εμπειρίας, θα διευκολύνει και τη χρηματοδότηση της ιδιαίτερα κρίσιμης μεταβατικής περιόδου. Δηλαδή της περιόδου που θα κρατήσει 15-20 χρόνια τουλάχιστον, στην οποία τα ταμεία από διανεμητικά και κρατικά, που είναι σήμερα, θα περάσουν σε μια συλλογική – όχι ιδιωτική- μορφή χρηματοδοτούμενη με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα. Τα επικουρικά ταμεία θα μπορούσαν να επιστρέψουν στην αρχική τους αποστολή. Και να διακριθούν σαφώς οι ρόλοι της κύριας και της συμπληρωματικής ασφάλισης και μ' αυτό τον τρόπο να δώσουμε μια απάντηση, χωρίς κλυδωνισμούς, στο δυσκολότερο ερώτημα μιας ασφαλιστικής μεταρρύθμισης. Δηλαδή, πώς χειριζόμαστε τη μεταβατική περίοδο από τη σημερινή κατάσταση, στην όποια νέα κατάσταση. Είναι αναγκαίο, τα επικουρικά ταμεία να παίξουν τον ρόλο της γέφυρας μεταξύ του παλαιού και του νέου. Οι οργανώσεις μπορούν

να ταξινομηθούν για το κέρδος²⁹ ή το μη κέρδος σύμφωνα με το νομικό καθεστώς τους. Η παρούσα νομοθεσία επιτρέπει στα ακόλουθα είδη ιδιωτικών φορέων για μπορούν να προσφέρουν την ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης:

3.3.4 ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Αυτές είναι οργανώσεις³⁰ με σκοπό το κέρδος-προσανατολισμένες στην ιδιοκτησία όπου η εργασία που παρέχεται διαφοροποιείται. Άλλες εταιρίες δεν εγκαθιστούν εκείνη την περιγραφή. Υπάρχουν, παραδείγματος χάριν, οργανώσεις που οργανώθηκαν από τις ενώσεις ειδικών ή από ειδικούς που εργάζονται στις πρακτικές ομάδες, οι οποίες έλαβαν αρχικά τη μορφή αστικών ενώσεων, αλλά το 1954 αναγκάστηκαν από το νόμο για να γίνουν εταιρίες περιορισμένης ευθύνης.

3.3.5 ΑΜΟΙΒΑΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΟΦΕΛΩΝ (MBSs)

Τα MBSs είναι μη κερδοσκοπικές³¹ οργανώσεις που παρέχουν όχι μόνο την υγειονομική περίθαλψη αλλά ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικών παροχών στα μέλη τους, τα οποία ανήκουν συνήθως σε μια δεδομένη επαγγελματική ομάδα. Τα MBSs έχουν μια από μακρού υφιστάμενη παράδοση στον τομέα της κοινωνικής ενίσχυσης που χρονολογείται από τις μεσαιωνικές συντεχνίες.

3.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο νέος θεσμός έρχεται να συμπληρώσει το κενό που υπήρχε μεταξύ της υποχρεωτικής κύριας και επικουρικής ασφάλισης και της ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ε.Ε. έχει αναπτυχθεί η επαγγελματική ασφάλιση³², που είναι προαιρετική και συμπληρώνει την υποχρεωτική (κύρια και επικουρική) ασφάλιση. Λέγεται επαγγελματική, διότι οργανώνεται με βάση την επαγγελματική ασφάλιση, διότι οι οργανισμοί επαγγελματικής ασφάλισης έχουν τη δυνατότητα να εκμεταλλευθούν την ενιαία αγορά και το ενιαίο νόμισμα στην Ε.Ε. και αναμένεται να μεγιστοποιηθούν οι αποδόσεις της περιουσίας τους με αποτέλεσμα την έπ'

²⁹ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ 120.

³⁰ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, 123.

³¹ Σκουτέλης, Γ., *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*, Αθήνα, 1990, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, σελ 88-90.

³² www.ggka.gr.

ωφελεία των ασφαλισμένων ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας. Οι βασικοί άξονες εισβολής των ιδιωτικών εταιριών στο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, ώστε να αποτελέσουν το λεγόμενο τρίτο πυλώνα . Η κυβέρνηση θα φροντίσει για τη θέσπιση κινήτρων φορολογικών και άλλων, ώστε η ιδιωτική ασφάλιση να γίνει πιο «ελκυστική» για τους εργαζόμενους. Η ιδιωτική ασφάλιση θα είναι τυπικά προαιρετική, επαγγελματική και πλήρως κεφαλαιοποιητική. Οι εργαζόμενοι θα εξαναγκαστούν ουσιαστικά μέσα σε ένα περιβάλλον χαμηλών κύριων συντάξεων και αδύναμων επικουρικών να στραφούν στη λεγόμενη επαγγελματική ασφάλιση. Οι κανόνες λειτουργίες των επαγγελματικών ταμείων που ήδη υπάρχουν και λειτουργούν στο εξωτερικό προβλέπουν ότι τα χρήματα των εργαζομένων «τα εγγυούνται» οι εργοδότες, οι οποίοι τα διαχειρίζονται σε συνεργασία με τράπεζες ή ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες!

Για λόγους ασφάλειας και παράδοσης στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης τα επαγγελματικά ταμεία δεν έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ελέγχονται από την Εθνική Αναλογιστική Αρχή και δημοσιεύουν τα βασικά οικονομικά τους στοιχεία. Κατ' αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η καλή λειτουργία των ταμείων και τα δικαιώματα των ασφαλισμένων. Πρέπει ακόμα να γίνει σαφές ότι η επαγγελματική ασφάλιση έρχεται να διευρύνει τα υφιστάμενα ασφαλιστικά δικαιώματα της κύριας και επικουρικής ασφάλισης και σε καμία περίπτωση να τα θέσει εν αμφίβολο ή να τα υποκαταστήσει. Η αδυναμία βελτίωσης των παροχών κύριας ασφάλισης εξαιτίας της κρίσης βιωσιμότητας κοινωνικών ασφαλίσεων οδήγησε τους εργαζομένους-στην αναζήτηση λύσεων μέσα από την ανάπτυξη επαγγελματικών Καθεστώτων συμπληρωματικής³³ ή επικουρικής ασφάλισης όπως οι παροχές γήρατος που χορηγούν τα ταμεία αρωγή η αλληλοβοήθειας που λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα τείνουν στη Δυτική Ευρώπη ν' αποτελέσουν για τους συνταξιούχους των μεσαίων υψηλών κατηγοριών πηγή εισοδήματος σημαντικότερη. Από την άλλη πλευρά οι μεγάλες επιχειρήσεις έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη διαμόρφωση προαιρετικών καθεστώτων επικουρικής ασφάλισης ασφαλίζοντας το προσωπικό τους σε ασφαλιστικές εταιρίες για παροχές υγείας και σε δικά τους ταμεία για παροχές γήρατος κ.λπ. Τέλος σε πολλές χώρες προβλέφθηκε ως εναλλακτική λύση η δημιουργία ειδικού κεφαλαίου ασφαλιστικής κάλυψης στα πλαίσια της ιδιωτικής αποταμίευσης. Στη Βρετανία με το νόμο (*SOCIAL*

³³ Complementary Health Schemes in the European Communities, EC Seminar, Bauaria, σελ. 203-206.

SECURITY ACT) του 1986 έπαψε να είναι υποχρεωτική η συμπληρωματική ασφάλιση γήρατος στο εθνικό σύστημα ασφαλίσεων.

Η δυνατότητα αποχώρησης από την κρατική συμπληρωματική ασφάλιση (*contracting out*) έδωσε μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη ταμείων των συντάξεων (*pension funds*). Σε αντίθεση με την Βρετανία, στις χώρες με παράδοση στην αλληλοβοήθεια, τα επιχειρησιακά και ιδιωτικά σχήματα ασφάλισης αποτελούν την τρίτη προαιρετική βαθμίδα ασφαλιστικής κάλυψης³⁴. Και στις χώρες όμως αυτές το μερίδιο ίδιο επιχειρησιακών και ιδιωτικών ασφαλιστικών³⁵ σχημάτων στη κοινωνική προστασία τείνει τα τελευταία χρόνια να αυξηθεί.

Πρόσφατα φαίνεται σταθερά ο συμπληρωματικός ρόλος τους στο δημόσιο³⁶ σύστημα και έχουν αρχίσει τις πολιτικές για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, όπως η οδοντική παροχή.

Παρά τη συνεχή διεύρυνση του κύκλου των προστατευόμενων προσώπων δεν εγκαταλείφθηκε από την Ελλάδα το επαγγελματικό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Σήμερα το 85% των μισθωτών ασφαρίζεται στο ΙΚΑ. Οι υπόλοιποι μισθωτοί καθώς και οι αυτοτελώς απασχολούμενοι ασφαίζονται στα λεγόμενα ειδικά ταμεία κύριας ασφάλισης, επικουρικής ασφάλισης, αρωγής και αλληλοβοήθεια. Από το 1961 (ν. 1469/61) ασφαίζονται στον ΟΓΑ για σύνταξη οι αγρότες, ενώ από το 1982 (ν. 1287/82) και οι αγρότισσες.

Σε σχέση τώρα με το ουσιαστικό πεδίο των κοινωνικών ασφαλίσεων οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν θεσπίσει συστήματα κύριας ασφάλισης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το βρετανικό σύστημα που ακολουθείται στην Ευρώπη με κάποιες αποκλίσεις στις Σκανδιναβικές χώρες, την Ελβετία και την Ολλανδία.

Στις περισσότερες χώρες που ακολουθούν το επαγγελματικό σύστημα ασφάλισης υπάρχουν αποκλίσεις από την αρχή ότι οι κοινωνικές ασφαλίσεις χρηματοδοτούνται από τους εργαζόμενους και εργοδότες.

³⁴ Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η., *Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη*, Σιδέρης, Αθήνα, 1992, σελ 67.

³⁵ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ 230-235.

³⁶ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ 33-40.

Επαγγελματικά συμπληρωματικά σχέδια υγείας

Οι περισσότερες αποφάσεις απασχόλησης³⁷ λαμβάνονται λόγω επιχειρησιακών αναγκών. Οι εργοδότες θεωρούν και την υγειονομική περίθαλψη και τα σχετικά εισοδηματικά οφέλη δευτερεύουσας σπουδαιότητας σε μια τέτοια απόφαση και μικρότερης σπουδαιότητας από τις περίθαλψη και τα σχετικά εισοδηματικά οφέλη δευτερεύουσας σπουδαιότητας σε μια τέτοια απόφαση και μικρότερης σπουδαιότητας από τις προσωπικές φορολογικές επιπτώσεις είτε οποιαδήποτε πιθανά προβλήματα είτε δηλώνουν είτε επαγγελματική συνταξιοδοτική παροχή. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι είτε η υγειονομική περίθαλψη είτε τα οφέλη ασθένειας ενεργούν ως σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας είτε στην απασχόληση ενός μη-υπηκόου είτε στην απόφαση να κινηθεί ένας υπάρχων υπάλληλος στο εξωτερικό. Εντούτοις, υπάρχει συναίνεση ότι οι διαφορές μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών συστημάτων ασφάλειας των κρατών μελών και επίσης στη συμπλήρωση εργοδοτών κάνουν την εργασία του προσωπικού και τις ωφέλειες περίπλοκα αδικαιολόγητο.

Εάν η δομή επιχείρησης και το σύστημα της οικονομικής υπευθυνότητας ενθαρρύνουν ή όχι ή αποθαρρύνουν την ανάπτυξη των εθνικών ή διεθνών τοποθετήσεων μπορεί επίσης να είναι σχετική. Όπου οι επιχειρησιακές μονάδες είναι διεθνείς υπάρχει μια προσδοκία μεταξύ του προσωπικού ότι η κίνηση έξω από την εγχώρια χώρα είναι συνηθισμένη και οι επακόλουθες δαπάνες τείνουν να θεωρηθούν ως αναπόφευκτα γενικά έξοδα της επιχείρησης όπου οι εθνικές μονάδες είναι ο κανόνας οι δαπάνες "υπερπόντιας" απασχόλησης σε άλλα εθνικά κράτη τείνει να είναι ρητότερη και μπορεί να οδηγήσει σε μια απροθυμία να γίνουν αποδεκτές οι εσωτερικές ή εξωτερικές κινήσεις σε εθνική βάση και σε μια απροθυμία εκ μέρους των υπαλλήλων να κινηθούν εκτός αν η συσκευασία οφελών παρέχει ένα αντιληπτό επίπεδο ασφάλειας ισοδύναμο με αυτό που απολαμβάνουν στο σπίτι. Οι οικονομικές πιέσεις ωθούν τις επιχειρήσεις ενεργά να εξετάσουν τα οφέλη που παρέχονται για εκείνους που υποστηρίζονται ή που μεταφέρονται έξω από την εγχώρια χώρα τους και αυτό είναι πιθανό να σημαίνει το προσωπικό δικαίωμα να δηλώσει η προσοχή ή το όφελος που ενεργά χρησιμοποιείται ως τμήμα της συσκευασίας οφελών. Αυτό απαιτεί μια υλική διαφορά στην προσέγγιση. Ενώ η κριτική μπορεί να είναι μερδεμένη, οι ιατρικές δαπάνες θεωρούνται ως περιοχή όπου οι περικοπές στα επίπεδα παροχής οφελών θα είναι δυνατές.

³⁷ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ. 118-120.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο βαθμό στον οποίο οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρύνονται για να αντικαταστήσουν ή να συμπληρώσουν τα οφέλη κρατικής υγειονομικής περίθαλψης.

Η συμπλήρωση μπορεί να απαιτηθεί λόγω των διαφορών στην πρόσβαση και στην ποιότητα, και να γίνει πραγματική και αντιληπτή, από το κρατικό σύστημα.

Ο τύπος μέτρων που λαμβάνεται μπορεί επίσης να ποικίλει με τη θέση του υπαλλήλου. Αυτό φαίνεται σαφώς στη Γαλλία όπου είναι κοινό για τους ανώτερους υπαλλήλους να τους παρασχεθεί συμπλήρωση σε επίπεδο που να τους επιτρέπει να έχουν την ιδιωτική ιατρική περίθαλψη ενώ ο χαμηλότερος που πληρώνεται επιστρέφεται για την ισορροπία του κόστους της κρατικής επεξεργασίας.

Ενώ η φύση της συμπληρωματικότητας μπορεί να επηρεαστεί από τη μορφή της κρατικής παροχής, οι εργοδότες δεν την θεωρούν απαραίτητως ως ρόλο τους για να παρέχουν τη συμπλήρωση να καλύψουν τα κενά στην κρατική παροχή για όλους τους υπαλλήλους τους. Στις Κάτω Χώρες, εντούτοις, η κρατική παροχή είναι λιγότερο περιεκτική για τους υψηλότερους εργαζομένους και ταιριάζει έτσι με το συνηθισμένο σχέδιο της συμπλήρωσης για τους ανώτερους υπαλλήλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

4.1 "Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΕΦΑΛΑΙΑΓΟΡΑ"

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 85% βασίζεται σε συστήματα «pay-as-you-go» και το υπόλοιπο 10%-15% χορηγείται από συστήματα κεφαλοποίησης. Τα συστήματα, σε όλες σχεδόν τις χώρες, είναι επιχορηγούμενα και συγχρόνως θα πρέπει να έχουμε καλύτερο βηματισμό, σε ό,τι έχει σχέση με την ενσωμάτωση και την ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα συστήματα «pay-as-you-go» είναι πραγματικά τα καλύτερα που μπορούμε να έχουμε. Υπάρχει όμως μόνο μια χώρα, μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση που θα μπορούσε να της ταιριάζει το σύστημα αυτό και αυτή είναι η Ιρλανδία.

Κάθε φορά που κάποια κυβέρνηση θέλει να αλλάξει τα συστήματα αυτά, υπάρχει μια πολύ μεγάλη αντίδραση από τη μεριά των συνδικάτων και έτσι τέτοιες προσπάθειες πέφτουν στο κενό. Γιατί πτώχευσαν τα συστήματα τα ιδιαίτερα περιοριστικά; Διότι ακριβώς οι περιορισμοί αυτοί τους έκαναν να χάνουν ευκαιρίες ανάπτυξης.

Το κατά πόσο δηλαδή είναι υποχρεωτικά και κατά πόσον είναι εθελοντικά ή αποτέλεσμα συλλογικών, διμερών διαπραγματεύσεων και συμβάσεων τα συστήματα ασφάλισης όπου η συμμετοχή είναι στο 40%-50% των εργαζομένων δεν είναι πολύ καλά. Αυτό στην περίπτωση της δεύτερης στήλης, που τα συστήματα είναι εθελοντικής συμμετοχής. Θα πρέπει να πούμε ότι σ' αυτό το δεύτερο πυλώνα, με την εθελοντική συμμετοχή, όταν η συμμετοχή είναι τόσο μικρή, δεν υπάρχει χώρος για να κινηθεί κανείς ουσιαστικά. Σε ένα συνολικό και ενιαίο μελλοντικά σύστημα, το σύνολο της Ευρώπης θα είναι μια εγχώρια αγορά και ελπίζω ότι αυτό θα συμβαίνει περιλαμβάνοντας και την Ελλάδα. Αυτό σημαίνει ότι θα μπορέσουμε να κινηθούμε με τρόπους, ώστε να έχουμε την καλύτερη απόδοση επί των επενδυμένων κεφαλαίων. Και όσο καλύτερα επενδύουμε, τόσο καλύτερη απόδοση θα έχουμε και αυτό σημαίνει ότι θα έχουμε λιγότερο ύψος εισφορών. Θα φτάσουμε δηλαδή σε μια κατάσταση όπου μόνο το 20% των συντάξεων θα προέρχεται από εισφορές, ενώ το 80% θα προέρχεται από την απόδοση των κεφαλαίων που θα επενδύονται. Αυτό σημαίνει ότι θα μπορέσουμε να έχουμε ουσιαστικά αποτελέσματα.

Οι παροχές λοιπόν, θα μπορούν να προέρχονται από κεφάλαια επενδυμένα σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου και επί του θέματος της φορολόγησης, θα μπορεί να φορολογείται ο δικαιούχος τη στιγμή των παροχών, οπότε αυτό θα λύσει, επί της ουσίας, τα προβλήματα.

Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου έχουμε πραγματικά πολύ κακή αποδοτικότητα. Ο δεύτερος πυλώνας ανά χώρα είναι σημαντικός. Βεβαίως αυτό είναι σχετικό για κάθε χώρα, διότι οι επικουρικές συντάξεις για κάθε χώρα δεν είναι οι ίδιες. Υπάρχουν διάφορες αποφάσεις που έχουν ληφθεί όπως π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο που έχει ληφθεί η απόφαση να μειωθούν οι βασικές συντάξεις του πρώτου πυλώνα και ως εκ τούτου ο δεύτερος πυλώνας έγινε σιγά-σιγά πιο ενδιαφέρον και πιο ουσιαστικός.

Έτσι λοιπόν, βλέπουμε το 51,2% στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ στην Ολλανδία το ποσοστό αυτό είναι το 33,9%. Προφανώς όταν λαμβάνονται κάποιες αποφάσεις που μειώνουν τη σημασία της βασικής σύνταξης, αυξάνεται η σημασία της επικουρικής. Ουσιαστικά το σουηδικό μοντέλο αναφέρεται σε μια δυνατότητα που έχει ο κάθε εργαζόμενος, το κάθε άτομο, να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θέλει να ασφαλιστεί και τον τρόπο με τον οποίο θα επενδύσει αυτά τα χρήματα των εισφορών της ασφάλισης.

Τώρα σε ότι έχει σχέση με την κεφαλαιαγορά, χρειάζεται να υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ κεφαλαιοποιητικών συστημάτων και συνταξιοδοτικών συστημάτων. Ο δεύτερος πυλώνας στις χώρες αυτές είναι πάρα πολύ μεγάλος, έχει πολύ μεγάλα κεφάλαια στα χέρια του, στη Σουηδία φτάνει τα 3 δις δολάρια, μιλάμε για μεγάλα κεφάλαια και μεγάλα κέρδη. Σε όλων των ειδών τις βιομηχανίες, τέτοιου είδους επενδύσεις μπορεί να είναι πραγματικά αποδοτικές. Στην Ολλανδία έχουμε σημαντικά οφέλη και αύξηση των παροχών με πολύ μικρές εισφορές, πράγμα που διαφοροποιεί τη χώρα σε διεθνές επίπεδο. Δεν είναι επίσης συμπτωματικό το γεγονός ότι αυτές είναι χώρες που λειτουργούν αποτελεσματικά σε επίπεδο γενικότερης οικονομίας και που αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα ανεργίας απ' ότι άλλες. Η Ολλανδία έχει το μισό ποσοστό ανεργίας, από οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρώπης Στην Ισλανδία όπου οι επενδύσεις των συνταξιοδοτικών ταμείων γίνονται με πολύ αποτελεσματικό τρόπο και χωρίς περιορισμούς. Το ίδιο συμβαίνει και με τα ταμεία αλληλοβοήθειας, ακόμα και με ταμεία που έχουν πολύ μικρό επενδυτικό ορίζοντα. Τα κράτη-μέλη δεν έχουν τη θέληση να δεχθούν τις αλλαγές. Δεν θέλουν επί της ουσίας τις αλλαγές, εκτός από κάποια κράτη που έχουν μπροστά τους πολύ σοβαρά προβλήματα. Όμως με τη νομισματική ενοποίηση θα αναγκαστούν να προχωρήσουν σε ένα είδος αλλαγών και ότι η Πράσινη Βίβλος για τα συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης ασθένειας, πυροδοτεί κάποιες αλλαγές, οι οποίες δεν θα χρειαστεί να περιμένουν για πολύ ακόμα..

4.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη έχει τις ρίζες της όπως ήδη έχει αναφερθεί, στις αρχές του 19ου αιώνα. Όμως η γενίκευση της κοινωνικής ασφάλισης πραγματοποιείται σε Γερμανία το 1383 μέχρι το 1889, στην Αυστρία το 1888, στην Δανία το 1891 μέχρι το 1892, στο Βέλγιο το 1894, στο Λουξεμβούργο το 1901 και στην Γαλλία το 1930. Το σύστημα της κοινωνικής που επικρατούσε την εποχή εκείνη, παρείχε την ασφαλιστική κάλυψη για ασθένεια και γήρας στους μισθωτούς οι οποίοι είχαν πολύ χαμηλά εισοδήματα (εισοδήματα κάτω ενός ορίου). Όσοι μισθωτοί ξεπερνούσαν προς τα πάνω το επίπεδο αυτό, δεν κρύπτονταν από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Την περίοδο 5-5-1989, στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη επεκτάθηκε η κοινωνική ασφάλιση σε όλο ή σχεδόν σε όλο τον πληθυσμό. Μόνο στην Γερμανία και την Ιρλανδία εισόδημα ξεπερνάει ένα συγκεκριμένο επίπεδο

Η ασφάλιση στην Γερμανία αφορά τη δομή των συστημάτων κοινωνική ασφάλισης, όπου διακρίνουμε δύο διαφορετικούς τύπους: το καθεστώς της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης και το καθεστώς των υποχρεωτικών κοινωνικών υποστηρίξεων. Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει όλο τον πληθυσμό. Οι παροχές υγείας καλύπτουν όλους τους πολίτες χωρίς καταβολή συνεισφοράς. Το ύψος των συντάξεων και των επιδομάτων ανεργίας δεν εξαρτώνται από τον προηγούμενο μισθό. Αυτό το πρότυπο κοινωνικής αποκλείει από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης άτομα υπολογίζεται γύρω στο 8%. Σ' ό,τι οποιών ασφάλισης συναντάται κυρίως στη Μ.Βρετανία και τη Δανία.

Ποσοστό των ατόμων που αποκλείονται από την κοινωνική ασφάλιση στην Γερμανία υπολογίζεται γύρω στο 8%. Σ' ό,τι αφορά τη δομή των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, διακρίνουμε δύο διαφορετικούς τύπους: το καθεστώς της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης και το καθεστώς των υποχρεωτικών κοινωνικών υποστηρίξεων. Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει όλο τον πληθυσμό. Οι παροχές υγείας καλύπτουν όλους τους πολίτες χωρίς καταβολή συνεισφοράς. Το ύψος των συντάξεων και των επιδομάτων ανεργίας δεν εξαρτώνται από τον προηγούμενο μισθό. Αυτό το πρότυπο κοινωνικής αποκλείονται από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης άτομα των οποιών ασφάλισης συναντάται κυρίως στη Μ.Βρετανία και τη Δανία.

Παραλλαγές αυτού του προτύπου συναντώνται στην Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία. Το σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής υποστήριξης αναφέρεται μόνο σε άτομα

τα οποία είναι μέλη μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής κατηγορίας. Έτσι, καλύπτονται μόνο τα άτομα τα οποία έχουν καταβάλει τις εισφορές τους σε ένα συγκεκριμένο ταμείο. Το πρότυπο αυτό της κοινωνικής ασφάλισης συναντάται στην Γαλλία, την Γερμανία και το Βέλγιο. Το καθεστώς αυτό της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι καθολικό και δεν καλύπτει όλο τον πληθυσμό (1% έως 5% είναι ανασφάλιστοι ανάλογα με την χώρα. Το ύψος των παροχών δεν είναι ομοιόμορφο, αλλά εξαρτάται από την διάρκεια και το ύψος των εισφορών καθώς και από το ύψος του μισθού. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ο α, υπάρχει και η περίπτωση των Κάτω Χωρών, όπου ενώ είναι υποχρεωτική η ασφάλιση, ο πολίτης μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε ιδιωτική κερδοσκοπική ασφαλιστική κάλυψη ή κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη.

Τέλος, μία σειρά συμπληρωματικών επιδομάτων και βοήθημα-των συμπληρώνουν τα δύο συστήματα κοινωνικής ασφάλισης το ύψος αυτών, ανέρχεται από το 10% μέχρι το 40% των δαπανών για υγεία και σύνταξη.

Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης χωρίζονται σε τέσσερις ομάδες κρατών ανάλογα με την φύση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας:

- ✓ *Στις χώρες όπου η αρχή ασφάλισης κυριαρχεί και οι παροχές είναι στενά συνδεδεμένες με τις καταβαλλόμενες εισφορές*
- ✓ *Στις χώρες όπου η αρχή της ασφάλισης είναι λιγότερο σημαντική και οι παροχές είναι συνδεδεμένες με τις ανάγκες και χρηματοδοτούνται μέσα από την γενική φορολογία,*
- ✓ *Στις χώρες των οποίων το σύστημα κοινωνικής προστασίας βρίσκεται σε μία ενδιάμεση θέση σε σχέση με τα δύο προηγούμενα*
- ✓ *Στις χώρες όπου το σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι ακόμα υπό ανάπτυξη.*

Στην πρώτη ομάδα των χωρών ανήκουν η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο, Στην δεύτερη ομάδα των χωρών ανήκουν η Μ. Βρετανία, η Δανία και η Ιρλανδία. Στην τρίτη ομάδα ανήκουν οι Κάτω Χώρες και η Ιταλία. Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα.

Στη Γερμανία, το σύστημα κοινωνικής προστασίας στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης για όλα τα άτομα που έχουν απασχόληση και κερδίζουν περίπου περισσότερο από 250 Ecu τον μήνα. Επιπλέον, το σύστημα κοινωνικής προστασίας εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο παροχών σ' όλα τα άτομα τα οποία έχουν ανάγκη.

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στη Γαλλία αποτελείται από τέσσερα κύρια συστήματα (για μισθωτούς του τομέα της βιομηχανίας, για αγρότες και εργάτες γης, για

συγκεκριμένες κατηγορίες μισθωτών όπως στρατιωτικοί και τους μη μισθωτούς) και αρκετά συστήματα επικουρικής-συμπληρωματικής ασφάλισης.

Επίσης το σύστημα κοινωνικής προστασίας του Βελγίου, αποτελείται από τέσσερα συστήματα που αναφέρονται στους εργαζόμενους του Δημόσιου Τομέα, στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και σ' όλα τα άτομα τα οποία δεν αποτελούν τον ενεργό πληθυσμό και έχουν ανάγκη βοήθειας.

Πίνακας 3: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Χώρες	1960	1970	1980	1990
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	4	5.5	8.5	7.3
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙ Α	4.7	7.2	5.9	6.3
ΔΑΝΙΑ	3.6	6.1	6.8	6.3
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	3.9	4.5	5.8	5.8
ΕΛΛΑΔΑ	3.9	6.0	8.2	8.3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4.7	4.0	4.3	5.1
ΙΣΠΑΝΙΑ	2.3	5.5	7.9	8.2
ΒΕΛΓΙΟ	3.4	4.1	5.9	6.3
ΓΑΛΛΙΑ	4.2	4.0	6.6	7.2

Πηγή: www.ekke.gr

Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία στις χώρες της Ε.Ε. (1989) κυμαίνεται από 5.1% του ΑΕΠ (Ελλάδα) μέχρι 8.7 του ΑΕΠ (Γαλλία). Η Ελλάδα παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό δημοσίων δαπανών για την υγεία σε σχέση³⁸ με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όχι μόνο το 1989, αλλά και όλα τα προηγούμενα έτη. Ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών ασφάλισης υγείας και η αποδοτικότητα των δαπανών υγείας διαφέρει επίσης ανάλογα με την χώρα. Διακρίνονται τρεις κύριοι τρόποι χρηματοδότησης. Ο πρώτος στηρίζεται εξ ολοκλήρου στην φορολογία. Ο τρόπος αυτός εφαρμόζεται στην Δανία, την Μ. Βρετανία και την Ιρλανδία. Ο δεύτερος τρόπος στηρίζεται κυρίως στις εισφορές. Εφαρμόζεται στην Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Ελλάδα και την Γερμανία. Ο τρίτος που στηρίζεται στις εισφορές και την φορολογία εφαρμόζεται στο Βέλγιο και την Ισπανία.

³⁸ Ρομπόλης, Σ και Χλέτσος, Μ., *Η Κοινωνική Πολιτική μετά τη Κρίση του Κράτους Πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1995, σελ. 33-36.

Η διαφορά ανάμεσα στην χρηματοδότηση από εισφορές σημαντική. Στην πρώτη περίπτωση οι μισθωτοί με χαμηλό εισόδημα συμμετέχουν πολύ λιγότερο από όλους τους άλλους. Στη δεύτερη περίπτωση η συμμετοχή του καθένα είναι ένα συγκεκριμένο ποσοστό επί του εισοδήματος. Σ' ό,τι αφορά την χρηματοδότηση από τις εισφορές πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή μπορεί να είναι διμερής (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και συμμετοχή του κράτους).

Στην περίπτωση της Ελλάδας το ουσιαστικό πρόβλημα στη σφαίρα των δαπανών υγείας και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι η πραγματική μείωση των δαπανών υγείας ή η επιδείνωση των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων, αλλά η διαμόρφωση μιας υγειονομικής πολιτικής, που εκτός των άλλων, θα εντατικοποιεί με συγκεκριμένα μέτρα τον ορθολογισμό των δαπανών υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας, στη σφαίρα της ζήτησης και της προσφοράς υγειονομικών υπηρεσιών³⁹.

Στην δεύτερη περίπτωση ανήκουν χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία, Πορτογαλία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία κ.α. Ο τρόπος υπολογισμού της αναλογικής σύνταξης παρουσιάζει διαφορές από χώρα σε χώρα. Το ποσοστό ετήσιας σύνταξης είναι διαφορετικό (1,5% για 4-0 έτη εργασίας στη Γερμανία, 2% για 40 έτη εργασίας στην Ιταλία, 2.2% στην Πορτογαλία κ.α).

³⁹ Ρομπόλης, Σ και Χλέτσος, Μ., *Η Κοινωνική Πολιτική.....*, ο.π., σελ.45.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

5.1. ΣΟΥΗΔΙΑ

5.1.1. ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η Σουηδία, μία χώρα με έκταση 3,4 φορές μεγαλύτερη από την Ελλάδα, απολαμβάνει έναν από τους υψηλότερους δείκτες βιοτικού επιπέδου παγκοσμίως και ταυτόχρονα ένα άρτιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που θεωρείται από τα πλέον ανεπτυγμένα στον κόσμο. Η Σουηδία εντάχθηκε στην Ε.Ε. το 1995. Κατά τη δεκαετία του '90 η Σουηδία βρέθηκε αντιμέτωπη με την οικονομική ύφεση, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης άρχισε να καθίσταται παθητικό με αποτέλεσμα, το κόστος πρόνοιας, να δημιουργήσει μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα το 1993.

Οι παροχές σε χρήμα⁴⁰ αφορούν τα επιδόματα ασθενείας. Ταύτα χορηγούνται αναλόγως του ύψους των αποδοχών των εργαζομένων. Τα επιδόματα μειώνονται έσο αυξάνει ή κλάση των αποδοχών του ασφαλισμένου σε αυτή την περίπτωση ασθένειας, το επίδομα καταβάλλεται επί δύο, κατ' ανώτατο όριο, έτη, για τους συνταξιούχους λόγω γήρατος, τούτο καταβάλλεται μόνον επί τρεις μήνες. Επίσης τα επιδόματα μειώνονται στις περιπτώσεις νοσηλείας στο Νοσοκομείο. Αντιθέτως προσαυξάνονται επί οικογενειακών βαρών. Ιδική μέριμνα λαμβάνεται για τις επιδοτήσεις γεωργών, εμπόρων, νοικοκυρών, φοιτητών κλπ., στους οποίους παρέχεται ή ευχέρεια προαιρετικής ασφαλίσεως και χορηγούνται διάφορα επιδόματα ασθενείας. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι παρά την έντονη συζήτηση σχετικά με την ιδιωτικοποίηση⁴¹ στη Σουηδία, δεν φαίνεται πολύ να συμβαίνει όσον αφορά το ρόλο των ιδιωτικών συνεργατών στην κοινωνική ασφάλεια. Ένα συμπέρασμα αυτής της επισκόπησης των ιδιωτικών συνεργατών στη σουηδική κοινωνική ασφάλεια φαίνεται να είναι ότι η παρουσία τους μπορεί να εξηγηθεί από τους ιστορικούς λόγους. Οι ιδιωτικοί συνεργάτες είναι όλο και περισσότερο ενεργοί στη σουηδική κοινωνική προστασία καθώς επίσης και στην κοινωνική ασφάλεια, αλλά οι τεχνικές που

⁴⁰ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικαί Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972, σελ. 33.

⁴¹ Καβουρά, Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 2001, σελ. 114.

χρησιμοποιούνται για να τους εισαγάγουν σήμερα δεν κάνουν για τις ρυθμίσεις τους στο νομικό κοινωνικό νόμο.

5.1.2. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η Σουηδία έχει μια μακρά ιστορία στην Κοινωνική Ασφάλιση. Η πρώτη κοινωνικοασφαλιστική νομοθεσία το 1890 κάλυπτε μια προαιρετική ασφάλιση ασθένειας. Το 1914 εισήχθη η εθνική σύνταξη γήρατος. Σε όλο τον 20^ο αιώνα αναπτύχθηκε ένα υποδειγματικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που κάλυπτε τους «κοινωνικούς κινδύνους»

ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Το *National insurance board (RFW)*⁴² παρέχει όλα τα είδη των συντάξεων, παροχές πρόνοιας και ασθένειας και καλύπτεται όλος ο πληθυσμός. Όλοι όσοι κατοικούν στη Σουηδία καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο υποστηρίζει τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που είναι ευθύνη του κράτους. Την ευθύνη για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, για τους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς έχουν τα 23 νομαρχιακά συμβούλια και 3 μεγάλοι δήμοι.

Την ευθύνη για υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας *ηχούν* κυρίως οι δήμοι. απουσίας. Ο ασθενής επιβαρύνεται με αμοιβή για ιατρικές επισκέψεις και οποιαδήποτε συνταγογραφημένα φάρμακα. Για άτομα που καταβάλλουν σημαντικές δαπάνες για ιατρική θεραπεία και φάρμακα, υπάρχει εντούτοις, ένα ανώτατο όριο 2200 ΣΚ κατ' έτος, μετά το οποίο η επιπλέον θεραπεία και τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν. Στη συνέχεια τα νομαρχιακά συμβούλια μαζί με το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας καταβάλλουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης και αμοιβών εργαστηριακών εξετάσεων. Ένα μεγάλο μέρος των αμοιβών των ιδιωτικών γιατρών καλύπτονται από αυτή την ασφάλιση. Για οδοντιατρική περίθαλψη, οι ενήλικες ασθενείς καταβάλλουν το σύνολο των δαπανών μέχρι του ποσού των 700ΣΚ. Πάνω από το ποσό αυτό, η ασφάλιση υγείας συμμετέχει στις δαπάνες, με ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 25% και μέχρι 70%.

Οι γονείς επίσης λαμβάνουν επίδομα τέκνου απαλλαγμένο από φόρους, ισόποσο για καθένα εξ αυτών, μέχρι την ηλικία των 16. Τα παιδιά που και μετά την ηλικία αυτή σπουδάζουν

⁴² Vansteenkiste, S., Dcvetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*. ASSC, Belgium, 2001, σελ 96.

δικαιούνται επίδομα σπουδών. Στο επίπεδο των πανεπιστημιακών σπουδών τα επιδόματα αυτά συνίστανται κυρίως σε δάνεια.

Ένα Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων καταβάλλει όλα τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τα συνδεόμενα με την εργασία ατυχήματα.

ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η κύρια πηγή εισοδηματικής αποζημίωσης σε περίπτωση ασθένειας είναι το δημόσιο και καθολικό ασφαλιστικό σχέδιο ασθένειας που ρυθμίζεται στον εθνικό νόμο κοινωνικής ασφάλειας. Εάν τα κριτήρια ικανοποιούνται το άτομο θα λάβει είτε τα οφέλη μετρητών ασθένειας είτε, για εκείνους που συμμετέχουν στην αποκατάσταση, τα οφέλη μετρητών αποκατάστασης. Το επίπεδο αποζημιώσεων για αυτά τα δύο σχέδια είναι το ίδιο. Οι γονείς έχουν το δικαίωμα σε ένα γονικό όφελος μετρητών. Αυτό το σχέδιο είναι επίσης καθολικό και ρυθμισμένο στον εθνικό νόμο κοινωνικής ασφάλειας. Οι γονείς μπορούν να αποφασίσουν μεταξύ τους όταν κάθε ένας αυτών θα είναι σε άδεια, αν και ένας μήνας υπολογίζεται για κάθε ένα γονέα.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η ασφάλεια υγείας περιλαμβάνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ο νόμος υγείας και ιατρικής φροντίδας καθορίζει την υγεία και την ιατρική φροντίδα ως "μέτρα για να αποτραπεί ιατρικά, να εντοπίσουν και να αντιμετωπιστεί η ασθένεια και οι τραυματισμοί". Σαν έννοια, η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει επίσης τα μέτρα της πρόληψης αλλά και της άμβλωσης ασθένειας, του τοκετού και της αποστείρωσης. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι πρώτιστα δημόσιο και μιας καθολικής έννοιας χαρακτήρα ότι όλοι οι πολίτες είναι υποχρεωτικοί ασφαλισμένοι.

5.1.3. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Υπάρχει κάτι αόριστο για (τη σουηδική) κοινωνική ασφάλεια. Τα ασφαλιστικά σχέδια γεννημένα στους διαφορετικούς χρόνους στην ιστορία έχουν ρυθμιστεί και έχουν αναδιαρρυθμιστεί. Επηρεασμένο με τη μετατόπιση των οραμάτων, τάσεις και κρίσεις, το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα του κανονισμού κοινωνικής ασφάλειας είναι ο μεταβαλλόμενος χαρακτήρας του. Ως τμήμα της κοινωνικής προστασίας, και συζητημένος

ως σφραγίδα των κοινωνικών φιλοδοξιών της σουηδικής κοινωνίας, μερικές λειτουργίες της κοινωνικής ασφάλειας φαίνονται να παραμένουν άθικτες εν τούτοις. Το καθολικό πεδίο εκφράζει μια από αυτά τις βασικές λειτουργίες και, αν και μια αρχή που είναι προφανέστερη στις παροχές όπως η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση, σουηδικά σχέδια κοινωνικής ασφάλειας είναι, γενικά, περιεκτική και συμπεριλαμβάνουσα. Η γραμμή εργασίας - είναι μια άλλη λειτουργική βάση: αρκετά από τα ασφαλιστικά σχέδια είναι διαθέσιμα, όχι πρώτιστα ως πηγές εισοδήματος, αλλά όπως (τουλάχιστον ιδανικά) προσωρινά όργανα αναπροσαρμογής.

Υπάρχει μια τάση στη σουηδική κοινωνική ασφάλεια που έχει επιζήσει της δεκαετίας του '90. Το 1992/1993, η κυβέρνηση προώθησε έντονα την ιδέα ότι τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά όργανα που δίνουν ανοικτά την εισοδηματική προστασία σε περίπτωση ασθένειας, (δηλ. όφελος μετρητών ασθένειας, όφελος μετρητών αποκατάστασης, επαγγελματικά μετρητά οφέλη τραυματισμών και σύνταξη ανικανότητας), πρέπει να μετατοπίσουν τη βάση τους από την εθνική (δημόσια) ασφάλεια στα συμβαλλόμενα μέρη της αγοράς εργασίας.

Ένα άλλο παράδειγμα που μπόρεσε να ερμηνευθεί ως πίο μεγαλύτερη ασφάλεια- η κοινωνική ασφάλεια είναι η δομή του νέου συνταξιοδοτικού συστήματος. Σήμερα, οι άνθρωποι με χαμηλό ή κανένα εισόδημα⁴³ πρέπει να στηριχθούν στη σύνταξη εγγύησης, που πληρώνεται μόνο σε εκείνους που δεν θα μπορούσαν να συμβάλουν αρκετά ώστε να κερδίσουν μια ικανοποιητική σύνταξη.

5.2. ΦΙΛΑΝΔΙΑ

Το Φινλανδικό συνταξιοδοτικό σύστημα βασικό στόχο έχει να εξασφαλίσει για ολόκληρο τον πληθυσμό του την κάλυψη από τους κινδύνους *γήρατος, αναπηρίας και θανάτου* που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από την απασχόληση.

Η δομή του συστήματος αποτελείται από τρεις πυλώνες.

Ο πρώτος πυλώνας περιλαμβάνει τα εκ του νόμου συνταξιοδοτικά συστήματα, το *Εθνικό συνταξιοδοτικό καθεστώς* και το *συνταξιοδοτικό καθεστώς απασχόλησης*. Η μεγάλη πλειοψηφία των κατοίκων υπάγεται σ' αυτά.

⁴³ Κοντιάδης, Ξ., *Όψεις Αναδιάρθρωσης, του Κράτους Πρόνοιας στην Ευρώπη*, Σακουλλά, Αθήνα, 1997, σελ.55.

Ο δεύτερος πυλώνας περιέχει τις **προαιρετικές**⁴⁴ συμπληρωματικές συντάξεις. Είναι ένα μικρό μέρος του συστήματος και αφορά συμφωνίες μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων.

Το 20 % των εργαζομένων καλύπτεται από αυτή την κατηγορία και οι εισφορές πληρώνονται από τους εργοδότες.

Στον τρίτο πυλώνα (ιδιωτική ασφάλιση) ανήκει μόνο το 12% αλλά η τάση είναι διαρκώς αυξητική.

5.2.1. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η βασική ευθύνη για τις υγειονομικές υπηρεσίες εναπόκειται στους δήμους.

Οι Δήμοι επίσης παρέχουν στους κατοίκους τους φροντίδα ηλικιωμένων, παιδικούς σταθμούς και φροντίδα αναπήρων.

Όλοι οι κάτοικοι των δήμων έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συμπληρώνονται από την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη.

Οι ασφαλισμένοι που απευθύνονται σε ιδιώτη γιατρό δικαιούνται από το Ταμείο τους αποζημίωση για την αμοιβή του γιατρού, την εξέταση και τη θεραπεία.

Επίσης υπάρχει συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς φαρμάκων. Αρμόδιος οργανισμός για παροχές ασθένειας είναι ο Kela.

Η ασφάλιση ασθένειας⁴⁵ καλύπτει επίσης την ασθένεια, τη μητρότητα, την πατρότητα και τα επιδόματα των παιδιών.

Όσοι δεν εργάζονται καλύπτονται για ασθένεια και επιδόματα π.χ. γυναίκες που φροντίζουν παιδιά.

Το επίδομα ασθένειας ανέρχεται στο 70% του εισοδήματος.

5.2.2. ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Όλοι οι απασχολούμενοι και οι αγρότες είναι ασφαλισμένοι υποχρεωτικά.

Η ασφάλιση για εργατικό ατύχημα καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

⁴⁴ www.ggka.gr/asfalisi

⁴⁵ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.*Private partners in social insuranse*,ASSC.Belgium.2001,σελ 169.

5.2.3. ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Σε κάθε μητέρα καταβάλλεται ένα εφάπαξ ποσό για κάθε γέννηση.

Αντί γι'αυτό μπορεί να επιλέξει ένα πακέτο παροχών που ισούται με το εφάπαξ ποσό π.χ. 100 €.

5.2.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ (2^{ος} ΠΥΛΩΝΑΣ)

Πυλώνας ασφάλισης καλύπτεται από τα συμπληρωματικά – προαιρετικά καθεστάτα συνταξιοδότησης. Ασφαλιζόμενα είναι άτομα κατά κανόνα μεγάλης ηλικίας, που δεν έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις (όριο ηλικίας, χρονοασφάλισης), που θεσπίζονται από το ισχύον υποχρεωτικό νομικό καθεστώς.

Οι εισφορές βαρύνουν εξ ολοκλήρου τον εργοδότη και σε ελάχιστες περιπτώσεις κατά ένα μικρό ποσοστό και τον εργαζόμενο.

Τα συμπληρωματικά-προαιρετικά καθεστάτα συνταξιοδότησης, καλύπτουν περίπου το 20% των εργαζομένων.

5.2.5 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μια σημαντική συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση πραγματοποιήθηκε στο διάστημα 1993-1996. Η μεταρρύθμιση είχε γενικό σκοπό:

- να διευκρινίσει το ρόλο της Εθνικής σύνταξης σε σχέση με την σύνταξη απασχόλησης,
- να περιορίσει τις δαπάνες μελλοντικά και να διατηρήσει τις εισφορές σε λογικά επίπεδα,
- να αυξήσει τα κίνητρα παραμονής στην απασχόληση,
- να προβεί στην αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης με στόχο την αποδοτικότερη επένδυση των αποθεματικών κεφαλαίων των Συνταξιοδοτικών Φορέων, λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα της νέας χρηματαγοράς (επένδυση σε μετοχές κ.λ.π).

Ειδικότερα:

Το καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων εναρμονίσθηκε σταδιακά με αυτό του Ιδιωτικού Τομέα, με τη μείωση των συνταξιοδοτικών παροχών και την αύξηση των ορίων ηλικίας.

5.3. ΔΑΝΙΑ

Οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης στη Δανία περιλαμβάνουν τις εξής:

5.3.1. ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

— ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλα τα άτομα που διαμένουν⁴⁶ στη Δανία ή εργάζονται σε δανικά πλοία έχουν δικαίωμα σε παροχές υγείας σε είδος. Οι παροχές αυτές χορηγούνται από την Υπηρεσία Υγείας.

— ΧΡΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όλα τα άτομα που λαμβάνουν εισόδημα από εργασία, υποκατάστατα εισοδήματος όπως παροχές ανεργίας ή άλλα έσοδα που προέρχονται κυρίως από την εργασία έχουν δικαίωμα σε χρηματική παροχή. Κατά κανόνα, για τη θεμελίωση του δικαιώματος αυτού τίθεται η προϋπόθεση να είναι τα έσοδα αυτά φορολογητέα στη Δανία.

Προϋποθέσεις

Οι χρηματικές παροχές ασθένειας καταβάλλονται ως αντιστάθμισμα στην απώλεια εισοδημάτων σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία λόγω ασθένειας ή τραυματισμού (συμπεριλαμβανομένων των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών).

Δυνάμει του εθελοντικού καθεστώτος, οι αυτοαπασχολούμενοι μπορούν να καταβάλλουν πρόσθετες εισφορές ασφάλισης προκειμένου να λαμβάνουν χρηματικές παροχές ασθένειας και κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων εβδομάδων ασθένειας.

Δυνάμει του καθεστώτος εθελοντικής χρηματικής παροχής για αυτοαπασχολούμενους, οι αιτούντες έχουν δικαίωμα στα δύο τρίτα του ανώτατου ύψους παροχής ή στην πλήρη παροχή, ανάλογα με το επίπεδο των εισοδημάτων τους.

Το δανικό σύστημα συνταξιοδότησης είναι ένα τυπικά σκανδιναβικό σύστημα, το οποίο χρηματοδοτείται από τους φόρους, χορηγεί κατ' αποκοπήν βασικές συντάξεις οι οποίες συμπληρώνονται από ανταποδοτικές συντάξεις. Η ηλικία συνταξιοδότησης είναι το 67ο έτος. Εάν το οικογενειακό εισόδημα είναι χαμηλότερο από ένα ορισμένο επίπεδο ή εάν συντρέχουν ειδικές καταστάσεις, χορηγείται συμπλήρωμα.

⁴⁶ www.europa.int.gr

Οι εργαζόμενοι που επιθυμούν να λάβουν παροχή ανεργίας πρέπει να εγγραφούν σε ασφαλιστικό ταμείο. Η ενέργεια αυτή είναι εθελοντική. Οι παροχές καταβάλλονται σε ποσοστό 90% των τελευταίων εισοδημάτων (έως ένα ανώτατο όριο) ενώ το ακριβές ύψος και το ποσοστό των εισφορών καθορίζεται από κάθε ταμείο ξεχωριστά για περίοδο έως 2 έτη (σύμφωνα με το επίπεδο των παροχών και την ηλικία).

5.3.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η Υγειονομική⁴⁷ περίθαλψη παρέχεται από την εθνική υπηρεσία υγείας και συνήθως είναι δωρεάν όσον αφορά την αγωγή που προσφέρουν τόσο παθολόγοι όσο και νοσοκομεία. Στην περίπτωση οδοντιατρικής περίθαλψης, το 50% του κόστους βαρύνει τον ασθενή, το δε 50% του κόστους των φαρμάκων καταβάλλεται από τον αποδέκτη.

Το σύστημα της Δανίας περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες συντάξεων⁴⁸ :

- Δημόσια σύνταξη γήρατος
Χορηγείται σε όλους τους πολίτες στην ηλικία των 65 ετών (/67).
- Δημόσια επικουρική σύνταξη σε εργαζόμενους (ΑΤΡ), Ειδικές επικουρικές συντάξεις (SP, SAP).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

Α. Οι τρεις συνταξιοδοτικοί πυλώνες

	1 ^{ος} πυλώνας	2 ^{ος} πυλώνας	3 ^{ος} πυλώνας
	Δημόσιο σύστημα ασφάλισης. Υποχρεωτικό	Ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης. Υποχρεωτικό ή προαιρετικό.	Ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης. Προαιρετικό.
Σκοπός	Αναδιανομή, πρόληψη φτώχειας.	Αποταμίευση και ανταποδοτική παροχή.	Αποταμίευση και ευελιξία.

⁴⁷ www.who.gr

⁴⁸ www.e-gov.gr

Μέθοδοι	Ίδιες παροχές σε όλους τους πολίτες ή παροχές με βάση το εισόδημα ή κατώτατη εγγυημένη σύνταξη.	Προσωπικές συντάξεις ή συνταξιοδοτικά συστήματα με βάση την εργασία.	Προσωπικές συντάξεις ή συνταξιοδοτικά συστήματα με βάση την εργασία.
Το Δανικό σύστημα.	Δημόσια σύνταξη γήρατος.	Συντάξεις επαγγελματικών Ταμείων.	Ατομικές συντάξεις από προσωπικές αποταμιεύσεις. Ιδιωτική ασφάλιση.
	Επικουρικές συντάξεις (ATP, SP, SAP). Συντάξεις δημοσίων υπαλλήλων.		

Πηγή:www.ggka.gr

5.3.3. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΝΙΑ

Εισαγωγή

Στη Δανία⁴⁹ μόνο πολύ λίγες εταιρείες πραγματοποιούν την ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης, και μια μόνο επιχείρηση κατέχει το 98% της αγοράς ως συμπληρωματική ασφάλιση. Πρόσφατα, 3 εταιρείες έχουν αρχίσει την ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης, ειδικευμένες σε ιδιωτικό νοσοκομειακή φροντίδα. Λίγες επιχειρήσεις προσφέρουν ένα

ειδικό είδος για την καλή ασφάλεια ταξιδιού σε σχέση με την ασθένεια και τα ατυχήματα..

Οι αμοιβαίες εταιρείες

Το 1972/73, όταν ανέλαβε το δανικό κράτος τα Ταμεία ασφάλειας υγείας, τα αποκαλούμενα "κεφάλαια ασφάλειας υγείας" αποφάσισαν να συγχωνεύσουν μια μεγάλη επιχείρηση, η οποία εμφανίστηκε να είναι μια ανάγκη για την πρόσθετη κάλυψη ασφάλειας υγείας για μέρος του κόστους που δεν που καλύπτονταν από το NHS . Η νέα αμοιβαία επιχείρηση ονομάστηκε "danmark" Sygeforsikring ("sygeforsikring" όντας η δανική λέξη για την ασφάλεια υγείας). Το 1972, όταν πραγματοποιήθηκε η συγχώνευση, το συνολικό νούμερο των μελών που υπήρξαν ήταν 118,000. Τον Ιανουάριο του 1992, ο αριθμός είχε ανέλθει σε 1.140.000. Το 1991 μόνο, η εισροή των νέων μελών ήταν 57.000 καθαρά, και μια παρόμοια

⁴⁹ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ. 123.

ανάπτυξη αναμένεται για το 1992. Η ιδιότητα μέλους αντιστοιχεί σε μόλις πάνω από 21% ολόκληρου του πληθυσμού. Επιλέξιμα μέλη για την κάλυψη ασφάλισής είναι άνθρωποι που, κατά την διάρκεια της αποδοχής, είναι κάτω από 60 ετών και σε τέλεια υγεία.

Η συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας των μη καλυπτόμενων δαπανών και υπηρεσιών στη Δανία έχει μια φυσική, σύνδεση δόσεων με, και την εξάρτηση επάνω, στις εξελίξεις μέσα στο δανικό NHS. Τα συνολικά κόστη υγείας για το NHS το 1990 ανήρθαν σε DKK 47.625 δισεκατομμύρια, όποιος αντιπροσωπεύει μια αύξηση του 2,9%, ένας ανησυχητικός αριθμός. Εκφρασμένο στο % του ΑΕΠ, το ποσοστό παρουσιάζει μειωμένη τάση τα πρόσφατα έτη. Το ποσοστό μειώθηκε από 6,8 το 1980 σε 6,1 το 1990 και είναι στο χαμηλότερο όριο της κλίμακας της Ε.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:

Προοπτικές υγείας τοις % του ΑΕΠ της Ε.Ε (εκτός το Λουξεμβούργο):

	1980	1990	+/-
Δανία	6.8	6.1	-10.2%
Γερμανία	8.1	13.1	+67.7%
Γαλλία	8.5	8.7	+2.3%
Οι Κάτω Χώρες	8.3	9.6	+15.7%
Βέλγιο	6.3	6.3	0.0%
Ιταλία	6.8	5.3	-22.1 %
Ισπανία	5.9	5.3	-10.1 %
Ελλάδα	4.2	6.3	+50.0%
Ηνωμένο Βασίλειο	6.0	6.7	+11.7%
Πορτογαλία	n.a.	3.7	
Ιρλανδία	n.a.	6.6	

Πηγή: *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar. Bauaria. σελ 63.

Η Δανία έχει καταβάλει σημαντική προσπάθεια τα τελευταία 5 χρόνια για να κρατήσει χαμηλά το επίπεδο δαπανών ασθένειας, και η γενική μείωση της οικονομικής ανάπτυξης έχει οδηγήσει σε έντονους πιέσεις στον τομέα της υγείας για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα και για να παρασχεθεί περισσότερη αξία για τα χρήματα.

Υπάρχουν 4 διαφορετικοί τύποι καλύψεων που επιλέγουν μεταξύ:

Ομάδα 8: Το βασικό σχέδιο ασφάλειας υγείας εισηχθη την 1^η Απριλίου, το 1992, και παρέχει επάνω στα μέλη πολύ λίγα δικαιώματα. Εντούτοις, τα μέλη έχουν δικαίωμα στην επόμενη μεταφορά σε μια από τις άλλες ομάδες, εάν προκύψει η ανάγκη, χωρίς να πρέπει να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις της ηλικίας ή υγείας.

Ομάδα 1: Έναντι της ομάδας 5, αυτή η ομάδα παρέχει την εκτεταμένη κάλυψη για φάρμακα, οδοντική περίθαλψη και φυσιοθεραπεία. Η κάλυψη επίσης διαθέσιμο για εισαγωγή σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές και σε δημόσιο νοσοκομείο έναντι πληρωμής χρηστών. Επιπλέον, η ομάδα παρέχει την κάλυψη για τις νεκρικές δαπάνες. Η ομάδα δεν καλύπτει την ιατρική θεραπεία, όπως ομαδοποιούν 1 και 5 προορίζονται κυρίως για τα μέλη της ομάδας 1 κάτω από το NHS.

Ομάδα 5: Έναντι με την κάλυψη που προσφέρεται από τις ομάδες 1 και 2, αυτή η ομάδα παρέχει περιορισμένη κάλυψη για φάρμακα, την οδοντική θεραπεία και τη φυσιοθεραπευτική θεραπεία. Η κάλυψη είναι επίσης διαθέσιμη για τα γυαλιά και τους φακούς επαφής. Δεν παρέχεται κάλυψη για την ιατρική θεραπεία ή εισαγωγή σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο ή σε μια κλινική.

Ομάδα 2: Κάλυψη όπως κάτω από την ομάδα 1, αλλά εκτεταμένη στις δαπάνες συμπεριλαμβανομένων των GPs και τους ειδικούς. Τα ποσοστά των μελών στις τρεις αρχικές ομάδες (ομάδα 8 εισηχθη τον Απρίλιο, 1992) όπως στις 15 Φεβρουαρίου, , είναι ως εξής:

group 5	62,8%
group 1	29,7%
group 2	7,5%

Η τάση τα τελευταία χρόνια δείχνει πτώση ,στην ομάδα-2 μέλη, στασιμότητα στην ομάδα 1 και ισχυρή αύξηση της ομάδας 5.

5.3.4 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Συμπληρωματικά σχέδια κάλυψης ασθένειας είναι ακόμα αρκετά περιορισμένα στις Κάτω Χώρες επειδή η νομική κάλυψη είναι εκτενής. Όσο τα συμπληρωματικά σχέδια συζητούνται, οι ιδιωτικοί ασφαλιστές οριοθετούν την προσφορά μιας τυποποιημένης σύμβασης για τη θεραπεία σε νοσοκομεία πολυτέλειας στα σχέδια υγείας για τους πελάτες τους. Τα σχέδια υγείας από τη μεριά τους προσφέρουν τη συμπληρωματική ασφάλεια για τις επεξεργασίες που καλύπτονται μόνο μερικώς ή καθόλου από το νομικό σχέδιο. Περίπου το 90% εκείνων με

νομική κάλυψη χρησιμοποιούν αυτήν την προστασία. Τα σχέδια υγείας είναι ελεύθερα να θέσουν στην εξάρτηση του ασφαλιστρού (κατ' αποκοπή δαπάνη) την προτεινόμενη κάλυψη.

Το 1991, το 93,8% (6.383.000) εκείνων των προσώπων που χρησιμοποιούσαν την εναλλακτική ιδιωτική ασφάλεια καλύπτονταν από ένα συμπληρωματικό ασφαλιστικό σχέδιο για προαιρετική φροντίδα με σκοπό (δικό τους δωμάτιο και θεραπεία από έναν σύμβουλο). Παρόλα αυτά, 5.178.000 ασφαλισμένοι μέσω ενός Krankenkasse (νομικός ασφαλιστικός προμηθευτής υγείας) στο τέλος του 1990 είχαν κάνει επίσης συμπληρωματική ασφάλεια με έναν ιδιωτικό ασφαλιστή (το Krankenkassen δεν εξουσιοδοτείται νόμιμα για να παρέχει την συμπληρωματική κάλυψη). Λέγεται ότι στο τέλος του 1990 περίπου 11,5 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν κάνει την ιδιωτική ασφάλεια. Αυτό αντιπροσωπεύει το 8,1% του Γερμανικού πληθυσμού.

Στην έναρξη της δεκαετίας του '90 που ο τομέας PKV είχε ένα ισοδύναμο αριθμό πελατών με την εναλλακτική ασφάλεια όπως στη πρόωρη δεκαετία του '60. Το 1975, είχε πέσει στα 4,2 εκατομμύρια λόγω της ιδιωτικής ασφάλεια. Αυτή η μείωση οφειλόταν, μεταξύ άλλων, στις νομοθετικές πρωτοβουλίες που είχαν απαιτήσει ορισμένες ομάδες (συνταξιούχοι και αγρότες) για να συμμετάσχουν στο νομικό σχέδιο ασφάλισης.

Οι τομείς GKV και PKV είναι "σε ανταγωνισμό για την παροχή ασφάλισης για τους μισθωτούς. Στην αρχή του 1991 περισσότερο από 4.623.000 από τα 38.490.000 εκείνων των υποχρεωτικά ασφαλισμένων κάτω από το σχέδιο του GKV ήταν ασφαλισμένοι εθελοντικά (εξαιρέσει των υποτελών τους). Δεδομένου ότι μέλη της κάθε οικογένειας είναι ασφαλισμένοι δωρεάν κάτω από το τομέα του GKV αλλά όχι κάτω από PKV, το μέγεθος της οικογένειας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες απόφασης κατά την επιλογή μεταξύ των δύο τύπων ασφάλισης. Το 1990, η συνολική ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη εισοδήματος ήταν DM 18,67 δισεκατομμύρια, ενώ το 1991 αυτό ανήλθε σε DM 20,7 δισεκατομμύρια. Αυτή η αύξηση 9,8% αποδίδεται όχι μόνο στην αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων αλλά και στις αλλαγές των ασφαλιστρών. Το 1990, 4,7 εκατομμύρια κάτοικοι, πχ το 31,5% του πληθυσμού, είχε κάνει ιδιωτική ασφάλιση ενάντια στον κίνδυνο ασθένειας. Ο αριθμός εκείνων με την ιδιωτική κάλυψη υγείας έχει δει μια αύξηση απρόσιτη από το 1986. Αυτό έγινε όταν η εθελοντική ασφάλεια και η ασφάλεια ανώτερου τομέα σύμφωνα με την ολλανδική εθνική υγειονομική υπηρεσία σταμάτησαν. Αυτή η μεταρρύθμιση έχει οδηγήσει 700.000 ανθρώπους να επιστρέψουν στον ιδιωτικό τομέα.

5.4. ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Εισαγωγή

5.4.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η έννοια της "κοινωνικής ασφάλισης"⁵⁰ δεν υπάρχει στη νορβηγική γλώσσα. Η πιο στενή έννοια είναι ο όρος "Trygd", ο οποίος προέρχεται από μια μεσαιωνική λέξη που μπορεί να μεταφραστεί σε διάφορα σύγχρονα συνώνυμα: "Ασφάλεια," προστασία". Υπάρχουν τέσσερα στοιχεία μέσα στο νορβηγικό σύστημα που, προστιθέμενα μαζί, παρέχουν λίγο πολύ την πλήρη κάλυψη ενάντια στους εννέα "κοινωνικούς κίνδυνους" που απαριθμούνται στον ILO 102. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- ❖ οφέλη που προσφέρονται μέσω της διοίκησης εθνικής ασφάλειας
- ❖ ιδιαιτέρως χρηματοδοτημένα ή/και διεξαχθείς οφέλη, τα οποία είναι παρόμοια με την κοινωνική ασφάλεια (π.χ. πρόσθετες συντάξεις που καλύπτουν την ανικανότητα και τα γηρατειά)
- ❖ νοσοκομεία
- ❖ κοινωνική βοήθεια

Εκτός από αυτά τα τέσσερα στοιχεία, η μακροπρόθεσμη παροχή για τους ηλικιωμένους πρέπει επίσης να περιληφθεί. Αυτά τα στοιχεία χρηματοδοτούνται και αντιμετωπίζονται με διαφορετικούς τρόπους, αλλά όλα έχουν σημαντικά κοινά χαρακτηριστικά. Κατ' αρχάς, ο σημαντικότερος, η ιδιότητα μέλους προσφέρεται σε κάθε πρόσωπο που κατοικεί στη Νορβηγία. Αυτό σημαίνει ότι, αντίθετα από την κατάσταση στην ιδιωτική ασφάλεια, κανένας δεν αφήνεται χωρίς κάλυψη επειδή αντιπροσωπεύει έναν "κακό κίνδυνο".

Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι ότι ο νόμος καθορίζει τους όρους επιλεξιμότητας για τα οφέλη, και η πρόσβαση στα οφέλη είναι επομένως σε γενικές γραμμές η ίδια για το καθένα και εγγυημένος από τις αρχές.

⁵⁰ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens.F..*Private partners in social insuranse*,ASSC,Belgium,2001,σελ137.

5.4.2. ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Τα σχέδια ασθένειας⁵¹ και μητρότητας μέσα στη νορβηγική κοινωνική ασφάλιση μπορούν να διααιρεθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- οφέλη μετρητών στην περίπτωση της ασθένειας (δηλ. η ασφαλισμένη ασθένεια του προσώπου)
- οφέλη μετρητών σε περίπτωση απουσίας από την εργασία, λόγω ευθυνών (δηλ. ασθένεια άλλων: τα ασφαλισμένα εξαρτώμενα παιδιά του προσώπου, και σε μερικές ειδικές περιπτώσεις επίσης άλλοι συγγενείς)
- οφέλη μετρητών σε περίπτωση μητρότητας

Κατά γενικό κανόνα, όλα αυτά τα σχέδια⁵² παρέχουν στον ασφαλισμένο ένα καθημερινό όφελος μετρητών που είναι ίσο με 100 τοις εκατό του εισοδήματος της μια ημέρας, μέχρι ένα ανώτατο όριο 6 ποσών βάσεων .

5.4.3. ΟΙ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ - "ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ" ΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Μια ειδική ομάδα "ιδιωτικών συνεργατών", δηλαδή εργοδότες διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο μέσα και στις δύο κατηγορίες σχεδίων ασθένειας⁵³.

Τα σχέδια μητρότητας, αφ' ετέρου, είναι απλώς η ευθύνη της εθνικής ασφάλειας, χωρίς τις υποχρεώσεις για τους εργοδότες να πληρώσουν τα οφέλη καθόλου. Η κύρια λογική που κρύβεται κάτω από αυτήν την διαφορά μεταξύ των σχεδίων ασθένειας και μητρότητας είναι η ιδέα των οικονομικών κινήτρων και των αντικινήτρων. Στην περίπτωση του σχεδίου ασθένειας, η υποχρέωση στους εργοδότες να πληρωθούν τα οφέλη προορίζεται να ενεργήσει ως κίνητρο για να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας. Στην περίπτωση της μητρότητας, το σύστημα σχεδιάζεται ώστε να μη παρασχεθούν τα αντικίνητρα για την απασχόληση των γυναικών.

⁵¹ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insurance*,ASSC,Belgium,2001,σελ143.

⁵² *Complementary Health Schemes in the European Communities*,EC Seminar,Bauaria,σελ118.

⁵³ Χατζηρόακης,Κ.,*Ελλάδα και Ευρώπη Ποιο Κοινωνικό Κρατος*,Σιδέρης,Α.Έκδοση,Αθίνα,199,σελ 77.

5.4.4. ΟΦΕΛΗ ΜΕΤΡΗΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΛΟΓΩ ΕΥΘΥΝΩΝ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η σύνταξη ανικανότητας αποτελείται από μια βασική σύνταξη και ένα ειδικό συμπληρωματικό βοήθημα- συμπλήρωμα σύνταξης (όπως για τη σύνταξη γήρατος). Οι μελλοντικές⁵⁴ ασφαλιστικές περιόδους και τα μελλοντικά συνταξιοδοτικά σημεία μέχρι και συμπεριλαμβανομένου του έτους 66 των γενεθλίων λαμβάνονται υπόψη. Οι περιορισμοί ισχύουν στην περίπτωση των προηγούμενων περιόδων κάποιας σημασίας.

5.4.5. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Όπως σχεδόν σε οποιαδήποτε βιομηχανική χώρα, το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης συζητείται ευρέως και στη νορβηγική κοινωνία, μεταξύ των πολιτικών, στα μαζικής επικοινωνίας μέσα και μεταξύ των "καθημερινών ανθρώπων". Οι προτάσεις μεταρρύθμισης είναι πολυάριθμες, ειδικά δεδομένου ότι η ανησυχία αυξάνεται πέρα από τον αυξανόμενο αριθμό και δικαιούχων γηρατειών και ανικανότητας, καθώς επίσης και την αύξηση στην απουσία από την εργασία για λόγους υγείας. Ένας άρρωστος πληθυσμός ή άρρωστα σχέδια; Προτάσεις για τις αλλαγές στην ασθένεια και σχέδια ανικανότητας Οι δικαιούχοι αριθμοί, και συνεπώς οι δαπάνες, έχουν αυξηθεί γρήγορα και μέσα στην ασθένεια και στο σχέδιο ανικανότητας από το 1995. Η Λευκή Βίβλος που συζητά το μέλλον των σχεδίων εισοδηματικής αντικατάστασης που καλύπτουν τον κίνδυνο απώλειας εισοδήματος λόγω της ασθένειας και της ανικανότητας δημοσιεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2000. Η επιτροπή που παρέδωσε τη Λευκή Βίβλο σύστησε διάφορες αλλαγές μέσα στα σχέδια⁵⁵.

⁵⁴ www.europa.int.gr

⁵⁵ www.who.org

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ



6.1 .ΟΥΓΓΑΡΙΑ

6.1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντίθετα από την έννοια της κοινωνικής ασφάλειας η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης δεν χρησιμοποιείται συνήθως στην Ουγγαρία. Εννοιολογικά, το ουγγρικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα υποσυστήματα. Αυτά είναι η υγεία και τα συνταξιοδοτικά καθεστώτα του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, τα σχέδια κοινωνικής βοήθειας και τα υπόλοιπα σχέδια οφελών. Τα υπόλοιπα σχέδια οφελών αποτελούνται από τα οφέλη μετρητών βασισμένα στην υποστήριξη ανέργων και οικογενειών. Παραδοσιακά το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης έχει βασιστεί στην αρχή της κοινωνικής ασφάλειας και της αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της κοινωνίας

Η κοινωνική ασφάλεια έχει καθοριστεί από το νομοθέτη ως κοινοτική οργάνωση ευθύνης ή συμμετοχή στην οποία είναι υποχρεωτική σύμφωνα με τους κανόνες που διευκρινίζονται από το νόμο των πολιτών της Δημοκρατίας της Ουγγαρίας και εάν οι απαιτήσεις καλύπτονται άλλων φυσικών προσώπων που κατοικούν στο έδαφος της Δημοκρατίας της Ουγγαρίας. Στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλεια, οι αρχές της ασφάλειας, της κοινοτικής ευθύνης και των δικαιωμάτων ιδιοκτησιών είναι περιορισμένες σύμφωνα με το σύνταγμα που οι σχετικοί νόμοι καθορίζουν μόνο τους στόχους και τους τομείς εφαρμογής τους μέσα στην κοινωνική ασφάλεια. Αυτή τη στιγμή, η ουγγρική σύνταξη και τα σχέδια ασφάλειας υγείας χαρακτηρίζονται από την υποχρεωτική φύση τους, από τη γενική κάλυψη

τους και από τη χρηματοδότησή τους. Αυτά τα σχέδια καλύπτουν τους κινδύνους των γηρατειών, της ανικανότητας, του θανάτου ενός οικογενειακού μέλους, της ασθένειας, της μητρότητας, του επαγγελματικών τραυματισμού και ασθένειας. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται επίσης από την κοινωνική ασφάλεια. Ένα μοναδικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του ουγγρικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι ο κίνδυνος ανεργίας και η παραλαβή των οφελών του, τα οποία στους ανθρώπους που χάνουν τις εργασίες τους ακούσια παρέχονται, δεν ανήκουν στην περιοχή κοινωνικής ασφάλειας στο κλασική αίσθηση. Πράγματι περιγράφεται καλύτερα ως τύπος βοήθειας όσον αφορά στους σκοπούς του.

Στην Ουγγαρία, υπάρχει μόνο ένα γενικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας. Για ορισμένα επαγγέλματα (αντιπροσωπείες νόμος - επιβολής, οπλισμένες δυνάμεις, ανθρακωρύχοι, καλλιτέχνες, εργασίες με τις ειδικές παροχές αποχώρησης) υπάρχουν πρόσθετοι κανόνες που καθορίζουν το νομικό περιβάλλον εκείνων των αναζητήσεων. Η κρατική κυριαρχία της κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται το κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος και αυτήν την περίοδο το διάστημα για την ιδιωτική συμμετοχή είναι πολύ περιορισμένο. Η συμμετοχή των ιδιωτικών συνεργατών στην παροχή της κοινωνικής ασφάλισης στην Ουγγαρία είναι συνήθως περιορισμένη στην έμμεση συμμετοχή της διοίκησης και είναι περιορισμένη εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις που είναι προϋποθέσεις για το δικαίωμα των οφελών κοινωνικής ασφάλισης. Εντούτοις, οι ιδιωτικοί φορείς διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο μέσα στο ασφαλιστικό σχέδιο και την ιδιωτικοποίηση γηρατειών που αρχίζουν και αναπτύσσονται σε αυτόν τον τομέα πέντε έτη πριν.

6.1.2 ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΑ ΘΕΜΕΛΙΑ

Το ουγγρικό σύνταγμα⁵⁶ περιέχει διάφορες προτάσεις άμεσης σπουδαιότητας στην κοινωνική ασφάλιση και εγγυάται διάφορα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα. Σύμφωνα με το άρθρο 17 η Δημοκρατία της Ουγγαρίας θα παράσχει την υποστήριξη για εκείνους στην ανάγκη μέσω ενός ευρέως φάσματος κοινωνικών μέτρων.

⁵⁶ Ρόζου. Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972, σελ. 76.

6.1.3 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στόχοι της κυβέρνησης⁵⁷ σχετικά με τη χρηματοδότηση ή την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών: παρέχει την τριτογενή υγειονομική περίθαλψη μέσω των ιατρικών πανεπιστημίων και των εθνικών ιδρυμάτων παρέχει τις κύριες επιχορηγήσεις για την ανακαίνιση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, της αντικατάστασης του εξοπλισμού και της νέας επένδυσης μέσω των καθορισμένων επιχορηγήσεων χρηματοδοτεί και παρέχει τους Υπηρεσίες δημόσιας υγείας και Ασθενοφόρων Οχημάτων καλύπτει τη συμβολή υγειονομικής περίθαλψης για τις ειδικές κοινωνικές ομάδες όπως οι άνεργοι καλύπτει τις αποζημιώσεις για ορισμένα φάρμακα, παροχές ιατροφαρμακευτικής συνδρομής και προσθέσεις για εκείνους που έχουν ανάγκη εγγυάται τα ελλείμματα του εθνικού Ταμείου ασφάλειας υγείας επιχορηγεί και παρέχει τη διαβαθμισμένες και μεταπτυχιακές ιατρικές στην εκπαίδευση και την κατάρτιση; έρευνα και ανάπτυξη κεφαλαίων δίνει τις φορολογικές επιστροφές στην αγορά της εθελοντικής ασφάλειας υγείας.

Το Ταμείο ασφάλειας υγείας, όπως το Ταμείο συνταξιοδοτικής ασφάλειας, είναι ένα χωριστό νομισματικό κεφάλαιο. Ο προϋπολογισμός του εγκρίνεται ετησίως από το Κοινοβούλιο. Ο ιδιοκτήτης της ιδιοκτησίας του κεφαλαίου είναι το κράτος, και το Υπουργείο οικονομικών ασκεί τα δικαιώματα σχετικά με αυτήν την ιδιοκτησία. Η εθνική διοίκηση Ταμείων ασφάλειας υγείας (Országos Egészségbiztosítási Pénztár: OEP) είναι χωριστή διοικητική και κεντρική επίσημη οργάνωση της ασφάλειας υγείας υπό την καθοδήγηση του Υπουργείου οικονομικών. Το OEP εκπληρώνει τους διοικητικούς και επιτακτικούς στόχους των γραφείων ασφαλιστικών κλάδων, κατευθύνει τις περιφερειακές και άλλες διοικητικές οργανώσεις, και ελέγχει τον υπολογισμό και την καταβολή των επιδομάτων.

1. Οι υπηρεσίες Ταμείων ασφάλειας υγείας (ευρωβουλευτής) χρηματοδοτούν τις λειτουργικές δαπάνες των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης σε συμβατική βάση. Οι δαπάνες επένδυσης και ανάπτυξης δεν φορτώνουν τον προϋπολογισμό του Ταμείου ασφάλειας υγείας, μάλλον, αυτές οι δαπάνες καλύπτονται από τους ιδιοκτήτες των ιδρυμάτων (τοπικές κυβερνήσεις, πανεπιστήμια - στην περίπτωση των πανεπιστημιακών κλινικών - ή το κράτος - στην περίπτωση των εθνικών ιδρυμάτων. Περίπου 98% των συγγρικών ιδρυμάτων υγείας είναι η ιδιοκτησία των τοπικών κυβερνήσεων.

⁵⁷ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ. 136.

Το Ταμείο ασφάλειας υγείας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης⁵⁸. Το Ταμείο καλύπτει τις επαναλαμβανόμενες δαπάνες των υπηρεσιών, ενώ οι δαπάνες συντήρησης χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό των κεντρικών και τοπικών κυβερνήσεων. Η κεντρική κυβέρνηση παρέχει τις καθορισμένες και στοχοθετημένες επιχορηγήσεις στις τοπικές κυβερνήσεις. Η ιδιωτική ασφάλεια υγείας δεν υπάρχει στην Ουγγαρία, αν και υπάρχουν μερικοί ιδιωτικοί προμηθευτές.

Το Ταμείο ασφάλειας υγείας εγγυάται για το κράτος. Η κύρια πηγή εισοδήματος του Ταμείου ασφάλειας υγείας είναι συνεισφορές ασφάλειας υγείας. Η πλήρης συμβολή ασφάλειας υγείας είναι μια υποχρέωση πληρωμής 14% των δαπανών μισθοδοτικών καταστάσεων. Οι υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το Ταμείο ασφάλειας υγείας ούτε από τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι εκτός προϋπολογισμού ή πληρώνονται από τη συμπληρωματική-εθελοντική ασφάλιση ασθένειας. Οι μεγαλύτερες φθαρμένες πληρωμές είναι για τα φάρμακα και τις παροχές ιατροφαρμακευτικής συνδρομής. Τέλος, οι άτυπες πληρωμές ευγνωμοσύνης αποτελούν άλλες κύριες εκτός προϋπολογισμού δαπάνες.

2. Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε υποχρεωτικά ασφαλισμένος έχει δικαίωμα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται επίσης σε άλλα πρόσωπα που δεν θεωρούνται ασφαλισμένοι στο πλαίσιο του νόμου LXXX 1997. Οφέλη σε είδος (υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης, που χρηματοδοτούνται από το NHIFA) οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονταν δωρεάν επιδόματα δαπανών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς και συμπληρωματικές παροχές.

6.1.4 ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Ως αποτέλεσμα των δομικών αλλαγών στην ουγγρική κοινωνία και την οικονομία καθώς επίσης και των δημογραφικών εξελίξεων στις πρόσφατες δεκαετίες, η Ουγγαρία αντιμετωπίζει τις προκλήσεις όσον αφορά την οικονομική σταθερότητα της κοινωνικής ασφάλισης και την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης μεταξύ των ευρύτερων κοινωνικών ομάδων. Αντίθετα από τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης το ουγγρικό σύστημα είναι σχετικά απλό όσον αφορά στη διοικητική δομή, τη χρηματοδότηση και την κάλυψή της. Δεν υπάρχει κανένα ειδικό σχέδιο για τα μέλη των διαφορετικών επαγγελματιών και οι ιδιωτικοί φορείς δεν παίζουν σημαντικό ρόλο στη διοίκηση. Υπάρχουν μόνο δύο

⁵⁸ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*. ASSC, Belgium, 2001. σελ46.

βασικές πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή οι συνεισφορές, που καταβάλλονται από εκείνους που πέφτουν κάτω από το πεδίο της ασφαλιστικής υποχρέωσης, και του εθνικού προϋπολογισμού. Οι μεταρρυθμίσεις προγραμματίζονται και μερικές επίγειες ιδέες έχουν καθοριστεί μέσα στις ακόλουθες περιοχές: Συνταξιοδοτική ασφάλεια: Ο βασικός στόχος είναι η οικονομική ικανότητα υποστήριξης της συνταξιοδοτικής ασφάλειας με ή χωρίς ενίσχυση του ρόλου ιδιωτικών συνεργατών.

1) υγειονομική περίθαλψη: Η μεταρρύθμιση υγειονομικής περίθαλψης είναι μια σημαντική περιοχή στην οποία κάθε Ούγγρος προσφέρει έναν πάσσαλο στη βελτίωση της ποιότητας και της οικονομικής σταθερότητας.

2) ασφάλεια ατυχήματος: Οι συλλήψεις της καθιέρωσης ενός χωριστού κλάδου κοινωνικής ασφάλειας για την ασφάλεια ατυχήματος είναι ακόμα στα αρχικά στάδια.

3) ασφάλεια ανεργίας: Η αυξανόμενη ιδιωτική συμμετοχή και η αναδόμηση είναι χαρακτηριστικές.

Θεωρώντας ότι το ουγγρικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι επαγγελματικής φύσης, η σημαντικότερη ανάπτυξη θα μπορούσε να είναι η δημιουργία των επαγγελματικών σχεδίων, ή τουλάχιστον χωριστά σχέδια για τους δημόσιους υπαλλήλους και ιδιαίτερος υιοθετημένη, στοχευόμενος στη στέγαση των ποικιλομορφιών του τομέα που οδηγούν συσσωρεύει τις δυσαναλογίες στην κοινωνική ασφάλιση.

6.2.ΤΣΕΧΙΑ

6.2.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Στην Τσεχία, η κοινωνική ασφάλιση⁵⁹ μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο νομικών κανονισμών, ιδρυμάτων, ιδρυμάτων και σχέσεων, οι οποίοι στοχεύουν στην παρεμπόδιση των πιθανών κοινωνικών κινδύνων και την εξάλειψη των δυσμενών συνεπειών ως αποτέλεσμα ενός συνόλου κοινωνικών απρόβλεπτων εξόδων (ασθένεια, γηρατειά, ανεργία, αναπηρία, κ.λπ.)

6.2.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Τα σχέδια κοινωνικής ασφάλειας εξετάζουν τα κοινωνικά απρόβλεπτα έξοδα ενάντια στα οποία είναι δυνατό να προστατευθεί εκ των προτέρων, υπό την έννοια ότι οι οικονομικοί

⁵⁹ Vansteenkiste,S.,Deveizi,S. And Goyens,F. *Private partners in social insurance*.ASSC,Belgium,2001.σελ 41.

πόροι μπορούν να σωθούν για να στηρίξουν οι ίδιοι εάν προέκυπτε η πιθανότητα. Το ασφαλιστικό σύστημα περιλαμβάνει ένα συνταξιοδοτικό σύστημα, την ασφάλεια ασθένειας, την πολιτική κρατικής απασχόλησης και την ασφάλεια υγείας. Το επαγγελματικό σχέδιο τραυματισμών και ασθενειών συμπληρώνει το σύστημα.

6.2.3. ΤΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το σύστημα είναι υποχρεωτικό για όλα τα οικονομικά δραστήρια πρόσωπα και στηρίζεται σε δύο στυλοβάτες: το βασικό υποχρεωτικό συνταξιοδοτικό καθεστώς, που στηρίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και χρηματοδοτούνται με το τρόπο *pay as you go*, και η συμπληρωματική-εθελοντικού χαρακτήρα σύνταξη, η οποία είναι πλήρως χρηματοδοτούμενη. Υπάρχει συμμετοχή των ιδιωτικών φορέων στον τομέα των συμπληρωματικών συντάξεων. Το συμπληρωματικό συνταξιοδοτικό καθεστώς είναι ένα ιδιαίτερο εποικοδόμημα στο βασικό σύστημα και επεκτείνει τις ευκαιρίες στους ανθρώπους να συμμετέχει ενεργά στην οργάνωση του μέλλοντός τους, σύμφωνα με τα μέσα που έχουν διαθέσιμα.

6.2.4. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ασφάλεια υγείας είναι το υποχρεωτικό σύστημα στο πλαίσιο του οποίου οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες και το κράτος συμβάλλουν στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Όλοι οι τσεχικοί και ξένοι πολίτες που κατοικούν στη χώρα και που καταβάλλουν τις συνεισφορές ασφαλείας υγείας έχουν δικαίωμα στην πλήρως ή εν μέρει καλυμμένη υγειονομική περίθαλψη που περιλαμβάνει τον ιατρό παθολόγο, τον ειδικό και τη βασική οδοντική προσοχή επεξεργασίας, φαρμάκων και νοσοκομείων καθώς επίσης και τα επιδοτούμενα φάρμακα συνταγών. Η ιατρική φροντίδα είναι περιεκτική και ελεύθερη στο σημείο της υπηρεσίας. Ο αντίκτυπος των ιδιωτικών φορέων είναι σημαντικός σε αυτήν την περιοχή, ειδικά όσο είναι οι επιχειρήσεις ασφαλείας υγείας.

6.2.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

Ο στόχος της κοινωνικής βοήθειας είναι να αποτραπεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η στέρηση λόγω της ένδειας. Οι πολίτες, των οποίων ανάγκες δεν ικανοποιούνται επαρκώς από το εισόδημα από την επικερδή δραστηριότητα και από τα οφέλη που παρέχονται από τα

ασφαλιστικά συστήματα σύνταξης και ασθένειας, και ενδεχομένως από άλλο εισόδημα (επιδόματα και οφέλη κρατικής κοινωνικά υποστήριξης, υποστήριξη που παρέχονται από τα πρόσωπα που πρέπει για να παρέχουν τους οικονομικούς πόρους ή να πληρώσουν το επίδομα διατροφής, κ.λπ.), λαμβάνουν κάποιο μέτρο της ασφάλειας μέσω της κοινωνικής βοήθειας. Το κύριο κριτήριο στο οποίο η καταβολή των επιδομάτων κοινωνικής⁶⁰ βοήθειας είναι βασισμένη είναι η ύπαρξη της κοινωνικής ανάγκης. Όλα τα οφέλη κοινωνικής βοήθειας είναι μέσα που εξετάζονται και που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό

6.2.6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αυτήν την περίοδο, οκτώ ασφαλιστικές εταιρείες ασθένειας στην εργασίας (εφεξής "HIC") υπάρχουν. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι:

1. η επιχείρηση ασφάλειας υγείας υποκαταστημάτων που απευθύνεται ειδικά στους υπαλλήλους όλων των εταιρειών που οργανώνονται ή που κυβερνώνται από ένα υπουργείο τσεχικής κυβέρνησης
2. η επαγγελματική επιχείρηση ασφάλειας υγείας στόχευσε ειδικά στους υπαλλήλους ενός επαγγέλματος
3. η επιχείρηση ασφάλειας υγείας για τους υπαλλήλους μιας ή περισσότερων εταιριών.

6.2.7. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Στην Τσεχία μπορεί να ειπωθεί ότι, στον τομέα της ασφάλειας υγείας και σύνταξης, ο ρόλος των ιδιωτικών φορέων είναι σημαντικός. Σε σχέση με την ασφάλεια υγείας, βρίσκουμε την ιδιωτική συμμετοχή στα διαφορετικά επίπεδα όπως οι εργοδότες συμμετέχουν στο σχέδιο, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις ασφάλειας υγείας παρέχουν την ασφάλεια και τα ιδιωτικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν την παροχή. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο εθελοντικό κράτος – με ένα συμβάλλον συμπληρωματικό σχέδιο υπάρχει, αλλά τα συνταξιοδοτικά κεφάλαια αντιπροσωπεύουν τους βασικούς ιδιωτικούς συνεργάτες στο σύστημα. Εκτός από τις υπάρχουσες συμπληρωματικές ιδιωτικές συντάξεις, η κυβέρνηση προγραμματίζει να δημιουργήσει φορολογικά κίνητρα για να ενθαρρύνει τα επαγγελματικά συνταξιοδοτικά σχέδια. Κάτω από τέτοια σχέδια, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι θα

⁶⁰ Το κράτος πληρώνει τα ασφάλιστρα εξ ονόματος της πλειοψηφίας των ανθρώπων χωρίς εισόδημα. Υπάρχουν ορισμένες ομάδες που πρέπει να πληρώσουν για τους – όπως οι σπουδαστές επάνω από 26 ετών ή των νοικοκυρών. Αποτελέσματα προεπιλογής στις υψηλές ποινικές ρήτρες.

συμφωνούσαν εθελοντικά να αναβάλουν ένα μέρος των αμοιβών με την επένδυση των αντίστοιχων ποσών στα εξειδικευμένα μη κερδοσκοπικά κεφάλαια. Η συμμετοχή σε αυτά τα σχέδια θα εισαγόταν εθελοντικά και μόνο με τη συμφωνία των κοινωνικών εταίρων στο επιχειρηματικό επίπεδο.

6.3. ΓΕΡΜΑΝΙΑ

6.3.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΤΥΧΕΣ

Το γερμανικό σύστημα⁶¹ της κοινωνικής ασφάλισης έχει διαιρεθεί παραδοσιακά σε τρεις χωριστές περιοχές, δηλαδή κοινωνική ασφάλεια (*Sozialversicherung*), κοινωνική βοήθεια (*Sozialhilfe I soziale Fursorge*) και στην κατηγορία "κοινωνικής παροχής" (*Sozialversorgung*) - περιλαμβάνοντας φορολογικά σχέδια - που δεν καλύπτονται από την κοινωνική βοήθεια .

Το καθεστώς παρέχει τόσο υγειονομική περίθαλψη όσο και παροχές σε χρήμα, εάν ένα άτομο είναι ανίκανο για εργασία (80% του επαγγελματικού μισθού έως ένα ανώτατο ποσό), αν και οι πρώτες έξι εβδομάδες κατά τις οποίες δεν μπορεί να εργαστεί καλύπτονται από τον εργοδότη. Επίσης, παρέχει περίθαλψη για τη μητρότητα και παροχές σε χρήμα για καθορισμένη περίοδο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό .Το δημόσιο καθεστώς καλύπτει το 92% του πληθυσμού και το υπόλοιπο 8% καλύπτεται από ιδιωτικά καθεστώτα υγειονομικής ασφάλισης. Η υπαγωγή στο σύστημα ασφάλισης εργατικών ατυχημάτων είναι επίσης υποχρεωτική για τους μισθωτούς και ορισμένους αυτοαπασχολούμενους. Η κοινωνική⁶² πρόνοια παρέχει ένα κατώτατο επίπεδο εισοδήματος για κάθε άτομο που δεν καλύπτεται από τα καθεστώτα κοινωνικής ασφάλισης — ή έχει εξαντλήσει τα δικαιώματά του — που έχει ανάγκη και δεν είναι σε θέση να κερδίζει κάποιο εισόδημα. Εκτός από τα επιδόματα αυτά, οι αποδέκτες είναι επίσης επιλέξιμοι για υγειονομική περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης διαθέτουν φορείς συνδέσμου για τις σχέσεις σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης με τα άλλα κράτη μέλη. πως ξέρουμε, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας στη Γερμανία" θεωρείται περισσότερο συμπληρωματική- συμπεριλαμβανομένων συστημάτων της νομικής ασφάλειας υγείας, και είναι κάτι παραπάνω από έναν πρόσθετο τύπο κάλυψης προσθέτοντας ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα στη βασική ασφάλεια διαθέσιμη στον πληθυσμό. Άντ' αυτού, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας είναι μια περιεκτική εναλλακτική λύση,

⁶¹ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insuranse*,ASSC,Belgium,2001,σελ 88.

⁶² *Complementary Health Schemes in the European Communities*,EC Seminar,Bauaria,σελ 35.

γεμάτη με το στοιχείο της ασφάλειας μέσα στην ευρεία σειρά της υγείας που καλύπτει τα προσφερόμενα οφέλη. Το πιο σημαντικό θέμα που είμαστε σε εναλλακτική λύση, γεμάτη με το στοιχείο της ασφάλειας μέσα στην ευρεία σειρά της υγείας που καλύπτει τα προσφερόμενα οφέλη. Το πιο σημαντικό θέμα που είμαστε σε θέση να προσφέρουμε στη Γερμανία και σε όλη την Ευρώπη συνολικά είναι η ολοκληρωμένη κάλυψη στο άτομο ενάντια στην ασθένεια κινδύνου. Συνεπώς, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας έχει αρκετά μια σημαντική κοινωνική λειτουργία και μπορεί βεβαίως να θεωρηθεί ως ένα καλό παράδειγμα για να γίνει μια αρχή στη αποδοχή του διαφορετικού για το γεγονός της ασθένειας.

6.3.2. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά κανόνα, ο οικείος φορέας είναι το Τοπικό Γενικό Ταμείο Ασθένειας του τόπου απασχόλησης του πολίτη. Ωστόσο, μπορεί ο καθένας να υπαχθεί και σε ένα Επικουρικό Ταμείο Ασθένειας, σε ένα Ταμείο Ασθένειας Επιχείρησης, ή σε ένα Ταμείο Ασθένειας Εμπορικού Σωματίου, στο Ομοσπονδιακό Ταμείο Ασφάλισης Εργαζομένων σε Ορυχεία, ή στο Ταμείο Ασφάλισης Ασθένειας Ναυτικών. Τα ταμεία υγείας είναι περίπου 1.400 και διακρίνονται σε δημόσια και ιδιωτικά και 2) σε τοπικά η επαγγελματικά-επικουρικά. Το 90% των Γερμανών είναι ασφαλισμένοι σε δημόσια ταμεία και μόνο το 8% είναι ασφαλισμένοι σε συμπληρωματικά ταμεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.. Σήμερα θεωρείται αναγκαίο στη Δ. Γερμανία όπως ή μέριμνα για την διατήρηση της υγείας του πληθυσμού μη περιορίζεται από χρονικός ή άλλες προϋποθέσεις και παρέχεται ανεξαρτήτως της οικονομικής καταστάσεως του πολίτη. Για την επιτυχία των στόχων αυτών δεν κρίνεται απαραίτητος ή συγχώνευση των φορέων της ασφαλίσεως σε συγκεντρωτικό σύστημα του τύπου της Αγγλίας. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι θεωρείται απηρχαιωμένος και υποβιβαστικός της αξιοπρέπειας του ατόμου ο θεσμός της «απορίας» και ή παροχή της ασφαλίσεως συνεπεία ταύτης. Αντιθέτως οι πολίτες δικαιούνται⁶³ των κοινωνικών παροχών και ή Πολιτεία οφείλει να τα εξασφάλιση. Αποτελεί τούτο ένα είδος πολιτικής για την εξασφάλιση «κινητής» Ιδιοκτησίας εις κάθε άτομο. Ταυτοχρόνως το Γερμανικό σύστημα προβλέπει κλιμάκωση των παροχών, ως συμβαίνει στην Ιδιωτική ασφάλιση. Η μεν ασφάλιση είναι, βασικώς, υποχρεωτική, άλλ' ή εκλογή του φορέως επαφίεται στον ασφαλισμένο. Ακολούθως το νέον σύστημα ασφαλίσεως στη Γερμανία συνηγορεί υπέρ της απαλλαγής του φορέως από τις επιβαρύνσεις έξ ασήμαντων περιπτώσεων.

⁶³ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα. 1972, σελ 62.

Με τους άνω τρόπους "καλύπτονται τα 85 % περίπου του πληθυσμού της χώρας.

Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας είναι διαρθρωμένο σε τρεις πυλώνες.

Ο Α΄ πυλώνας περιλαμβάνει την κύρια σύνταξη των μισθωτών, ελευθέρων επαγγελματιών, αγροτών, ναυτεργατών κ.λ.π.

Ο Β΄ πυλώνας περιλαμβάνει τις συμπληρωματικές ανά επιχείρηση συντάξεις (επιχειρησιακά συντ/κά συστήματα)

Ο Γ΄ πυλώνας περιλαμβάνει την ατομική σύνταξη από την ιδιωτική ασφάλιση.

Τα σχέδια ασφάλειας υγείας στη Γερμανία

- Ένα νομικό σχέδιο το οποίο απευθύνεται σε εκείνους που επιθυμούν την εθελοντική κάλυψη

- Μια εναλλακτική ιδιωτική ασφάλιση υγείας [PKV] - ένα ιδιωτικό συμπληρωματικό σχέδιο ασφάλισης [πρόσθετη ασφάλεια] για περ.το. 8,5% του πληθυσμού.

Εκείνα τα μέλη του πληθυσμού που δεν καλύπτονται από το σύστημα νομικής ασφάλειας (Versicherungsfreien = οι απαλλάξιμοι από τη νομική κάλυψη) οίνε: οι ελεύθεροι επαγγελματίες, καθηγητές και οι έμμισθοι υπάλληλοι, δημόσιοι υπάλληλοι –συνήθως εκείνοι των οποίων ο μισθός υπερβαίνει το εκτιμώμενο κατώτατο όριο [Einkommensbemessungsgrenze - εισοδηματικό κατώτατο όριο]. Οι δημόσιοι υπάλληλοι καλύπτονται για τις μισές από τις δαπάνες από το κράτος και πρέπει να πάρουν από αλλού την ασφαλιστική κάλυψη για το άλλο μισό.

Ασφαλισμένος πληθυσμός

Εναλλακτική ασφάλιση

Το 1990, ο αριθμός εκείνος στο τομέα PKV που είχε πάρει την εναλλακτική κάλυψη (Vollversicherten = που ασφαρίζεται πλήρως) στο σχέδιο νομικής ασφάλειας στάθηκαν σε 6.614.000.

6.3.3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Το 1991, το 93,8% (6.383.000) εκείνων των προσώπων⁶⁴ που χρησιμοποιούσαν την εναλλακτική ιδιωτική ασφάλεια καλύπτονταν από ένα συμπληρωματικό ασφαλιστικό σχέδιο

⁶⁴ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ. 69.

για προαιρετική φροντίδα με σκοπό (δικό τους δωμάτιο και θεραπεία από έναν σύμβουλο). Παρόλα αυτά, 5.178.000 ασφαλισμένοι μέσω ενός Krankenkasse (νομικός ασφαλιστικός προμηθευτής υγείας) στο τέλος του 1990 είχαν κάνει επίσης συμπληρωματική ασφάλεια με έναν ιδιωτικό ασφαλιστή (το Krankenkassen δεν εξουσιοδοτείται νόμιμα για να παρέχει την συμπληρωματική κάλυψη). Λέγεται ότι στο τέλος του 1990 περίπου 11,5 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν κάνει την ιδιωτική ασφάλεια. Αυτό αντιπροσωπεύει το 8,1% του Γερμανικού πληθυσμού.

Στην έναρξη της δεκαετίας του '90 που ο τομέας PKV είχε ένα ισοδύναμο αριθμό πελατών με την εναλλακτική ασφάλεια όπως στη πρόωρη δεκαετία του '60. Το 1975, είχε πέσει στα 4,2 εκατομμύρια λόγω της ιδιωτικής ασφάλεια. Αυτή η μείωση οφειλόταν, μεταξύ άλλων, στις νομοθετικές πρωτοβουλίες που είχαν απαιτήσει ορισμένες ομάδες (συνταξιούχοι και αγρότες) για να συμμετάσχουν στο νομικό σχέδιο ασφάλισης.

A. Εθελοντική ασφάλιση

Οι τομείς GKV και PKV είναι "σε ανταγωνισμό για την παροχή ασφάλισης για τους μισθωτούς.

Στην αρχή του 1991 περισσότερο από 4.623.000 από τα 38.490.000 εκείνων των υποχρεωτικά ασφαλισμένων κάτω από το σχέδιο του GKV ήταν ασφαλισμένοι εθελοντικά (εξαιρέσει των υποτελών τους). Δεδομένου ότι μέλη της κάθε οικογένειας είναι ασφαλισμένοι δωρεάν κάτω από το τομέα του GKV αλλά όχι κάτω από PKV, το μέγεθος της οικογένειας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες απόφασης κατά την επιλογή μεταξύ των δύο τύπων ασφάλισης. Το 1990, η συνολική ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη εισοδήματος ήταν DM 18,67 δισεκατομμύρια, ενώ το 1991 αυτό ανήλθε σε DM 20,7 δισεκατομμύρια. Αυτή η αύξηση 9,8% αποδίδεται όχι μόνο στην αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων αλλά και στις αλλαγές των ασφαλιστρών. Δουλεύοντας μαζί με άλλους ιδιωτικούς και νομικούς προμηθευτές της κοινωνικής ασφάλειας, επιδιώκεται πάνω από όλα να φανεί η εμπειρία που έχει αποκτηθεί στην Γερμανία.. Πράγματι, η τεχνογνωσία που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια της επανένωσης των Γερμανών παίζει έναν σημαντικό ρόλο σε αυτό το πλαίσιο. Η εργασία που γίνεται από ιδιωτικούς ασφαλιστές υγείας πρέπει να είναι βασισμένη σε μια πολιτική αξιοπιστίας και σταθερότητας που απεικονίζει τη σημαντική κοινωνική λειτουργία των δραστηριοτήτων. Λαμβάνοντας υπόψη τους γενικούς όρους, ρυθμίζεται αυτήν την περίοδο να επικρατήσει στην Ανατολική Ευρώπη, το DKV, το οποίο δεν αναλύει την άμεση και ευθύ αναζήτηση των πρακτικών επιχειρησιακών δραστηριοτήτων των άλλων χωρών. Μάλλον, είναι σωστό να υποστηρίζεται η έννοια της επικουρικότητας σε όλη την Ευρώπη, έτσι αυτός ο

τρόπος που δημιουργεί μια κοινή κατανόηση. Είναι γεγονός, ότι εάν η ιδιωτική ασφάλεια υγείας με όλες τις παροχές της είναι καλή και βιώσιμη με μια εναλλαγή συμπληρώνει το νομοθετημένο σύστημα στη Γερμανία, , άρα αυτό δεν μπορεί να είναι λάθος για την Ευρώπη συνολικά.

Συμπερασματικά, μπορούμε να προσθέσουμε ότι η ημέρα και ηλικία των συλλογικών ελεγχόμενων από το κράτος ασφαλιστικών συστημάτων φτάνει τα όρια στην ικανότητά τους, αναζητώντας νέες λύσεις, θα είμαστε σε θέση να ληφθούν οι ευθύνες ευρύτερου φάσματος μέσα σε συστήματα δύο επιπέδων, έχοντας κατ' αυτό τον τρόπο μια σημαντική συμβολή στη μείωση του γενικού φορτίου. Αυτό που χρειαζόμαστε σήμερα δεν είναι πολιτικός έλεγχος και υποχρεωτική ασφάλιση αλλά μάλλον μια ευθύνη και βασισμένη στην αποδοτικότητα του ανταγωνισμού. Πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι ο στόχος τα κέρδη, αλλά μάλλον να δημιουργηθεί μια μόνιμη ισορροπία των απολογισμών και να βρεθούν οι λύσεις των προβλημάτων των ασφαλισμένων. Υιοθετώντας αυτήν την μέθοδο, είναι βέβαιο ότι θα δημιουργηθούν νέες ευκαιρίες στην Ευρώπη καθώς θα αυξηθεί και το ενδιαφέρον των ασφαλισμένων ως προς το συμφέρον τους.

B. Επικουρικές συντάξεις

Αντίθετα από άλλες χώρες, οι επικουρικές συντάξεις δεν είναι υποχρεωτικές. Η επικουρική κάλυψη μπορεί να πραγματοποιηθεί από πέντε διαφορετικού τύπου ταμεία.

Ταμεία ιδιωτικά ή ταμεία συνεταιριστικά που χορηγούν επικουρική σύνταξη.

ι) Ταμεία κοινωνικής βοήθειας (προνομιακού τύπου), όπου οι επιχειρήσεις πραγματοποιούν πληρωμές, αλλά οι παροχές δίδονται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, χωρίς προκαθορισμένη συχνότητα συνέχειας ή ύψος παροχών.

ιι) Ιδιωτικές ασφαλίσεις ζωής.

ιιι) Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Τα ίδια τα ταμεία των ασφαλίσεων γήρατος μπορούν να διαθέτουν και ταμεία επικουρικής συνταξιοδότησης.

ιιιι) Τα ταμεία επικουρικών συντάξεων των επιχειρήσεων.

Γ. Ασθένεια και μητρότητα

Το καθεστώς ασφάλισης ασθένειας καλύπτει εσάς και τα μέλη της οικογένειάς σας σε περίπτωση ασθένειας και μητρότητας⁶⁵. Χορηγούνται οι εξής παροχές:

— παροχές σε είδος: μέριμνα υγείας, φάρμακα και προληπτικές ιατρικές εξετάσεις

⁶⁵ Μια εξαίρεση είναι αρθ. 6 παράγραφος 4 του γερμανικού συντάγματος που διαβάζει ως εξής: "Κάθε μητέρα έχει το δικαίωμα στην προστασία και την προσοχή της κοινότητας".

- χρηματικές παροχές ασθένειας
- παροχές μητρότητας
- παροχές για άτομα με ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας

Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, τα άτομα που δεν καλύπτονται πλέον από την υποχρεωτική ασφάλιση μπορούν να υπαχθούν στο καθεστώς ασφάλισης ασθένειας σε εθελοντική βάση. Το ίδιο ισχύει για τους μισθωτούς που αναλαμβάνουν εργασία στη Γερμανία για πρώτη φορά και των οποίων τα εισοδήματα ξεπερνούν το όριο έως το οποίο η ασφάλιση είναι υποχρεωτική

Η αίτηση για προαιρετική συνεχή ασφάλιση πρέπει να υποβληθεί μέσα σε τρεις μήνες από τη στιγμή που παύετε να καλύπτεστε από την υποχρεωτική ασφάλιση. Η αίτηση για εθελοντική ασφάλιση πρέπει να υποβληθεί στο οικείο ταμείο ασθένειας .

6.3.4. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

A. Ιατρική φροντίδα

Επίσης στον τομέα της ασφάλεια υγείας, δημόσια και ιδιωτικά σχέδια συνυπάρχουν.

Περίπου το 90% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένοι στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος, η ιδιότητα μέλους του οποίου είναι, σε γενικές γραμμές, υποχρεωτική.

Εντούτοις, πολύ περισσότεροι άνθρωποι απαλλάσσονται της υποχρεωτικής ιδιότητας μέλους κάτω από το δημόσιο συνταξιοδοτικό καθεστώς. Εκτός από τις ομάδες απαλλαγής από την ασφάλεια γηρατειών, Ελεύθεροι επαγγελματίες και υπάλληλοι κερδίζουν πέρα από ένα ορισμένο όριο αμοιβών μ αλλά δεν είναι υποχρεωμένοι να τα μοιραστούν με το δημόσιο σύστημα. Ούτε χρειάζεται να λάβουν ιδιωτική ασφάλεια υγείας.

Εντούτοις, η ιδιωτική ασφάλεια είναι φυσικά διαθέσιμη - και οι δύο ως εναλλακτικές λύσεις στο δημόσιο σύστημα μέλους καθώς επίσης να εξασφαλίσει την ανώτερη επεξεργασία στο νοσοκομείο (π.χ. τοποθέτηση δωματίων δύο-κρεβατιών, επεξεργασία από τους ανώτερους παθολόγους κ.λπ.) ή για να καλύψει τις δαπάνες που το δημόσιο σχέδιο δεν καλύπτει (π.χ. ένα σχετικά μικρό κατ' αποκοπή ποσό στα περισσότερα φάρμακα). Η πρόσθετη ιδιωτική ασφάλεια είναι επίσης κοινή μεταξύ των δημόσιων υπαλλήλων επειδή το νομικό, μη-συμβάλλον σχέδιό τους καλύπτει μόνο ένα μέρος των δαπανών υγείας τους. Δεν είναι υποχρεωμένοι να λάβουν την πρόσθετη ασφάλεια από μια ιδιωτική επιχείρηση, αλλά συχνά το κάνουν.

B. Μακροπρόθεσμη παροχή ασφάλισης

Παράλληλα με την ασφάλεια δημόσιας υγείας, είναι ένα άλλο σύστημα για τη μακροπρόθεσμη προσοχή (*Pflegeversicherung*). Η εισαγωγή του το 1995 ήταν πιθανώς η ενιαία σημαντικότερη μεταρρύθμιση του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης σε πολλές δεκαετίες. Δομικά, η μακροπρόθεσμη ασφάλεια παροχής συνδέεται στενά με το σύστημα ασφάλειας υγείας. Σαν πρώτη ματιά, και τα δύο συστήματα φαίνονται πράγματι να είναι πλήρως σύμφωνα. Και τα ιδιωτικά και δημόσια ασφαλιστικά σχέδια για τη μακροπρόθεσμη παροχή υπάρχουν. Η δημόσια ασφάλεια είναι υποχρεωτική για την ίδια ομάδα ανθρώπων όπως για την ασφάλεια υγείας. Ακόμη και το θεσμικό σχέδιο έχει παραλλήλους. Ειδικότερα, κάθε ασφαλιστικό κεφάλαιο δημόσιας υγείας απαιτείται για να διατηρήσει ένα άλλο κεφάλαιο για τη μακροπρόθεσμη προσοχή, η οποία, εντούτοις, πρόκειται να κρατηθεί αυστηρά χωριστή και όσον αφορά τις συνεισφορές και τα οφέλη. Παρά αυτές τις ομοιότητες και συνδέσεις μεταξύ της υγείας και της μακροπρόθεσμης ασφάλειας προσοχής, υπάρχει μια κρίσιμη διαφορά. Είναι ότι υπάρχει ένα σχεδόν καθολικό νομικό καθήκον να ασφαλίσει ενάντια στη μακροπρόθεσμη παροχή. Έτσι, σε αυτόν τον κλάδο της κοινωνικής προστασίας, υπάρχει υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλεια, δηλαδή για εκείνους που, πρώτα, δεν καλύπτονται υποχρεωτικά από το δημόσιο σχέδιο και που, δεν επιλέγουν εντούτοις να ασφαλίσουν με ένα δημόσιο κεφάλαιο εθελοντικό.

6.4. ΑΥΣΤΡΙΑ

6.4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Αυστριακό Κράτος ενόψει της ανάγκης καθιέρωσης ενός βιωσιμότερου και αποτελεσματικότερου κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος για τη χώρα του δεδομένου ότι το αναλογιστικό έλλειμμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη, επιχειρεί μία ασφαλιστική μεταρρύθμιση.

6.4.2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Αυστριακό Σύστημα Κ. Α, είναι διαρθρωμένο σε τρεις πυλώνες⁶⁶ :

Ο Α' Πυλώνας, περιλαμβάνει το Δημόσιο σύστημα

Ο Β' Πυλώνας, περιλαμβάνει τα Συμπληρωματικά Συστήματα – Επαγγελματικά Ταμεία

⁶⁶ www.ggka.gr/countries.

Ο Γ΄ Πυλώνας, περιλαμβάνει την Ιδιωτική Ασφάλιση.

Στον Α΄ Πυλώνα καλύπτεται το 94% του πληθυσμού, στον Β΄ το 3% και το υπόλοιπο 3% στον Γ΄ Πυλώνα. Ειδικότερα:

Ο Α΄ Πυλώνας, που περιλαμβάνει τα εκ του νόμου συστήματα είναι διαρθρωμένος κατά το κλασσικό σύστημα Bismark, οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης ανάλογα με το επάγγελμα. Το Δημόσιο σύστημα στηρίζεται σε αναδιανεμητική βάση και διέπεται από την αρχή της υποχρεωτικότητας και καθολικότητας. Καλύπτει τους ασφαλιστικούς κινδύνους Γήρατος, Αναπηρίας, Θανάτου, Ασθένειας και Ατυχήματος και ασκείται μέσω είκοσι οκτώ (28) Ασφαλιστικών Ταμείων.

Ο Β΄ ΠΥΛΩΝΑΣ έχει διαδραματίσει παραδοσιακά δευτερεύοντα ρόλο στις κοινωνικές ασφαλίσεις στην Αυστρία. Ασφαλίζονται 300.000 άτομο σε σύνολο εργαζομένων 3.640.000.

Το νομικό πλαίσιο για την επαγγελματική ασφάλιση δημιουργήθηκε το 1990 με τα χαρακτηριστικά της προαιρετικότητας της ασφάλισης. Από το 2002 θεσμοθετήθηκε υποχρέωση του εργοδότη (καταβολή εισφοράς σε ποσοστό 1,35% στο σύνολο των αποδοχών του εργαζόμενου) να ασφαλίζει τον εργαζόμενο σε επαγγελματικά ταμεία, τα οποία μπορούν να ιδρύουν και οι ίδιοι εργαζόμενοι. Οι εισφορές αυτές καταβάλλονται στο φορέα διαχείρισης, που μπορεί να είναι Τράπεζες ή Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Όσον αφορά τον δεύτερο πυλώνα, τα προγράμματα κάθε επαγγελματικού ταμείου τα υπογράφει αναλογισθείς και από 1/4/2003 ελέγχονται από την αναλογιστική αρχή της οποίας αντικείμενο είναι:

- Η φερεγγυότητα των τραπεζών.
- Η φερεγγυότητα των ασφαλιστικών εταιρειών.
- Η βιωσιμότητα των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης
- Η βιωσιμότητα των επαγγελματικών Ταμείων.

Ο Γ΄ ΠΥΛΩΝΑΣ, Ιδιωτική ασφάλιση επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια του ατόμου.

Στα πλαίσια των φορολογικών μεταρρυθμίσεων που έγιναν το 2000, δημιουργήθηκε ένα ειδικό ανταποδοτικό πρόγραμμα για την παροχή ιδιωτικής ασφάλισης. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- συμπληρωματικά συνταξιοδοτικά προγράμματα με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες
- εισφορές εργαζομένων σε κάποιο συντ/κό λογαριασμό
- αποταμιευτικά συντ/κά επενδυτικά κεφάλαια
- προαιρετική επιπρόσθετη κάλυψη στο βασικό ποσό σύνταξης.

Η κοινωνική Ασφάλιση στην Αυστρία βασίζεται στο διανεμητικό σύστημα (Pay as you go) σύμφωνα με το οποίο τα έσοδα καλύπτουν τα έξοδα σε ετήσια βάση. Το σύστημα όμως αυτό

στηρίζεται κυρίως στη σχέση (Αριθμός Ασφαλισμένων) / (Αριθμός Συνταξιούχων), η οποία σήμερα είναι: ασφ/νοι: 3.640. συντ/χοι: 961.400 ασφ/κή σχέση: 1:4, η οποία συνεχώς επιδεινώνεται. Τούτο γίνεται εμφανές και από τον παρακάτω πίνακα, από τον οποίο προκύπτει η συνεχής αύξηση των συνταξιούχων σε διάστημα 50 χρόνων (από 1980-2030)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 50 ΧΡΟΝΩΝ

	<i>Άνδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>Σύνολο Πληθυσμού Α+Γ</i>
1980	11,7%	23%	15,3%
1985	10,4%	24,2%	14,3%
1990	10,8%	24,2%	15%
1995	11,4%	23,4%	15,2%
2000	12,2%	24,3%	21,1%
2005	14%	25,8%	22,7%
2010	15,6%	27%	24,4%
2015	17,3%	28,4%	26%
2020	18,9%	30,7%	28,5%
2025	21,3%	34%	31,9
2030	24,6%	37,1%	35%

Πηγή: Καβουρά, Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 2001.

Επομένως για να διατηρηθεί η ισορροπία του διανεμητικού συστήματος απαιτείται η διαρκής αύξηση των ασφαλιστικών⁶⁷ εισφορών με συνέπεια αυτές να διαμορφωθούν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ήδη το αναλογιστικό έλλειμμα του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης θεωρείται από τα μεγαλύτερα της Ευρώπης σε σχέση βέβαια με τον πληθυσμό.



⁶⁷ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ. 122.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ

7.1 ΒΕΛΓΙΟ

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις στο Βέλγιο δεν αριθμούν ζωή πολλών ετών. Η σχετική νομοθεσία θεσπίστηκε κατά πρώτον το έτος 1924 . Βασικώς καλύπτουν τους κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, ασθeneίας. Δεν υπάρχει ενιαίος φορέας για τις διάφορες κατηγορίες⁶⁸ ασφαλισμένων ούτε ενιαία κρατική εποπτεία. Υπάρχουν οι εξής φορείς ασκήσεως τής κοινωνικής αυτής πολιτικής:

α) Η Εθνική Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφαλείας.

β) Το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Ασθeneίας και Αναπηρίας.

γ) Το Εθνικό Ταμείο Συντάξεων Αποχωρήσεως και Επιζώντων. "

δ) Το Ταμείο Αλληλεγγύης και Εγγύησης.

Επίσης υπάρχουν περί τους 2.000 τοπικοί οργανισμοί υπό μορφή οργανωμένων ιδιωτικών Αλληλοβοηθητικών Ενώσεων αναγνωρισμένων υπό το Κράτος ή περιφερειακών γραφείων του Επισήμου Βοηθητικού Ταμείου» στο όποιον υπάγονται οι μη επιθυμούντες να συμμετάσχουν στις ανωτέρω Αλληλοβοηθητικές Ενώσεις.

Οι παροχές ασθeneίας προσφέρονται εξ ίσου στους αμέσως και εμμέσως ασφαλισμένους και έπ' αόριστον, εφ' σον έχουν συμπληρωθεί ορισμένες προϋποθέσεις. Εναντίον των κινδύνων ασθeneίας προστατεύονται όλοι οι παρέχοντες εξαρτημένη εργασία όπως και οι συνταξιούχοι μόνον όμως γι' υγειονομική περίθαλψη. Αυτοί υποχρεούνται να εγγράφουν στην «Ένωση Αλληλοβοήθειας⁶⁹» της προτιμήσεως των ή στα περιφερειακά Επίσημα Βοηθητικά Ταμεία.

Οι απασχολούμενοι στους διάφορους οργανισμούς, κρατικούς ή όσοι, υπάγονται στα κλαδικά Ταμεία (π.χ. σιδηροδρομικών, ανθρακωρύχων, εργατών θαλάσσης κλπ.). Παρέχεται ανοικτή και κλειστή περίθαλψη, φάρμακα, οδοντιατρική περίθαλψη και λοιπές παροχές. Παροχές σε χρήμα δίνονται υπό μορφή επιδομάτων μητρότητας, θηλασμός κλπ. Επίσης παρέχεται περίθαλψη σε πρεβεντόρια, παρακολούθησης μαιών κλπ. Οι παροχές σε

⁶⁸ Χατζηδάκης, Κ., *Ελλάδα και Ευρώπη- Ποιο Κοινωνικό Κρατος*, Σιδέρης, Α. Έκδοση, Αθήνα, 1998, σελ 44.

⁶⁹ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972, σελ 59.

χρήμα είναι γενικώς βραχυπρόθεσμοι. Το επίδομα ασθενείας παρέχεται επί μερικής ή ολικής προσωρινής ανικανότητας προς εργασία. Επίσης παρέχονται ειδικά επιδόματα ατυχήματος, ανεργίας και οικογενειακών υποχρεώσεων. Οι παροχές ασθενείας ισούνται προς Το 60 % τής αμοιβής του μισθωτού.

Για την παροχή σε είδος σε περιπτώσει εγκυμοσύνης χορηγείται μέρος των δαπανών τής ασφαλισμένης για την περίοδο τής κηίσεως, του τοκετού και μετά' αυτόν. Ή ασφαλισμένη καταβάλλει εξ ιδίων την δαπάνη και λαμβάνει Το ανάλογο ποσόν από το Ταμείο Υγείας.

Το επίδομα μητρότητας αντιπροσωπεύει ποσοστό 60 % των μισθών των ασφαλισμένων και παρέχεται επί εξ μήνες προ και εξ μήνες μετά τον τοκετό.

7.1.1. ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ

Το καθεστώς για τους αυτοαπασχολούμενους δημιουργήθηκε ύστερα από εκείνο για τους μισθωτούς, το 1967, με παρόμοια διαχείριση και οργάνωση. Ωστόσο, το σύστημα αποσκοπεί στο να παρέχει ένα βασικό μόνο επίπεδο προστασίας κατά του γήρατος, της ασθένειας και της αναπηρίας, εν μέρει διότι οι εισφορές είναι χαμηλότερες. Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, καλύπτονται μόνο οι σοβαρές ασθένειες (κυρίως αυτές που χρειάζονται νοσοκομειακή αντιμετώπιση), αν και υπάρχει επίσης επιδοτούμενη επικουρική ασφάλιση για τις λιγότερο σοβαρές ασθένειες. Όσον αφορά τα οικογενειακά επιδόματα, το ποσοστό των παροχών για το πρώτο παιδί είναι πολύ κατώτερο από εκείνο που χορηγείται στους μισθωτούς, είναι όμως το ίδιο για τα άλλα παιδιά. Οι παροχές ασθένειας και ανεργίας καταβάλλονται κατ'αποκοπήν, και το ύψος τους είναι χαμηλότερο από το (κατώτατο επίπεδο βοηθήματος που εξαρτάται από τους πόρους).

Προκειμένου να γίνει κάλυψη κατά των κινδύνων αυτών, πρέπει να υπαχθείτε σε ένα κλαδικό ταμείο της επιλογής σας ή να εγγραφείτε σε μια περιφερειακή υπηρεσία του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Ασθένειας και Αναπηρία. Στο Βέλγιο υπάρχουν ουδέτερα, επαγγελματικά, χριστιανικά, σοσιαλιστικά και φιλελεύθερα κλαδικά ταμεία.. Τα κλαδικά ταμεία και οι περιφερειακές υπηρεσίες αναφέρονται στη συνέχεια ως «ταμεία ασθένειας».

Η μοναδική εισφορά που πρέπει ενδεχομένως να καταβάλλει ο ίδιος είναι η εισφορά που θα ζητηθεί από το κλαδικό Ταμείο για την προστασία από την επικουρική προαιρετική ασφάλιση. Το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Ασθένειας και Αναπηρίας δεν έχει αυτή τη δυνατότητα.

7.1.2. ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

- Όλοι οι εργαζόμενοι, οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι, καθώς και τα συντηρούμενα μέλη, έχουν δικαίωμα σε παροχές υγείας σε είδος.
- Όλοι οι εργαζόμενοι, οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι έχουν δικαίωμα σε χρηματικές παροχές ασθένειας. Οι εργαζόμενες, οι άνεργες και οι γυναίκες με ειδικές ανάγκες έχουν δικαίωμα σε παροχή μητρότητας.

Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, οι παροχές ασθένειας και μητρότητας μπορεί να χορηγούνται και όσο παραμένετε ή διαμένετε σε άλλο κράτος μέλος.

Το πρώτο σημαντικό συμπληρωματικό μέτρο που πρέπει να αναφερθεί είναι συμπληρωματική ασφάλεια για ανικανότητα. Αυτή η ασφάλεια σχεδιάζεται για τις συγκεκριμένες ομάδες όπως μη μισθωτών, όπως οι ιατροί. Προκειμένου να γίνει κατανοητή αυτή η συμπληρωματικής ασφάλεια για την ανικανότητα εργασίας, που προσφέρεται από πολλούς ένα κεφάλαιο ασθένειας, είναι χρήσιμο να είναι γνωστό ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες στο Βέλγιο δεν είναι θεσμικά ασφαλισμένοι για τη βραχυπρόθεσμη εργασία-ανικανότητα, και έχουν μόνο λίγη κάλυψη στη νομική ασφάλεια αναπηρίας.

Αυτό το κενό καλύπτεται μέσα από τα κεφάλαια ασθένειας με την προσφορά στα μέλη τους ενός συμπληρωματικού ασφαλιστήριου συμβολαίου. Οι πολιτικές για την ανικανότητα εργασίας περισσότερων από ενός ετών είναι σε όλες τις εθελοντικές περιπτώσεις, σε αντιδιαστολή με τις πολιτικές για τη βραχυπρόθεσμη ανικανότητα εργασίας: παραδείγματος χάριν, διάφορα κεφάλαια ασθένειας υποχρεώνουν τα αυτοαπασχολούμενα μέλη τους να πάρουν αυτήν την ασφάλεια μαζί με την ασφάλεια για "λίγη" υγειονομική περίθαλψη. Αυτό δεν είναι πάντα η περίπτωση εν τούτοις. Ένα δεύτερο μέρος είναι το κάπως ξεπερασμένο γάμος-επίδομα. Αυτή η υπηρεσία προορίζεται να ενθαρρύνει τους νέους για να σώσει, προκειμένου να υπάρξουν μερικοί οικονομικοί πόροι τη στιγμή του γάμου, ή πιο πρόσφατα, όταν αρχίζουν από κοινού. Σε περίπτωση που το μέλος δεν είναι παντρεμένο πριν από την ηλικία 30, ή σταματά την αποταμίευση πριν από εκείνη την ηλικία, ένα χαμηλότερο χρηματικό ποσό επιστρέφεται.

Μόνο οι εθνικές ενώσεις των κεφαλαίων ασθένειας έχουν την άδεια για να οργανώσουν αυτήν την οικονομική υπηρεσία..

Τέλος, υπάρχει μια μεγάλη διαφοροποιημένη ομάδα υπηρεσιών που πρέπει να αναφερθεί. Οι πραγματικά ενεργές αυτές οι υπηρεσίες διαφέρουν, ανάλογα με την εθνική ένωση, η

περιοχή ή το κεφάλαιο ασθένειας που είναι για κάθε ενδιαφερόμενο. Τα παραδείγματα τέτοιων ευρέως υπηρεσιών είναι ασφάλιστρα γέννησης, ασφάλιστρα γάμου, ασφάλιστρα γενεθλίων και υπηρεσίες νεολαίας (παραδείγματος χάριν ταξίδια διακοπών για τα παιδιά).

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι των ιδιωτικών συνεργατών και της οικονομικής σχέσης τους με τα κεφάλαια ασθένειας θεωρούνται πάρα πολύ ομιχλώδης. Επομένως, ένα πρώτο βήμα προς περισσότερη διαφάνεια έγινε πρόσφατα με τη βοήθεια δύο μέτρων⁷⁰: αρχικά, τα κεφάλαια ασθένειας δεν επιτρέπονται πλέον να συνάψουν τις συμφωνίες συνεργασίας με άλλους ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς όσον αφορά τους στόχους που αποτελούνται μόνο από την παροχή οφελών σε μετρητά ή σε είδος, δεδομένου ότι δεν απαιτούν οποιαδήποτε συγκεκριμένη πρόσθετη οργάνωση αφετέρου, μια ειδική έκθεση πρέπει να γίνει όσον αφορά τις οικονομικές μεταφορές μεταξύ των κεφαλαίων ασθένειας και των συνεργατών τους.

Ο έλεγχος των κεφαλαίων ασθένειας είναι τριπλάσιος. Οι εθνικές ενώσεις των κεφαλαίων ασθένειας είναι υποχρεωμένες για να εγκαταστήσουν έναν εσωτερικό μηχανισμό, προκειμένου να ελεγχθούν αρκετά τα κεφάλαια ασθένειάς τους. Αυτός ο εσωτερικός μηχανισμός πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει την ισχύ και την ακρίβεια του τρόπου με τον οποίο οι οικονομικές ενέργειες κάθε μεμονωμένου κεφαλαίου ασθένειας υποβάλλονται σε επεξεργασία στη λογιστική, και συμμορφώνονται με ορισμένα ποιοτικά πρότυπα. Καμία διάκριση δεν γίνεται εν προκειμένω μεταξύ της νομικής κοινωνικής ασφάλειας και της εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλειας.

Αφετέρου, είναι υποχρεωτικό για κάθε κεφάλαιο ασθένειας και την εθνική ένωση των κεφαλαίων ασθένειας να διορίσουν έναν αναγνωρισμένο διορθωτή επιχείρησης, ο στόχος των οποίων είναι να ελέγξουν τους πόρους χρηματοδότησης και τη λογιστική. Αυτό το πρόσωπο έχει το στόχο και τη λογιστική και την ποιότητα του εσωτερικού ελέγχου, και για να εκθέσει τα αποτελέσματα αυτού του ελέγχου στα κεφάλαια ασθένειας,

A. Ιατρική φροντίδα

Υπάρχουν δύο σχέδια που προσφέρουν τη νομική κοινωνική ασφάλεια που αντισταθμίζει τις δαπάνες σχετικές με την υγειονομική περίθαλψη. Ο πρώτος, και κατά πολύ ο μεγαλύτερος, είναι το γενικό σχέδιο, στο οποίο οι υπάλληλοι, οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι πολυάριθμες κατηγορίες που ήταν δεδομένων των ίδιων δικαιωμάτων καλύπτονται. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες και τα οικογένεια-μέλη τους είναι θεσμικά ασφαλισμένοι σε ένα

⁷⁰ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F.. *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ25.

χωριστό σχέδιο που καλύπτει τους μεγάλους κινδύνους γενικού σχεδίου μόνο. Για τους μικρότερους κινδύνους, μια κατηγορία στενεύει συνεχώς, οι ελεύθεροι επαγγελματίες μπορούν να πάρουν εθελοντική φροντίδα υγείας σαν ασφάλιση. Περίπου οι μισοί από τους ελεύθερους επαγγελματίες συμμετέχουν πλήρως στην ομάδα αλληλεγγύης του γενικού σχεδίου. Και τα τρία σχέδια επιστρέφουν κυρίως στις ιατρικές δαπάνες, που έπειτα παρέχουν ή που αγοράζουν τις υγειονομικές υπηρεσίες. Τα συγκεκριμένα θέματα που πρέπει να εξεταστούν όσον αφορά το ρόλο των κεφαλαίων ασθένειας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αφορούν την οικονομική ευθύνη τους, την εθελοντική ασφάλεια των ελεύθερων επαγγελματιών για τους μικρούς κινδύνους, και μια εκτενή κατηγορία πρόσθετων ασφαλιστήριων συμβολαίων και υπηρεσιών που προσφέρονται από τα κεφάλαια ασθένειας. Παρόμοια με τη διοίκηση της νομικής ασφάλειας για την εργασία ή ανικανότητα, κεφάλαια ασθένειας είναι κυρίως κατελιμμένη με την επιστροφή των μελών τους για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψής τους, με τους πόρους που παραλαμβάνονται από το RIZIV. Ήδη έχει αναφερθεί ότι η οικονομική ευθύνη για τα κεφάλαια ασθένειας στα πλαίσια της ασφάλειας για την ανικανότητα εργασίας περιορίζεται στα διοικητικά έξοδα. Η υγειονομική περίθαλψη είναι διαφορετική, γιατί η οικονομική ευθύνη της περιλαμβάνει όχι μόνο τα διοικητικά έξοδα, αλλά και τις δαπάνες της ασφάλειας της ίδια υγειονομικής περίθαλψης. Ο κανονισμός έρχεται κάτω στα εξής: κάθε κεφάλαιο ασθένειας λαμβάνει ένα χρηματικό ποσό, για την καταβολή των επιδομάτων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία αποτελείται από δύο μέρη. Ένα πρώτο ποσό υπολογίζεται βάσει των δαπανών που έχουν υποστεί στο παρελθόν από το κεφάλαιο σχετικό ασθένειας. Αυτό το ποσό, που δεν είναι επαρκές για να καλύψει όλες τις δαπάνες, συμπληρώνεται από ένα ποσό που καθορίζεται από έναν τύπο που απεικονίζει ο κίνδυνος-σχεδιάγραμμα της ομάδας μελών του κεφαλαίου ασθένειας. Όταν ένα κεφάλαιο ασθένειας είναι σε θέση να ξοδέψει λιγότερο απ' ό,τι πληρώνεται από το RIZIV, μπορεί να κρατήσει ένα μέρος του πλεονάσματος. Σε περίπτωση έλλειψης των πόρων, εντούτοις, ένα κεφάλαιο ασθένειας πρέπει να βρει τον τρόπο του να αντιμετωπίσει, παραδείγματος χάριν, με τη χρέωση στα μέλη του μιας πρόσθετης συμβολής. Αυτός ο μηχανισμός αναμένεται να επιβραδύνει τη συνεχή αύξηση εκείνης της μερίδας του κρατικού προϋπολογισμού που αφιερώνεται στην υγειονομική περίθαλψη.

Τα βελγικά κεφάλαια ασθένειας χρηματοδοτούν διάφορες δραστηριότητες εκτός από τη διοίκηση των νομικών ασφαλιστικών σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης. εδώ, μόνο οι σημαντικότεροι θα εξεταστούν. Μια πρώτη δραστηριότητα είναι η εθελοντική κοινωνική ασφάλιση για τη λίγη υγειονομική περίθαλψη που διακινδυνεύει αντιμετώπιση από τους ελεύθερους επαγγελματίες.

Οι κάτοικοι του Βελγίου δεν είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένοι για τη συσκευασία της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στο γενικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι αποκαλούμενες "λίγες" δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι η διαφορά μεταξύ των δύο σχεδίων. Για αυτούς τους κινδύνους, οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν την επιλογή της κοινωνικής ασφάλειας που προσφέρεται από τα κεφάλαια ασθένειάς τους. Υποστηρίζεται με τη βοήθεια μιας σταθερής επιχορήγησης από τον κράτος-προϋπολογισμό, που διανέμεται στη μεμονωμένη ασθένεια τα κεφάλαια με τη βοήθεια ενός τύπου που απεικονίζεται από το κίνδυνο-σχεδιάγραμμα της ομάδας μελών κάθε μεμονωμένου κεφαλαίου ασθένειας. Οι περισσότερες από τις δαπάνες των κεφαλαίων ασθένειας, εντούτοις, πρέπει να πληρωθούν από τα κατ' αποκοπή ασφάλιστρα που πληρώνονται από τα μέλη τους. Ένας δεύτερος τύπος ασφάλειας που προσφέρεται από τα κεφάλαια ασθένειας είναι να καλυφθούν οι δαπάνες για την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Οι αυξανόμενες δαπάνες για τα άτομα που χρειάζονται προσοχή νοσοκομείων καθιστούν αυτήν την ασφάλεια μάλλον δημοφιλή με τους υπαλλήλους και τους ελεύθερους επαγγελματίες. Το προσφερθέν όφελος χρησιμοποιημένο να αποτελέσει από ένα καθημερινό κατ' αποκοπή ποσό. Σήμερα, εντούτοις, όλο και περισσότερα κεφάλαια ασθένειας προσφέρουν την πλήρη αποζημίωση για όλες τις δαπάνες σχετικές με μια παραμονή στο νοσοκομείο που δεν καλύπτονται από τα νομικά σχέδια κοινωνικής ασφάλειας. Η ασφάλεια εισαγωγής σε νοσοκομείο μπορεί να είναι είτε εθελοντική είτε υποχρεωτική, ανάλογα με το κεφάλαιο ασθένειας. Διάφορα κεφάλαια ασθένειας υποχρεώνουν τα μέλη τους να πάρουν την ασφάλεια όταν ενώνουν το κεφάλαιο, αλλά μπορεί πάντα να ολοκληρωθεί. Συχνά, ολόκληρη μια συσκευασία συμπληρωματικής ασφάλισης υπηρεσιών πωλούνται. Οι συνεισφορές που καταβάλλονται σε ένα τέτοιο κεφάλαιο ασθένειας αποτελούνται από ένα κατ' αποκοπή ποσό που ποικίλλει σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση του ασφαλισμένου και του νομικού σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης στο πρόσωπο ανήκει. Οι συνεισφορές που καταβάλλονται στα κεφάλαια ασθένειας που προσφέρουν εθελοντική ασφάλιση τείνουν να είναι αρκετά υψηλότερες, ανάλογα με το πώς η ασφάλεια είναι κατάλληλη για το μεμονωμένο μέλος. Μερικές φορές η συμβολή εξαρτάται από την ηλικία του μέλους, και τους υποτελείς που είναι ασφαλισμένοι με τον.

Τρίτον, οι παροχές ασθένειας προσφέρουν στα μέλη τους (και μόνο στα μέλη τους) τα ασφαλιστήρια συμβόλαια που καλύπτουν τις δαπάνες της μεταφοράς σε περίπτωση ασθένειας. Μια διάκριση γίνεται μεταξύ των εξόδων μεταφοράς μέσα στο Βέλγιο, και των δαπανών για τη μεταφορά από στο εξωτερικό. Η πρώτη υπηρεσία έχει γίνει υποχρεωτική για τα μέλη όλων των παροχών ασθένειας. Με την επιστροφή των δαπανών που επιλαμβάνονται, ή με το

συμπέρασμα των υπηρεσία-συμβάσεων με τους τρίτους, τα κεφάλαια ασθένειας εγγυώνται στα μέλη τους μια υπηρεσία μεταφορών σε περίπτωση επείγουσας μεταφοράς σε ένα νοσοκομείο, μεταφοράς σε ή μεταξύ των νοσοκομείων για τη διάγνωση ή τη θεραπεία και μεταφοράς του αίματος, του πλάσματος ή άλλων ουσιών. Αυτή η υπηρεσία λαμβάνει μόνο μια πολύ μικρή κρατική επιχορήγηση.

Η υπηρεσία για τη μεταφορά από το εξωτερικό είναι στο Βέλγιο γνωστό καλύτερα ως *"Eurocross"*, *"Eurocall"* ή *"Interfoon"*, αυτό οργανώνεται στο επίπεδο των εθνικών ενώσεων των κεφαλαίων ασθένειας και αποτελούνται από τη βοήθεια σε περίπτωση υγειονομικής περιθαλψης έκτακτης ανάγκης κατά να μείνουν προσωρινά στο εξωτερικό, και τον επαναπατρισμό του μέλους. Τα προσφερθέντα οφέλη εξαρτώνται από τη χώρα στην οποία οι ανάγκες μελών βοηθούν.

Τα συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης ασθένειας πρέπει να έχουν νομικό πρόσωπο βάσει του ιδιωτικού νόμου, δεν μπορούν να είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα όμως και πρέπει να περάσουν από μια διαδικασία αναγνώρισης προτού να μπορέσουν να αρχίσουν τις δραστηριότητές τους. Τα κεφάλαια προσοχής έχουν επίσης μια υποχρέωση να δεχτούν οποιοδήποτε αίτημα για την ιδιότητα μέλους. Χρησιμοποιώντας την ίδια λογική, το διάταγμα απαγορεύει τα κεφάλαια παροχής για να αρχίσει οποιοσδήποτε ασφαλιστικές δραστηριότητες. Ο λόγος για αυτό πρόκειται να βρεθεί στον κίνδυνο των υπό όρους πωλήσεων. Αυτός ο διαχωρισμός δεν ήταν τόσο ακριβής, ο συνεταιρισμός με ένα κεφάλαιο προσοχής θα μπορούσε εύκολα να συνδεθεί με το συνεταιρισμό με ένα κεφάλαιο ασθένειας ή με την αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστικών προϊόντων

Η πρόταση απομακρύνει τη γενική υποχρέωση να γίνει αποδεκτό οποιοδήποτε αίτημα για την ιδιότητα μέλους και στοχεύει στην αντικατάσταση της με μια απαγόρευση για να αρνηθεί την ιδιότητα μέλους⁷¹ λόγω της κατάστασης ηλικίας, φύλου ή της υγείας. Οι υπό όρους πωλήσεις, επομένως, θα είναι δυνατές. Εάν αυτή η τροποποίηση γίνει αποδεκτή, μια ασφαλιστική εταιρεία θα είναι σε θέση να οργανώσει ένα κεφάλαιο προσοχής για τους πελάτες της μόνο. Το ίδιο πράγμα ισχύει για τα κεφάλαια ασθένειας, τα οποία ήδη ανοιχτά έχουν επιλέξει να οργανώσουν τα κεφάλαια προσοχής για τα μέλη τους μόνο, αν και δεν είναι σίγουρο εάν οι ιδιωτικές εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες θέλουν να συμμετέχουν στη διοίκηση. Η πρόταση τροποποιεί επίσης το διάταγμα σχετικά με το ζήτημα εάν τα κεφάλαια προσοχής επιτρέπονται να πραγματοποιήσουν άλλες δραστηριότητες, δεδομένου ότι δηλώνει ότι επιτρέπονται για να πραγματοποιήσουν οποιαδήποτε δραστηριότητα που

⁷¹ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insurance*.ASSC.Belgium.2001,σελ 36.

συνδέεται με την εξάρτηση. Αυτό θα σήμαινε ότι τα κεφάλαια προσοχής μπορούν να αρχίσουν τα συμπληρωματικά ιδιωτικά ασφαλιστικά προϊόντα οι ίδιοι ή να διανείμουν και να προαγάγουν τα προϊόντα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

7.2. ΓΑΛΛΙΑ

Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στην Γαλλία⁷² τα πρώτα συστήματα ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας.

Το Γαλλικό σύστημα Κοιν. Ασφάλισης μοιάζει με το Γερμανικό. Βασίζεται στην άλλη-λεγγύη ένα αίσθημα υψηλό για τους Γάλλους και αυτό εξηγεί γιατί το σύστημα από την αρχή αλλά και σήμερα δεν είναι ενιαίο.

Έτσι σήμερα το Γαλλικό σύστημα Κοιν. Ασφάλισης που καλύπτει το 85% του πληθυσμού αποτελείται από τέσσερις μεγάλους Οργανισμούς.

- 1) Τον Γενικό Οργανισμό Ασφάλισης υγείας, μητρότητας, Αναπηρίας, γήρατος, θανάτου, ατυχημάτων για τους μισθωτούς του ιδιωτικού Τομέα και τα μέλη των οικογενειών τους που δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.. Επίσης στο σύστημα αυτό εντάσσεται και το Εθνικό Ταμείο Σύνταξης γήρατος με την **Βασική** και την **συμπληρωματική σύνταξη**.
- 2) Τον Αγροτικό Ασφαλιστικό Οργανισμό
- 3) Τους Οργανισμούς για συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων
- 4) Οι Οργανισμοί για τους ελεύθερους επαγγελματίες

Το Γαλλικό Κράτος⁷³ εγγυάται όλο το σύστημα Κοιν. Ασφάλισης με το να θεσπίζει τους κανόνες το Γαλλικό Κοινοβούλιο και η Κυβέρνηση να εκτελεί μέσω του Υπουργείου Προϋπολογισμού.

Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες:

- 1) *Τον βασικό (κύρια ασφάλιση)*
- 2) *Τον συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση) και*
- 3) *Τον υπερσυμπληρωματικό*

Οι δύο πρώτοι πυλώνες είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος προαιρετικός.

⁷² Μιχαλοπούλου-Δώρη,Α., Πιέρρος, Φ., *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρώπης*, Παπαζήση, Αθήνα, 1992,σελ 69.

⁷³ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria,σελ110.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γαλλία αποτελείται από ορισμένα νομικά συστήματα όπως αποκαλούνται και από διάφορες συμπληρωματικές μορφές.

7.2.1. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

Η επικουρική ασφάλιση στη Γαλλία είναι υποχρεωτική⁷⁴ και καλύπτει όλους τους εργαζομένους. Υπάρχουν πολλοί φορείς επικουρικής ασφάλισης, οι οποίοι οργανώνονται αφενός σύμφωνα με το καθεστώς που ισχύει για την ασφάλιση των στελεχών και αφετέρου με το καθεστώς ασφάλισης που ισχύει για τους εργάτες.

Τα Επικουρικά Ταμεία χορηγούν σύνταξη, η οποία υπολογίζεται ανάλογα με τη διάρκεια του ασφαλιστικού βίου, τις καταβληθείσες εισφορές και το όριο ηλικίας των ασφαλισμένων που είναι το 60^ο έτος.

Εκτός από την υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση υπάρχει και καθεστώς ασφάλισης σε προαιρετική βάση η υπερσυμπληρωματική, σε επίπεδο επιχείρησης ή ομάδας εργαζομένων, του οποίου η διαχείριση είτε είναι αυτόνομη, είτε έχει ανατεθεί σε ασφαλιστικές εταιρίες. Η ασφάλιση αυτή αφορά κυρίως μικρό αριθμό εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και τόσο οι εισφορές όσο και οι παρεχόμενες συντάξεις και τα επιδόματα είναι σε χαμηλότερη βάση σε σχέση με την υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση.

7.2.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΡΑΣΗΣ

Τα συμπληρωματικά προγράμματα αποσκοπούν είτε στο να καλύψουν τα κενά που αφήνουν τα νομικά καθεστάτα είτε στο να καταβάλλουν (συμπληρωματικές παροχές: τα συμπληρωματικά καθεστάτα σύνταξης είναι υποχρεωτικά για όλους όσους υπάγονται στο γενικό και το γεωργικό καθεστώς. Ρυθμίζονται από συλλογικές συμβάσεις και τη διαχείριση τους αναλαμβάνουν εκπρόσωποι των εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι ασφαλισμένοι δικαιούνται συμπληρωματικής σύνταξης, εκτός από εκείνη που λαμβάνουν δυνάμει του γενικού καθεστώτος. η προστασία κατά της ανεργίας αποκλείεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με τη γαλλική έννοια και αρχικά περιοριζόταν στην καταβολή βοηθημάτων.

Σήμερα είναι υποχρεωτική για όλους τους εργοδότες και τους μισθωτούς, ρυθμίζεται από συλλογικές συμβάσεις και χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Αποτελείται από δύο τμήματα, τη διαχείριση των οποίων έχουν αναλάβει από κοινού οι

⁷⁴ Vansteenkiste,S.,Devezi,S. And Goyens,F..*Private partners in social insurance*,ASSC,Belgium,2001.σελ 89.

εκπρόσωποι των εργοδοτών και των εργαζομένων: το καθεστώς ασφάλισης, που χρηματοδοτείται από εισφορές και το καθεστώς αλληλεγγύης, που χρηματοδοτείται από το κράτος και χορηγεί παροχές στους ανέργους που δεν έχουν δικαίωμα σε ασφαλιστικές παροχές.

Η κοινωνική πρόνοια παρέχεται από το κράτος και χρηματοδοτείται από την κεντρική και την τοπική κυβέρνηση. Το 1988 καθιερώθηκε το κατώτατο εισόδημα ένταξης (Γενεύη) για την εγγύηση ενός κατώτατου επιπέδου εισοδήματος στους πλέον ενδεείς και για τη διευκόλυνση τους να επιστρέψουν στην εργασία και να επανενταχθούν στην κοινωνία. Οι επαγγελματικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, που διοικούνται από τα μέλη τους, χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των μελών και χορηγούν συμπληρωματικές παροχές σε περίπτωση ασθένειας, μητρότητας, γήρατος, αναπηρία

7.2.3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η παροχή υγείας και οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν αλλάξει δραματικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, και το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να είναι πιθανότατα ένας από τους σημαντικότερους πασφάλους στη γαλλική κοινωνία ως και το έτος 2000. Η ζήτηση αυξάνεται φυσιολογικά, και η πλευρά ανεφοδιασμού προσαρμόζει τις μετατροπές στην κοινωνία που είναι κυρίως συνδεδεμένες με τις προοδευτικές δημογραφικές μετατοπίσεις και την εισαγωγή μιας νέας τεχνολογίας. Από τη πλευρά των προμηθειών, το σύστημα ρυθμίζεται από συμβατικά μέτρα που είναι σύμφωνα μεταξύ τριών εθνικών Ταμείων ασφάλισης υγείας (Caisses Nationales d'Assurance Maladie) και ειδικών ασθένειας που προορίζονταν σαν εγγύηση πρόσβασης για εκείνα τα μέλη που ήταν ασφαλισμένοι στη ποιότητα φροντίδας και για τον κοινό έλεγχο των δαπανών.

7.3. ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

7.3.1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα από τα μικρότερα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης⁷⁵ που βρίσκεται σφηνωμένο ανάμεσα στη Γαλλία, το Βέλγιο και τη Γερμανία με μόλις 450.000 κατοίκους από τους οποίους το 1/3 είναι αλλοδαποί, Το λουξεμβουργιανό καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης χορηγεί τις παρακάτω παροχές:

⁷⁵ Μιχαλοπούλου-Δώρη,Λ., Πιέρρος,Φ., *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρώπης*. Παταζήση.Αθήνα, 1992,σελ 88-90.

1. παροχές ασθένειας και μητρότητας παροχές εργατικού ατυχήματος και επαγγελματικής ασθένειας
2. παροχές αναπηρίας, γήρατος και επιζώντων
3. παροχές ανεργίας
4. οικογενειακές παροχές

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Η ιστορία της Κ.Α στο Λουξεμβούργο

1901	Προβλέπεται η κάλυψη της ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
1902	Καλύπτεται το ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
1911	Καθιερώνονται ΟΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ
1947	Θεσπίζονται τα ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ
1976	Προβλέπεται η χορήγηση ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΕΡΓΙΑΣ
1998	Καθιερώνεται για πρώτη φορά Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ
1999	Καθιερώνονται για πρώτη φορά ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

Πηγή: Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η., *Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη*. Σιδέρης, Αθήνα, 1992, σελ. 113.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ Κ.Α. ΣΤΟ ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟΥΣ ΕΞΗΣ

ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ:

- ✓ Ασθένεια-Μητρότητα (παροχές σε είδος-παροχές σε χρήμα)
- ✓ Παροχές εξάρτησης (παροχές σε είδος-παροχές σε χρήμα)
- ✓ Συντάξεις Γήρατος
- ✓ Παροχές σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος και επαγγελματιών ασθενειών
- ✓ Οικογενειακές παροχές
- ✓ Συντάξεις Αναπηρίας
- ✓ Συντάξεις επιζώντων

Δυνάμει του καθεστώτος ασφάλισης σύνταξης⁷⁶, οι συντάξεις, όπως και οι εισφορές, σχετίζονται με το επαγγελματικό εισόδημα για τους απασχολούμενους και, σε μικρότερο βαθμό, με τα έτη απασχόλησης. Όσον αφορά τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα, για όλα τα άτομα ισχύει το

⁷⁶ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*. Αθήνα, 1972, σελ. 45.

ίδιο ποσοστό εισφορών και παροχών, ενώ για τους μισθωτούς του δημόσιου τομέα υπάρχει ένα μη ανταποδοτικό σύστημα που χορηγεί πιο γενναιόδωρες παροχές.

Οι παροχές ασθένειας σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία είναι πληρωτέες σε ποσοστό 100% του επαγγελματικού εισοδήματος, ενώ όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, το κόστος της θεραπείας επιστρέφεται από τα ταμεία ασθένειας (σε όλες ισχύει το ίδιο επίπεδο παροχών και εισφορών) ή, όταν το κόστος είναι υψηλό, καταβάλλεται άμεσα.

7.3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ

Τα σύστημα κοινωνικής βοήθειας⁷⁷ που εξαρτάται από τους πόρους αποσκοπεί στο να εγγυάται ένα κατώτατο επίπεδο εισοδήματος σε κάθε νοικοκυριό, ωστόσο οι προϋποθέσεις είναι λιγότερο αυστηρές για τα άτομα που δεν είναι σε θέση να εργαστούν, τα άτομα με παιδιά, τους ηλικιωμένους και άλλες μειονεκτούσες ομάδες. Η ασφάλιση κατά της ασθένειας περιλαμβάνει παροχές σε χρήμα και σε ειδικότητες. Οι παροχές σε χρήμα χορηγούνται υπό μορφή επιδομάτων ασθένειας ατυχήματος, μητρότητας κλπ. . Για την κύρια ασφάλιση δεν απαιτούνται χρονικά προϋποθέσεις, σε αντίθεση με την συμπληρωματική ασφάλιση .

7.3.3. Ο ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ

Καθιερώθηκε με τον νόμο του 1999 με τον οποίο εισήχθη ένα νέο νομοθετικό πλαίσιο στα συμπληρωματικά συνταξιοδοτικά συστήματα οργανωμένα από τις επιχειρήσεις για το σύνολο των εργαζομένων τους.

Κάθε επιχείρηση είναι ελεύθερη, στα πλαίσια πάντα των διατάξεων του Νόμου, να ιδρύει συμπληρωματικά⁷⁸ συστήματα Συνταξιοδότησης, να καθορίζει την οργάνωσή τους, τις προϋποθέσεις υπαγωγής, τη χρηματοδότηση, το επίπεδο παροχών, τους τρόπους χορήγησης τους κ.λ.π. Ο νόμος καθορίζει τα δικαιώματα των ασφ/νων σε περίπτωση μετακίνησής τους και σε περίπτωση αφερεγγυότητας της επιχείρησης.

Τα συμπληρωματικά συστήματα συνταξιοδότησης προωθούνται από τους εργοδότες άλλοτε απ' ευθείας και άλλοτε μέσω συλλογικών συμβάσεων.

Δύνανται να χρηματοδοτούνται είτε με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα είτε με βάση το διανεμητικό σύστημα. Η διαχείρισή τους κατά κανόνα ανατίθεται στον ιδιωτικό τομέα.

⁷⁷ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insurance*,ASSC,Belgium,2001,σελ.66-69.

⁷⁸ *Complementary Health Schemes in the European Communities*,EC Seminar,Bauaria,σελ.156.

Σε σύνολο 12.730 Επιχειρήσεων, στις 683 προβλέπεται συμπληρωματική ασφάλιση σε ποσοστό 5,36%. Ο νόμος αναφέρει επίσης ότι η υπαγωγή στο συμπληρωματικό σύστημα συνταξιοδότησης είναι υποχρεωτική για κάθε νέο μισθωτό μετά τη ψήφιση του νόμου για τα συμπληρωματικά συστήματα συνταξιοδότησης. Αρμόδια Αρχή Ελέγχου των συμπληρωματικών συστημάτων συνταξιοδότησης είναι η Γενική Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης.

7.4 ΟΛΛΑΝΔΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο Ολλανδικό σύστημα κοινωνικής προστασίας διακρίνονται: η κοινωνική ασφάλιση και η κοινωνική βοήθεια.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει⁷⁹:

- ✓ Τα συστήματα Εθνικής Ασφάλισης που καλύπτουν:
- ✓ Την Ασφάλιση Σύνταξης Γήρατος (AOW),
- ✓ Την Ασφάλιση Σύνταξης Επιζώντων (ANW),
- ✓ Την Ασφάλιση Επιδομάτων Τέκνων (AKW),
- ✓ την Ασφάλιση για Εξαιρετικές Ιατρικές Δαπάνες (AWBZ).
- ✓ Τα συστήματα Ασφάλισης Μισθωτών που αφορούν στο σύνολο των εργαζομένων και καλύπτουν:
- ✓ Την Ασφάλιση Ασθένειας (ZW),
- ✓ Την Ασφάλιση Ανικανότητας (WAO, WAZ, WAJONG),
- ✓ Την Ασφάλιση Ανεργίας (WW), και
- ✓ Την Ασφάλιση Υγείας (ZFW),

Στο ασφαλιστικό σύστημα της Ολλανδίας εντάσσονται και τα Επαγγελματικά Συστήματα ασφάλισης (Δεύτερος Πυλώνας).

Πέραν των ανωτέρω, ως Τρίτος Πυλώνας, λειτουργεί και η ιδιωτική ασφάλιση.

⁷⁹ www.europa.gr.

7.4.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει μια πολύ ευρεία περιοχή. Το άρθρο 20 του ολλανδικού συντάγματος δηλώνει πώς η ολλανδική κυβέρνηση⁸⁰ διατυπώνει την ευθύνη της όσον αφορά κοινωνική ασφάλεια. Το άρθρο 20 (κεφάλαιο 1, "θεμελιώδη δικαιώματα") του ολλανδικού συντάγματος δηλώνει ότι: η ασφάλεια του πληθυσμού και η διανομή της ευημερίας υπόκεινται στην προσοχή της κυβέρνησης το καταστατικό παρέχει τους κανόνες σχετικά με τα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης οι ολλανδοί υπήκοοι στις Κάτω Χώρες, που δεν έχουν αρκετά χρήματα, έχουν το δικαίωμα στη βοήθεια που παρέχεται από το κράτος και που ρυθμίζεται από το καταστατικό.

Σε γενικές γραμμές, όλα τα μέτρα που κατευθύνονται προς την προστασία του εισοδήματος (συμπεριλαμβανομένων των μέτρων πρόληψης και επανενοποίησης) και αποτελούν μέρος της κυβερνητικής ευθύνης θεωρούνται μέρος της κοινωνικής ασφάλισης. Αυτοί περιλαμβάνουν όχι μόνο τις εισοδηματικές μεταφορές και όφελος-μέσα - είδος, αλλά και τα φορολογικά μέτρα (όπως η φορολογική ανακούφιση στις εξαιρετικές δαπάνες σχετικές με τις ιατρικές δαπάνες) και τα μέτρα σχετικά με την παροχή απασχόλησης (όπως η προφυλαγμένη απασχόληση). Επιπλέον, η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης δεν περιορίζεται από την αιτία της απώλειας εισοδήματος ή του τύπου δαπανών για τους οποίους η πληρωμή παρέχεται. Κατά συνέπεια, τα μέτρα όπως η χρηματοδότηση των μελετών, των επιχορηγήσεων μισθώματος και της νομικής ενίσχυσης για τα πρόσωπα των περιορισμένων μέσων πρέπει να περιληφθούν στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς επίσης και της διάταξης για τέτοιες περιπτώσεις όπως την επαγγελματική ανικανότητα, την ανεργία και τα γηρατειά. Η κοινωνική ασφάλιση έχει επίσης μια ευρεία προσωπική σφαίρα επιρροής. Γενικά, η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει και τα δύο γενικά σχέδια (π.χ. για όλους τους κατοίκους) και τα σχέδια για τις ειδικές κατηγορίες ατόμων (υπάλληλοι, δημόσιοι υπάλληλοι, μόνοι - μισθωτοί, θύματα πολέμου κ.λπ.). Τέλος, η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει και συλλογικά μέτρα (π.χ. η κοινωνική ελάχιστη πολιτική) και εκείνα που στοχεύουν στα άτομα.

Εντούτοις, τα όρια της κοινωνικής ασφάλισης σύρονται συνήθως λιγότερο ευρέως. Παραδείγματος χάριν, τα φορολογικά μέτρα και τα συλλογικά μέτρα κανονικά αποκλείονται. Αυτή επίσης είναι γενικά η περίπτωση με την προφυλαγμένη απασχόληση. Στις Κάτω Χώρες, η κοινωνική ασφάλιση είναι συνήθως περιορισμένη στα μέτρα που αποτελούν μέρος των παροχών εθνικής ασφάλειας και του κοινωνικού κράτους κοινωνικής πρόνοιας, υπό τον

⁸⁰ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*. ASSC, Belgium, 2001, σελ. 96.

όρο ότι οι παροχές του κοινωνικού κράτους κοινωνικής πρόνοιας εν λόγω είναι μόνο εκείνες που είναι ευθύνη του Υπουργείου για τις κοινωνικές υποθέσεις και απασχόληση.

7.4.2. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η συμμετοχή της κυβέρνησης⁸¹ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης περιγράφεται στο άρθρο 22 του ολλανδικού συντάγματος. Η κυβέρνηση είναι δεσμευμένη στη λήψη των μέτρων για να προαγάγει τη δημόσια υγεία. Εντούτοις, αυτό δεν σημαίνει ότι οι δημόσιες αρχές είναι οι μόνοι προμηθευτές. Το ολλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από τρία διαμερίσματα. Το πρώτο διαμέρισμα είναι τα ιατρικά οφέλη που παρέχονται από τον εξαιρετικό νόμο ιατρικών δαπανών (*Algemene υγρό Bijzondere Ziektekosten*, "AWBZ"/το 1999, 15,8 εκατομμύρια άνθρωποι καλύφθηκαν από το AWBZ και οι δαπάνες για το AWBZ ανήλθαν σε 29,6 δισεκατομμύριο πflg (13,4 Euro). Το δεύτερο διαμέρισμα είναι τα ιατρικά οφέλη που παρέχονται από τον υποχρεωτικό νόμο ασφάλειας υγείας (*Ziekenfondswet*, "ZFWy και τη μεμονωμένη ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης. Το 1999 9,9 εκατομμύρια άνθρωποι καλύφθηκαν από το ZFW και οι δαπάνες για το ZFW ανήλθαν σε (11,7 Euro). Το τρίτο διαμέρισμα είναι εθελοντική συμπληρωματική ασφάλεια και ιδιωτικοποιείται εντελώς. Μόνο τρία τοις εκατό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης γίνονται σε αυτό το διαμέρισμα.

Τα Ταμεία ασθένειας (*Ziekenfondsen*) εφαρμόζουν το ZFW. Πρέπει να αναγνωριστούν από την επιτροπή για την ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης (*College voor Zorgverzekeringen*). Εξασφαλίζουν ότι οι ασφαλισμένοι άνθρωποι μπορούν επιτυχώς να απαιτήσουν τα ιατρικά οφέλη. Εντούτοις, δεν παρέχουν οποιαδήποτε οφέλη οι ίδιοι. Αντ' αυτού, συμμετέχουν στις συμφωνίες με τους ικανούς επαγγελματίες ή τα αναγνωρισμένα ιδρύματα που παρέχουν την ιατρική φροντίδα. Το κεντρικό σώμα για τα δασμολόγια υγειονομικής περίθαλψης (*Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg*) πρέπει να εγκρίνει τα δασμολόγια σχετικά με τα οποία τα συμβαλλόμενα μέρη συμφωνούν .

- συμπληρωματική ασφάλεια

Οι άνθρωποι που ασφαλίζονται για το ZFW μπορούν να επιλέξουν τη συμπληρωματική ασφάλεια εάν επιθυμούν τα οφέλη που δεν είναι μέρος νομικών οφελών.

⁸¹ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ 169.

7.4.3.ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ασφάλιση Σύνταξης Γήρατος (ΑΟW) (ΠΡΩΤΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ)

Το μοναδικό υποχρεωτικό συνταξιοδοτικό σύστημα είναι η ασφάλιση σύνταξης γήρατος (ΑΟW). Προβλέπει τη χορήγηση σύνταξης χωρίς έλεγχο εισοδήματος, το ποσό της οποίας είναι ενιαίο (flatrate), για όλους τους κατοίκους της Ολλανδίας ηλικίας 65 ετών και άνω και σχετίζεται με τον καθαρό ελάχιστο μισθό. Ο ελάχιστος μισθός διαμορφώνεται με τις συλλογικές διαπραγματεύσεις.

Από το 1996 και μετά, η σχέση ανάμεσα στο ποσό της σύνταξης γήρατος και τον ελάχιστο μισθό έχει αποκατασταθεί. Επίσης παρέχεται η δυνατότητα συμπληρωματικής σύνταξης όταν ο δικαιούχος έχει σύντροφο ή συγκάτοικο κάτω των 65 ετών. Το συμπληρωματικό ποσό ανέρχεται στο 50% του καθαρού ελάχιστου μισθού. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματος από εργασία του νεότερου συντρόφου, αφαιρείται από τη συμπληρωματική σύνταξη. Από το 2015, δε θα παρέχεται συμπληρωματική σύνταξη. Όσοι συμπληρώνουν την ηλικία των 65 ετών μετά το 2014 και ζουν με νεότερο σύντροφο που δεν έχει εισόδημα, θα καλύπτουν ιδιωτικά τη διαφορά που θα προκύπτει στο εισόδημά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Συνολικές Δαπάνες Υγείας για την Ολλανδία (έτος 1998)	
Κοινωνική Ασφάλιση	71%
Ιδιωτική Ασφάλιση	15%
Ιδιωτικές Πληρωμές	9%
Κρατική επιχορήγηση	5%

Πηγή: *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ 98.

Το οργανωτικό σχήμα της συνολικής ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας στην Ολλανδία στηρίζεται κυρίως στην κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση. Αντίθετα με ό,τι ισχύει στις ΗΠΑ (με έντονα αναπτυγμένο θεσμό Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, HMO, PPO,), (point of service μορφή HMO υψηλότερου κόστους με ευελιξία στη επιλογή γιατρών εντός συστήματος) πρόκειται για ένα γενικό σύστημα υγείας που καλύπτει όλους τους πολίτες, ενώ η τρίτη ηλικία δικαιούται ιδιαίτερες παροχές με χαμηλές εισφορές. Ειδικότερα, το ασφαλιστικό σύστημα υποδιαιρείται σε 3 επιμέρους κατηγορίες.

Κατηγορία 1: Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει ασφάλιση για φροντίδα υγείας υψηλού κόστους. Οι περιπτώσεις αυτές θεωρούνται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με ιδιωτικές πληρωμές ή ιδιωτική ασφάλιση και εμφανίζονται με τον όρο «ανασφάλιστοι κίνδυνοι». Ο συγκεκριμένος τομέας περίθαλψης καλύπτεται από μια ειδική δημόσια ασφάλιση υγείας, στα πλαίσια του «Δράση για Ειδικές Ιατρικές Δαπάνες» (AWBZ). Αφορά στην ιατρική και νοσοκομειακή φροντίδα των πολιτών μετά από τη συμπλήρωση ενός έτους συνεχούς νοσηλείας (χρόνια και βαριά περιστατικά), των ψυχικών ασθενειών, της μητρότητας κατά της διάρκειας της εγκυμοσύνης και του τοκετού και της παιδικής ηλικίας. Όλοι οι πολίτες ασφαλιζονται αυτόματα στην A\WBZ, έναντι εισφορών ύψους 9,6% του φορολογητέου εισοδήματός τους.

Κατηγορία 2: Ο δεύτερος τομέας περιλαμβάνει την ασφάλιση ευρύτερου φάσματος ιατρικής φροντίδας, όπως γενική ιατρική, ιατρικές ειδικότητες, οδοντιατρικό προληπτικό έλεγχο ενηλίκων, νοσηλευτική φροντίδα μέχρι ένα έτος (μετά ενεργοποιείται η A\WBZ) και φαρμακευτική περίθαλψη. Το κόστος αυτής της κατηγορίας παροχών υγείας καλύπτεται από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση. Τα περισσότερα νοσοκομεία της Ολλανδίας ανήκουν σε ή διαχειρίζονται από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η παράδοση της ιδιωτικής ιδιοκτησίας δεν ανατράπηκε όπως στην περίπτωση του Η.Β., με την κρατικοποίηση του συστήματος υγείας. Στην πραγματικότητα, η εμπλοκή της ολλανδικής κυβέρνησης στο σύστημα υγείας ξεκίνησε το 1941, η *HEALTH INSURANCE ACT* τροποποιήθηκε σε υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας (ZFW) αμέσως μετά τον πόλεμο, ενώ παράλληλα όλο και περισσότεροι πολίτες απευθύνθηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση. Η δημόσια ασφάλιση ή Ταμείο Ασθενείας (ZFW,) είναι υποχρεωτική για τα εισοδηματικά κλιμάκια κάτω του ποσού των 20 εκατ. Οι εισφορές παρακρατούνται αυτόματα από τους μισθούς των πολιτών και ανέρχονται σ' ένα πάγιο ποσό των 72.000 δρχ ετησίως συν ένα ποσοστό μεταξύ 1,2% και 5,6% ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του ασφαλιζόμενου.

Οι ελεύθεροι επαγγελματίες και η κατηγορία των εργαζομένων με ετήσιο εισόδημα άνω των 20 εκατ. υποχρεώνονται σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η κατηγορία αυτή καλύπτει 32% του πληθυσμού με αποτέλεσμα να εκμηδενίζεται ο ανασφάλιστος πληθυσμός. Η «αντίστροφη επιλογή» δεν ισχύει στο Ολλανδικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, αφού οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να ασφαλίσουν κάθε « πολίτη που εκδηλώνει ενδιαφέρον. Τα ασφάλιστρα ποικίλουν ανάλογα με το είδος και μέγεθος της ασφαλιστικής κάλυψης και αποδίδονται άμεσα στην ασφαλιστική εταιρεία. Για τις απλές ιδιωτικές ασφαλιστικές καλύψεις (όμοιες με εκείνες του δημοσίου), τα ασφάλιστρα μπορεί να είναι κάπως πιο χαμηλά λόγω της πολιτικής της «απαλλαγής».

Κατηγορία 3: Άλλες παροχές υγείας που δεν περιλαμβάνονται στις δύο πρώτες κατηγορίες.

Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι το ολλανδικό σύστημα υγείας συμμετέχει στον προβληματισμό για το συνεχώς αυξανόμενο συνολικό κόστος υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στο διοικητικό.

Το ολλανδικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χωρίζεται σε τέσσερα κύρια καθεστώτα⁸²: ένα καθεστώς ασφάλισης των *μισθωτών* και ένα γενικό καθεστώς ασφάλισης, ένα καθεστώς αποκλειστικά για τους δημόσιους υπαλλήλους και συμπληρωματικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι συμπληρωματικές κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τη γενική φορολογία και η καταβολή των παροχών εξαρτάται από τους πόρους. Ως τμήμα των υπηρεσιών αυτών, οι δήμοι υποχρεούνται να παρέχουν βοήθεια σε κάθε άτομο που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το κόστος στοιχειώδους συντήρησης. Εάν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, η βοήθεια αυτή μπορεί να χορηγείται σε ξένους υπηκόους στις Κάτω Χώρες και σε ολλανδούς που κατοικούν στο εξωτερικό.

Το στοιχειώδες επίπεδο συντήρησης ορίζεται στο ύψος των γενικών παροχών ασφάλισης και εξαρτάται, κατά τον ιδιότροπο, από την οικογενειακή κατάσταση και τις προσωπικές συνθήκες.

Δεν υπάρχει και παρόλα αυτά ενιαίος φορέας. Η Τράπεζα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τα Συμβούλια Εργασίας καλύπτουν την ασφάλιση αναπηρίας και ατυχήματος.

Οι διάφορες επαγγελματικές οργανώσεις φροντίζουν για την παροχή επιδομάτων μητρότητας. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται τα γενικά Ταμεία Υγείας, ενώ για την ασφάλιση της ανεργίας μεριμνούν, πλην των επαγγελματικών οργανώσεων και το Γενικό Ταμείο Ανεργίας. Οι διάφοροι άλλων παροχών χορηγούνται από τους άνω φορείς.

Στην ασφάλιση ασθενείας παρατηρούμε ότι υπάγονται όλοι οι επί μισθό παρέχοντες εξαρτημένη εργασία, εφόσον το ετήσιο εισόδημα αυτών δεν υπερβαίνει τα 8000 γκίλντερς, οι συνταξιούχοι, οι άνεργοι, οι οικοδότοι υπηρέτες, δημοτικοί και κοινοτικοί υπάλληλοι κλπ. Για άλλες κατηγορίες εργαζομένων (Δ. υπάλληλοι, σιδηροδρομικοί κλπ.) υπάρχουν ειδικά Κλαδικά Ταμεία.

Οικογενειακά επιδόματα λαμβάνουν οι επί μηνιαία αντιμισθίοι εργαζόμενοι σε οποιαδήποτε εργασία, οι συμβασιούχοι δημόσιοι, δημοτικοί και λοιποί υπάλληλοι, εφόσον δεν καλύπτονται δι' άλλου νόμου.

Στην επικουρική ασφάλιση συμμετέχουν υποχρεωτικά οι μισθωτοί οι υπαγόμενοι Στην ασφάλιση ασθενείας, οι επιδοτούμενοι άνεργοι, οι ναυτικοί, οι έκτακτοι δημόσιοι

⁸² Καβουρά. Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 2001, σελ 96.

υπάλληλοι, ορισμένες κατηγορίες κληρωτών, οι οποίοι τυγχάνουν να είναι οι προστάται οικογενείας και οι κάτω των 65 ετών συνταξιούχοι. Προαιρετικός δύνανται να συμμετάσχουν στην επικουρική ασφάλιση όσοι επιθυμούν να συμπληρώσουν την νοσοκομειακή ή σανατορική περίθαλψη κ.ά..

7.4.4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Περιλαμβάνει παροχές σε χ ρ ή μ α και σε είδος.

- ✓ Οι παροχές σε χρήμα συνίστανται σε επιδόματα ασθενείας, κηδείας και μητρότητας.
- ✓ Το επίδομα ασθενείας ανέρχεται στο 80 % του μισθοί του ασφαλισμένου και χορηγείται κατ' ανώτατον ορίων μέχρι ενός Έτους.
- ✓ Τά έξοδα κηδείας του αποθανόντος ασφαλισμένου, χορηγούνται στους οικείους του και καλύπτουν, συνήθως, 30ημερομίσθια.
- ✓ Παροχές σε χρήμα δεν χορηγούνται Στα προστατευόμενα μέλη του ασφαλισμένου
- ✓ Το επίδομα μητρότητας καλύπτει το 60 % του μισθοί τής εργαζομένης επί 6 εβδομάδας προ και μετά τον τοκετών, πλην των περιπτώσεων ανικανότητας προς εργασία, δε δύναται να παραταθεί ή επιδότηση και μέχρι ένα έτος. Χορηγείται επίσης και ειδικό επίδομα τοκετοί .

Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται στους αμέσως ασφαλισμένους, τά προστατευόμενα υπ' αυτούς άτομα και στους συνταξιούχους, οι οποίοι ασφαρίζονται κατά τής ασθενείας. Ισχύει ο θεσμός του οικογενειακού ιατροί. Σε άλλα Ταμεία βρίσκεται υπό υπαλληλική εξάρτηση άσε αλλά όμως δύναται να ασκεί ελευθέρως, δεχόμενος επί σύμβαση ασθενείς του Ταμείου. Οι ιατροί τών ειδικοτήτων συμβάλλονται με τα διαφορά Ταμεία ασθενείας και προσφέρουν περίθαλψη έναντι ορισμένης αμοιβής. Ως επί το πλείστον ο ασφαλισμένος δύναται ελευθέρως να προσέλθει στον ιατρό τής προτιμήσεως του, εφ' όσον είναι συμβεβλημένος με το Ταμείο .

Τα πολυάριθμα Ταμεία Ασθενείας προσφέρουν ανοικτή ιατρική περίθαλψη, φαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική, φυσιοθεραπεία, προσθετικά μηχανήματα κλπ.

Στήν ανοικτή περίθαλψη ο οικογενειακός (γενικός) ιατρός παραπέμπει τόν ασθενή Στον ειδικευμένο. Η αλλαγή του οικογενειακού ιατροί, ο οποίος αμείβεται κατά κεφαλήν ασφαλισμένου, δύναται να γίνει τρεις φορές το έτος . Συμμετοχή του ασφαλισμένου στήν δαπάνη τής επισκέψεως δεν υπάρχει.

Προκειμένου για προμήθεια φαρμάκων υπάρχει κατάλογος επιτρεπομένων να χορηγηθούν ιδιοσκευασμάτων, κατόπιν εγκρίσεως του ελέγχου του Ταμείου. Η δαπάνη των φαρμάκων καταβάλλεται από το Ταμείο απ' ευθείας στο Φαρμακείον.

Η εκλογή του θεραπευτηρίου από τόν ασφαλισμένων περιορίζεται μεταξύ τών συμβεβλημένων Νοσοκομείων, στην Ολλανδία είναι σχεδόν όλα. Τά νοσηλεία καταβάλλονται από το Ταμείο στο Νοσοκομείο ή τήν ιδιωτική κλινική. Η διάρκεια νοσηλείας είναι περιορισμένη. Σανατορική περίθαλψη δεν προσφέρεται, χορηγούνται όμως σανατορικά επιδόματα.

7.4.5.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

(ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ)

Στο δεύτερο πυλώνα κοινωνικής ασφάλισης εντάσσονται τα επαγγελματικά ή συμπληρωματικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης τα οποία παρέχουν αποκλειστικά συντάξεις γήρατος υπό τύπον μισθού. Υπόκεινται σε συλλογικές διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους (εργαζόμενους και εργοδότες). Δεν υπάρχει γενική νομοθετημένη υποχρέωση για τους εργοδότες να δημιουργήσουν επαγγελματικά συνταξιοδοτικά προγράμματα. Ωστόσο, εφόσον υπάρξουν κάποιες δεσμεύσεις για παροχή σύνταξης, αυτές πρέπει να τηρηθούν. Οι επαγγελματικές συντάξεις χρηματοδοτούνται στη βάση του κεφαλαιοποιητικού συστήματος. Ο Νόμος για τα Συνταξιοδοτικά και Αποταμιευτικά Ταμεία φροντίζει ώστε να τηρείται αυτή η αρχή. Η πιο σημαντική αρχή είναι ότι οι εισφορές πρέπει να τοποθετούνται εκτός της επιχείρησης. Αυτό γίνεται μέσω συμφωνίας με μια ασφαλιστική εταιρεία (άμεση ασφάλιση), ή με την ίδρυση ενός επιχειρησιακού συνταξιοδοτικού Ταμείου ή με την προσχώρηση σε ένα κλαδικό συνταξιοδοτικό Ταμείο (σε επίπεδο βιομηχανίας). Δεδομένου ότι τα επαγγελματικά ταμεία δημιουργούνται μέσω διαπραγματεύσεων, η ισχύς των εργατικών σωματείων είναι συνήθως καθοριστική για το πως θα γίνει η διαχείριση των συντάξεων. Αν το σωματείο είναι σχετικά αδύναμο, είναι πιθανότερο το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα να διοικείται μέσω ασφαλιστικής εταιρείας ή από ένα εταιρικό επαγγελματικό Ταμείο. Όταν το σωματείο είναι ισχυρό, είναι πιθανότερο να δημιουργηθεί ένα συνταξιοδοτικό πρόγραμμα για ολόκληρη τη βιομηχανία-κλάδο και να διοικείται μέσω ενός κλαδικού επαγγελματικού Ταμείου. Η συνολική εισφορά εργοδότη και εργαζομένου κυμαίνεται μεταξύ 12% και 18% επί του μισθού. Οι συντάξεις φορολογούνται ως εισόδημα. Επειδή τα επαγγελματικά Ταμεία δεν δημιουργούν κέρδη, απαλλάσσονται από τη φορολογία των

επιχειρήσεων η οποία επιβάλλεται στα κέρδη. Οι ασφαλιστικές εταιρείες υπόκεινται σε φορολογία εάν είναι κερδοφόρες.

Στόχος των περισσότερων προγραμμάτων είναι να αναπληρώνουν κατά 70% τον τελευταίο μισθό που λάμβανε ο ασφαλισμένος μετά από 40 χρόνια συμμετοχής, αλλά ορισμένα προγράμματα στοχεύουν στην αναπλήρωση κατά 70% του μέσου όρου μισθού κατά τη διάρκεια του επαγγελματικού βίου. Τα επαγγελματικά συνταξιοδοτικά προγράμματα θεωρούνται συμπληρωματικά στην κρατική σύνταξη (AOW). Επομένως, το ποσό της σύνταξης γήρατος που δικαιούται ο ασφαλισμένος λαμβάνεται υπόψη στον υπολογισμό της συμπληρωματικής σύνταξης, ώστε να φτάσει στον ανωτέρω στόχο του 70% του μισθού. Ένα συλλογικό επαγγελματικό Ταμείο έχει ως στόχο την παροχή σύνταξης όταν επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, δηλαδή η αναπηρία, το γήρας ή ο θάνατος, οπότε δικαιούνται παροχής οι σύζυγοι των ασφαλισμένων (ή και οι ανύπαντροι σύντροφοι υπό ορισμένες προϋποθέσεις) και τα παιδιά τους (κάτω των 30 ετών) είτε είναι φυσικά είτε υιοθετημένα.

7.5. ΑΓΓΛΙΑ

Το συνταξιοδοτικό σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου συνίσταται σε μία συνεργασία μεταξύ του κράτους (το οποίο παρέχει την βασική κρατική σύνταξη και την κρατική ανάλογη του εισοδήματος σύνταξη- S.E.R.P.S.), των εργοδοτών (οι οποίοι παρέχουν επαγγελματικά συνταξιοδοτικά σχήματα) και των ασφαλιστικών εταιριών (οι οποίες παρέχουν ιδιωτικές συντάξεις).

7.5.1. ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Αγγλίας από τρεις πυλώνες:

- ✓ Βασική κρατική σύνταξη (υποχρεωτική, ανταποδοτική, ενιαία)
- ✓ Επικουρική κρατική ανάλογη του εισοδήματος σύνταξη (υποχρεωτική, ανταποδοτική)

■ **Δεύτερος πυλώνας:**

Επαγγελματικά συνταξιοδοτικά σχήματα (προαιρετική υπαγωγή) Προσφερόμενα από τον εργοδότη

■ **Τρίτος πυλώνας:**

- ✓ Προσωπικά προγράμματα συνταξιοδότησης
- ✓ Stakeholder pensions

ΠΡΩΤΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ: 1) ΒΑΣΙΚΗ ΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ (Basic State Pension)

(αποδίδεται από το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο)

Η βασική κρατική σύνταξη είναι ανταποδοτικού και αναδιανεμητικού χαρακτήρα παροχή, και χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και την γενική φορολογία. Όλοι οι εργαζόμενοι και οι αυτοαπασχολούμενοι, εκτός των χαμηλόμισθων, πρέπει να πληρώσουν εισφορές στο Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης προκειμένου να θεμελιώσουν δικαίωμα στην βασική κρατική σύνταξη.

2) ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΚΡΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗ (SERPS-STATE EARNINGS-RELATED PENSION SCHEME. AND STATE SECOND PENSION) (αποδίδεται από το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο)

Ο θεσμός της επικουρικής κρατικής σύνταξης, (είναι γνωστή με το αρκτικόλεξο S.E.R.P.S) ή οποία είναι ανάλογη του εισοδήματος, εισήχθη στο Η.Β. το 1978 και έχει υποχρεωτικό ανταποδοτικό και μεικτό χαρακτήρα.

Από τον Απρίλιο του 2002, κατά τον οποίο η κυβέρνηση εισήγαγε την μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος, το SERPS μετατράπηκε στην Δεύτερη Κρατική Σύνταξη (STATE SECOND PENSION). Η μεταρρύθμιση του Απριλίου του 2002, μέσω της εισαγωγής της δεύτερης κρατικής σύνταξης επιδιώκει την ενίσχυση των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων των εργαζομένων με χαμηλές ή μέτριες αποδοχές, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι για πρώτη φορά μπορούν να θεμελιώσουν δικαίωμα στην επικουρική σύνταξη για περιόδους κατά τις οποίες δεν μπορούν να δουλέψουν λόγω ανικανότητας, ασθένειας ή απουσίας από την εργασία λόγω φροντίδας παιδιών ή ανήμπορων ατόμων εφόσον καταβάλλονται οι ανάλογες εισφορές κ.α. Η κυβέρνηση μελετά την περίπτωση, αν θα πρέπει να μετατρέψει την κρατική επικουρική σύνταξη σε ενιαίου τύπου παροχή προκειμένου να δίνεται κίνητρο στους μισθωτούς υψηλών αποδοχών να αποχωρούν του καθεστώτος της κρατικής επικουρικής σύνταξης για να υπαχθούν σε καθεστώς ιδιωτικού τύπου παροχής.

Όπως με την βασική σύνταξη, και η επικουρική δεν μπορεί να δοθεί πριν από το όριο συνταξιοδότησης, μπορεί όμως να μεταφερθεί μετά από αυτό λαμβάνοντας μεγαλύτερο ποσοστό σύνταξης. Υπάρχει δυνατότητα αποχώρησης από τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της 2^{ης} κρατικής σύνταξης και υπαγωγή σε ομαδικό ή ατομικό ιδιωτικό συνταξιοδοτικό σύστημα που προσφέρει τουλάχιστον ισοδύναμες εγγυήσεις. Περίπου το 60% των εργαζομένων υπάγονται σε τέτοια συστήματα αποχώρησης και δικαιούνται επιστροφής εισφορών

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ

Στο Η.Β. δεν είναι υποχρεωτικό οι εργοδότες να παρέχουν σύνταξη μέσω ενός επαγγελματικού συστήματος ή οι εργαζόμενοι να συμμετέχουν επαγγελματικό σύστημα όταν αυτό προσφέρεται από τον εργοδότη.

ΤΡΙΤΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ

1) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ (PERSONAL PENSIONS)

Εισήχθησαν το 1988. Προσφέρουν μία 2^η ιδιωτική σύνταξη⁸³ στους εργαζόμενους, των οποίων ο εργοδότης δεν παρέχει επαγγελματικό σχήμα ή σε αυτούς που αλλάζουν συχνά δουλειά. Παρέχουν επίσης πρόσθετη σύνταξη στους αυτοαπασχολούμενους.

7.5.2. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Η μικρή κάλυψη, που παρέχει⁸⁴ το σύστημα της κοινωνικής βοήθειας, αναγκάζει τους εργαζόμενους, αλλά και τους επιχειρηματίες, να δημιουργήσουν νέες μορφές κοινωνικής προστασίας, με το χαρακτήρα των ασφαλίσεων, άλλοτε ιδιωτικές με κερδοσκοπικό χαρακτήρα, άλλοτε συντεχνιακές-επαγγελματικές και συνδικαλιστικές μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Κατά το 19ο αιώνα με την εκβιομηχάνιση αναπτύσσονται οι ενώσεις αλληλοβοήθειας. Τα μέλη τους «στρατολογούνται» ανάμεσα στους καλύτερα αμοιβόμενους και το 1900 φθάνουν τα 14 εκατομμύρια, εκ των οποίων οι μισοί είναι ασφαλισμένοι για ασθένεια, το 1,5 εκατομμύριο για ανεργία και οι άλλοι για ασφάλιση θανάτου. Οι ενώσεις των συνδικάτων ασχολούνται, κυρίως, με την κάλυψη της ανεργίας.

Το βρετανικό σύστημα⁸⁵ της κοινωνικής προστασίας περιλαμβάνει τον καθαυτό φορέα της κοινωνικής ασφάλισης, το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι τρεις παραπάνω τομείς εξαρτώνται από το ίδιο Υπουργείο, της Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλειας στα πλαίσια της κυβέρνησης την ακολουθούμενη εθνική κοινωνική πολιτική και διοικεί κατευθείαν την Κοινωνική Ασφάλιση.

Οι τάσεις, που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση⁸⁶ της κοινωνικής προστασίας στη Μεγάλη Βρετανία, τα τελευταία χρόνια, συνδέονται με τις συνολικές οικονομικές επιλογές αυτής της χώρας και της κυβέρνησης της.

⁸³ www.ggka.gr

⁸⁴ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972, σελ. 36-40.

⁸⁵ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ. 55.

⁸⁶ Vansteenkiste, S., Devezzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ. 18-20.

7.6. ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Οι ιρλανδικές⁸⁷ παροχές κοινωνικής προστασίας είναι γενικά τριών ειδών: οι ανταποδοτικές (κοινωνική ασφάλιση) παροχές, οι οποίες χορηγούνται με βάση τις εισφορές:

- ✓ *Κοινωνική ασφάλιση ανάλογα με τις αποδοχές) που έχετε καταβάλει. Για τη χορήγηση κάθε παροχής απαιτείται να έχει καταβληθεί ορισμένος αριθμός εισφορών ΡΒ51 οι μη ανταποδοτικές (κοινωνική πρόνοια) παροχές, οι οποίες καταβάλλονται εφόσον ο αιτών ικανοποιεί τις προϋποθέσεις όσον αφορά τους πόρους.*
- ✓ Οι παροχές κοινωνικής πρόνοιας χορηγούνται στα άτομα που δεν ικανοποιούν τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση ανταποδοτικών παροχών ορισμένες καθολικές υπηρεσίες, όπως το επίδομα τέκνων, που δεν εξαρτώνται από τις εισφορές ΡΠ3Ι ούτε από τους πόρους του αιτούντος. Κάθε άτομο μπορεί να ζητήσει παροχές κοινωνικής προστασίας αυτοδικαίως εφόσον ικανοποιεί τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση τους. Εκτός από τις εισφορές ΡΗ3Ι ή την εξέταση των πόρων, υπάρχουν και άλλες προϋποθέσεις ανάλογα με την παροχή.

7.6.1 ΠΑΡΟΧΕΣ

Όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ιρλανδία δικαιούνται ορισμένες υπηρεσίες⁸⁸ υγείας και παροχές τέκνου.

Οι άλλες παροχές, συντάξεις και επιδόματα που διατίθενται σε ασφαλισμένους και τα συντηρούμενα από αυτούς μέλη είναι:

1. ορισμένες παροχές ιατρικής περίθαλψης, παροχή ασθένειας
2. σε χρήμα και παροχή μητρότητας
3. παροχές εργατικών ατυχημάτων
4. συντάξεις αναπηρίας
5. συντάξεις αποχώρησης και γήρατος
6. παροχές επιζώντων και ορφανών
7. παροχές ανεργίας

Τα άτομα που δεν δικαιούνται παροχές από (ορισμένα) τα παραπάνω ασφαλιστικά καθεστάτα μπορεί να δικαιούνται παροχές από τα καθεστάτα κοινωνικής πρόνοιας που υπάρχουν παράλληλα σε σχεδόν όλα τα διαθέσιμα καθεστάτα ασφάλισης.

⁸⁷ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001. σελ 33.

⁸⁸ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*. Αθήνα, 1972. σελ 45.

Όταν λήξει η κάλυψη⁸⁹ από την υποχρεωτική ασφάλιση και είστε κάτω των 66 ετών, μπορείτε να διατηρήσετε τα δικαιώματά σας για ορισμένες παροχές, όπως οι συντάξεις, καταβάλλοντος εθελοντικές εισφορές. Ωστόσο, αυτό είναι δυνατό μόνο εάν έχετε εργαστεί και έχετε καταβάλει εισφορές ΡΒ3Ι τουλάχιστον 156 εβδομάδων και εάν υποβάλετε αίτηση μέσα σε ορισμένη προθεσμία μετά τη λήξη της ασφάλισης.

7.6.2. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Το Συμβούλιο Εθελοντικής Ασφάλισης Υγείας είναι μία ημικρατική ασφαλιστική επιχείρηση η οποία, για ένα χαμηλό ασφάλιστρο, παρέχει ιατροφαρμακευτική ασφάλιση αντί για εκείνη που παρέχει το κράτος και παράλληλα με αυτήν την ασφάλιση.

Το συμβούλιο διαχειρίζεται ορισμένα καθεστώτα, τα οποία εκτός από το κόστος της αγωγής και της περίθαλψης σε νοσοκομείο καλύπτουν ορισμένες εξωτερικές ιατρικές δαπάνες.

7.6.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Ο θεσμός των Επαγγελματικών Ταμείων⁹⁰ υπάρχει στην Ιρλανδία από την εποχή των Βρετανών. Λόγω των σχετικά χαμηλών συντάξεων, η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει ανάγκη συμπλήρωσης του εισοδήματος από σύνταξη, γι' αυτό καταφεύγει στα Επαγγελματικά Ταμεία. Σήμερα μετέχει σε επαγγελματικό ταμείο το 50% των εργαζομένων, στόχος όμως είναι να φτάσει το ποσοστό στο 70%. Στην Ιρλανδία σήμερα υπάρχουν 97.931 επαγγελματικά ταμεία σε εθελοντική βάση. Μετέχουν 670.498 μέλη (εργαζόμενοι στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) Κάθε χρόνο αυξάνεται κατά μέσο όρο το ποσοστό των νέων μελών κατά 5%.

Κίνητρα για ασφάλιση σε επαγγελματικό ταμείο:

Απαλλαγή των ασφαλιστικών εισφορών από το φόρο. Οι Ιρλανδοί δίνουν μόνο το 10% περίπου του μισθού τους για εισφορές σε επαγγελματικό ταμείο, ποσό που θεωρείται ιδιαίτερα μικρό, αφού για να πάρει κάποιος από ένα Επαγγελματικό Ταμείο ποσό που αντιστοιχεί στο 50% της κρατικής σύνταξης πρέπει να συνεισφέρει τα παρακάτω ποσά: για μισθό 30.000 € , εάν αρχίζει να πληρώνει όταν είναι 30 ετών το 10% 45 ετών το 20% για μισθό 50.000 € , 30

⁸⁹ Μιχαλοπούλου Δώρα, Α. Πιέρρος, Φ. Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρώπης, Παπαζήση, Αθήνα, 1992, σελ 78.

⁹⁰ www.ggka.gr

ετών το 15% 45 ετών το 30% Οι εισφορές αυξάνονται α) λόγω των χαμηλών προσδοκιών από τις επενδύσεις & β) λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής.

Η Ιρλανδία είναι μία χώρα με ανεπτυγμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Το σύστημά της αποτελεί συνδυασμό δύο παραμέτρων, της κοινωνικής ασφάλισης και προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης σε όλους τους τομείς. Το χαμηλό ύψος των συντάξεων, ανταποδοτικών ή προνοιακών, σε σχέση με τις αποδοχές των εργαζομένων, δικαιολογεί τόσο την ύπαρξη πληθώρας προγραμμάτων συμπληρωματικής οικονομικής στήριξης του πληθυσμού, όσο και της ανάγκης για υπαγωγή των εργαζόμενων σε Επαγγελματικό Ταμείο, προκειμένου όταν βγουν στη σύνταξη να εξασφαλίσουν αξιοπρεπή διαβίωση.

Ειδικότερα, στον τομέα της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας, θέλοντας να εξασφαλίσει μια καλή πορεία και για το μέλλον, εγκαταλείπει την πολιτική των συνεχών επιδοτήσεων και προνομιακών συντάξεων και ενισχύει με πολλά προγράμματα την επανένταξη των ατόμων που λαμβάνουν σήμερα επιδόματα, στο εργασιακό δυναμικό της χώρας, δρομολογώντας παραμετρικές αλλαγές και στο ισχύον συνταξιοδοτικό σύστημα, στους κατωτέρω τομείς: α) στον τρόπο υπολογισμού των συντάξεων, μετακινούμενη από το σύστημα υπολογισμού με βάση το μέσο όρο των καταβλητέων ασφαλιστικών εισφορών, σε σύστημα υπολογισμού με βάση τις συνολικές καταβολές β) στην συγχώνευση των δύο συστημάτων συντάξεων που υπάρχουν σήμερα γ) στην παροχή κινήτρων για την αποθάρρυνση της συνταξιοδότησης και παραμονή στην εργασία και δ) τη μεγαλύτερη ενθάρρυνση για ένταξη σε Επαγγελματικά Ταμεία της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

8.1. ΙΣΠΑΝΙΑ

8.1.1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ –ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΙΣΠΑΝΙΑ.

Η Ισπανική κοινωνική⁹¹ ασφάλιση δεν περιλαμβάνει την ασφάλιση μόνο την ασφάλιση γήρατος. Αυτός ο τομέας της κοινωνικής προστασίας ενσωματώνεται στο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, μαζί με άλλους τύπους κάλυψης (υγεία, επιδόματα ασθένειας, μητρότητας και εγκυμοσύνης, μόνιμη ανικανότητα, θάνατος και επιδόματα επιζώντων, οικογενειακά επιδόματα, προστασία έναντι της ανεργίας και κοινωνικές υπηρεσίες) Δυνάμει του ισπανικού συστήματος κοινωνικής προστασίας υπάρχουν τρία επίπεδα παροχών το ανταποδοτικό καθεστώς, το επικουρικό καθεστώς και καθεστώς πρόνοιας ενώ, ταυτόχρονα, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι καθολική.

8.1.2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Δυνάμει του γενικού καθεστώτος, η ιατρική περίθαλψη παρέχεται στις παρακάτω κατηγορίες ατόμων:

- Μισθωτοί που υπάγονται στην κοινωνική ασφάλιση και έχουν ασφαλιστική ικανότητα ή βρίσκονται σε εξομοιούμενη κατάσταση. Για τους σκοπούς της χορήγησης της παροχής⁹² αυτής, θεωρούνται ότι καταβάλλουν εισφορές ακόμη και τα άτομα απέναντι στα οποία ο εργοδότης τους δεν εκπληρώνει τις ασφαλιστικές υποχρεώσεις του.
- Συνταξιούχοι και δικαιούχοι περιοδικών παροχών
- Οι συγγενείς α βαθμού του δικαιούχου

⁹¹ Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η., *Σύγκριση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη*, Σιδέρης, Αθήνα, 1992,σελ 28.

⁹² Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972,σελ 67-69.

8.1.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Εκτός των υποχρεωτικών συστημάτων⁹³, υπάρχουν συστήματα ή εργαλεία συμπληρωματικής ασφάλισης. Αυτά, όπως προκύπτει από το όνομα τους, προστίθενται στα υποχρεωτικά συστήματα, όμως δε μπορούν να τα υποκαταστήσουν ούτε και να λειτουργήσουν εναλλακτικά.

Τα συμπληρωματικά συστήματα δεν είναι υποχρεωτικά, δεδομένου ότι, βάσει του συντάγματος(άρθρο 41),έχουν προαιρετική βάση. Εντούτοις, συμπληρωματικά συστήματα μπορούν να δημιουργηθούν στο πλαίσιο συλλογικών διαπραγματεύσεων μεταξύ εργαζομένων και μισθωτών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι υποχρεωτικά για όλα τα μέλη που υπογράφουν τη συμφωνία. Παρόλο που τα συμπληρωματικά συστήματα λαμβάνουν διάφορες μορφές, αναπτύσσονται σε δυο σχήματα:

- *Αμοιβαία Ασφάλιση κοινωνικής πρόνοιας*
- *Συνταξιοδοτικά Συστήματα και Ταμεία, τα οποία μπορούν να λάβουν τρεις διαφορετικές μορφές:*

- Επαγγελματικά Συστήματα που δημιουργούνται στους κόλπους μιας επιχείρησης, συνδέοντας την επιχείρηση και τους εργαζομένους, Συλλογικά Συστήματα που δημιουργούνται από μία ομάδα ατόμων με δική τους πρωτοβουλία σε μια συλλογική βάση,
- Ατομικά Συστήματα.

Η Ισπανική κυβέρνηση δημιούργησε κίνητρα για τη δημιουργία συμπληρωματικών συστημάτων, με όλες τις μορφές που αναφέρονται παραπάνω. Τα ποσά που καταβάλλονται από τους εργοδότες εκπίπτουν από τους φόρους τους. Επίσης, τα ποσά που καταβάλλονται από τους μισθωτούς και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες εκπίπτουν από το φορολογούμενο εισόδημα τους. Γενικά, στην Ισπανία δεν υπάρχει δυνατότητα προαιρετικής⁹⁴ ασφάλισης στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, η υπαγωγή σε ένα υποχρεωτικό καθεστώς ασφάλισης (γενικό και ειδικό) μπορεί να συνεχιστεί μετά την παύση της επαγγελματικής δραστηριότητας ενός ατόμου σε εθελοντική βάση.

⁹³ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ 51.

⁹⁴ Vansteenkiste, S., Devezzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ90.

Αυτή η προαιρετική ασφάλιση πραγματοποιείται μέσω σύμβασης, που καλείται *CONVENIO ESPECIAL* (ειδική σύμβαση), την οποία συνάπτει ο ενδιαφερόμενος με την *DIRECCION PROVINCIAL DE LA TRESOSERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL* (Περιφερειακό Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) ή την *DIRECCION PROVINCIAL DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA* (Επαρχιακή Διεύθυνση του Κοινωνικού Ιδρύματος του Ναυτικού).

8.1.4.ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Οι τροποποιήσεις του Ισπανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο μιας μεγάλης πολιτικής συμφωνίας <<η συμφωνία του Τολέδο>> που επικυρώθηκε από όλα τα πολιτικά κόμματα που εκπροσωπούνται στο ισπανικό κοινοβούλιο, καθώς και στο πλαίσιο μιας κοινωνικής συμφωνίας που υπογράφηκε από την κυβέρνηση και την πλειοψηφία των συνδικαλιστικών οργανώσεων.

- Οι δύο συμφωνίες βασίζονται στα ακόλουθα θεμελιώδη στοιχεία:
- Την υποστήριξη σε ένα δημόσιο συνταξιοδοτικό σύστημα που χρηματοδοτείται αναδιανεμητικά.
- Μια καλύτερη αναλογικότητα ανάμεσα στις παροχές και τις εισφορές, ώστε οι καταβαλλόμενες συντάξεις να είναι περισσότερες σε σχέση με τις εισφορές που πληρώθηκαν.
- Να ενδυναμωθεί η αρχή της αλληλεγγύη, αυξάνοντας την προστασία στους αδικημένους τομείς και στις καταστάσεις που είναι πιο ευάλωτες.
- Να τροποποιηθεί η δομή της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, να προσαρμοσθούν οι πηγές χρηματοδότησης στα χαρακτηριστικά των παροχών, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που διατυπώθηκαν παραπάνω.
- Να αυξήσουν το ποσοστό υποκατάστασης των παροχών σύνταξης σε σχέση με τα εισοδήματα της ενεργούς ζωής. Αυτά τα συστήματα θεωρούνται συμπληρωματικά εργαλεία και βεβαίως όχι ως εναλλακτικά ή υποκατάστατα των δημόσιων συστημάτων.

Μια διαδικασία προορισμένη να αποκαταστήσει μια νέα πολιτική ομοφωνία, καθώς και μια κοινωνική συμφωνία ανάμεσα στην κυβέρνηση και τους κοινωνικούς εταίρους βρίσκεται καθ' οδόν, με σκοπό να ακολουθήσουν οι μεταρρυθμίσεις και να υπερασπισθεί και να βελτιωθεί υπό όρους το δημόσιο σύστημα βασισμένο στην αλληλεγγύη.

8.2. ΙΤΑΛΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

8.2.1. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το υποχρεωτικό ασφαλιστικό σύστημα της Ιταλίας μέχρι το 1992 ήταν κατακερματισμένο σε πενήντα διαφορετικά καθεστώτα. Έκτοτε, δημοσιονομικοί, δημογραφικοί και εργασιακοί λόγοι επέβαλαν τη μεταρρύθμιση κατά την οποία ενοποιήθηκαν προοδευτικά οι βασικοί κανόνες και τα περισσότερα από τα συστήματα τα διαχειρίζεται το Εθνικό Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης, στο οποίο αναλογούν τα δύο τρίτα των δαπανών και το οποίο ασφαρίζει την πλειονότητα των απασχολούμενων στον ιδιωτικό τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους. Την ασφάλιση των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα αναλαμβάνει ένας ξεχωριστός φορέας (INPDAP)⁹⁵. Τα πέντε μεγαλύτερα συστήματα καλύπτουν περίπου το 80% των συνολικών δημοσίων δαπανών για συντάξεις. Ο πρώτος άξονας – πυλώνας καλύπτει το 100% του εγγεγραμμένου απασχολούμενου πληθυσμού στην Ιταλία και περιλαμβάνει συντάξεις γήρατος – αναπηρίας και επιζώντων (θανάτου).

Οι συντάξεις και οι παροχές πρόνοιας αποτελούν την πιο σημαντική πηγή εισοδήματος για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Τη δεκαετία του 1990 έγιναν τρεις μεταρρυθμίσεις, οι οποίες ασχολήθηκαν με την πρόκληση της διασφάλισης οικονομικά βιώσιμων και επαρκών συντάξεων και αναμόρφωσαν ριζικά το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ιταλίας⁹⁶.

8.2.2. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΠΥΛΩΝΩΝ

Α. ΠΡΩΤΟΣ ΑΞΟΝΑΣ-ΠΥΛΩΝΑΣ

Το Ιταλικό σύστημα κοινωνικής προστασίας⁹⁷, με εξαίρεση την υγειονομική περίθαλψη, δεν είναι οργανωμένο με βάση ένα ενιαίο κριτήριο. Για κάθε τμήμα της κοινωνικής ασφάλισης, κυρίως για τις συντάξεις, υπάρχει και μια ειδική διοίκηση (ένας οργανισμός), η οποία είναι υπεύθυνη για τη συγκέντρωση των εισφορών και την παροχή των επιδομάτων.

⁹⁵ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F. *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001 σελ 30.

⁹⁶ www.ggka.gr

⁹⁷ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria.

B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ -ΑΞΟΝΑΣ -ΠΥΛΩΝΑΣ

Η Ιταλία δεν είχε παράδοση όσον αφορά τον δεύτερο πυλώνα ασφάλισης συγκριτικά με ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Αγγλία ή η Ολλανδία. Το ποσοστό εισφοράς του πρώτου πυλώνα που έφτανε το 33% σε συνδυασμό με τις γενναιόδωρες συνταξιοδοτικές παροχές, που πρόσφερε το κράτος δεν άφηνε πολλά περιθώρια συνεισφοράς οικονομικών πόρων και για το δεύτερο πυλώνα.

Με στοιχεία του 2001 το 29% των επιχειρήσεων στην Ιταλία πρόσφεραν προγράμματα ιδιωτικής συμπληρωματικής συνταξιοδότησης, ενώ το 58% πρόσφεραν προγράμματα του τρίτου πυλώνα με την μορφή ομαδικών ή ατομικών ασφαλιστηρίων ζωής.

Με τις μεταρρυθμίσεις του 1992, 1995 και 1997 ενθαρρύνεται η δημιουργία Συμπληρωματικών Συστημάτων Σύνταξης, τα οποία αποτελούν τον επονομαζόμενο Β΄ πυλώνα της αναθεώρησης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν :

- Τα κλειστά ταμεία και
- Τα ανοικτά ταμεία.

Τα κλειστά ταμεία ιδρύονται κυρίως με βάση συλλογικές διαπραγματεύσεις και συμφωνίες που πραγματοποιούνται μεταξύ των σωματείων των εργαζομένων και των εργοδοτών και για αυτό άλλωστε ονομάζονται και διαπραγματευόμενα ταμεία. Τα ανοικτά ταμεία, συναφή σε μεγάλο βαθμό με του τρίτου πυλώνα ιδιωτικά προγράμματα, ιδρύονται και διαχειρίζονται από οικονομικούς διαμεσολαβητές, δηλαδή από υποκείμενα ιδιωτικού δικαίου (τράπεζες, ασφαλιστικές εταιρείες, εταιρείες διαχείρισης επενδύσεων, χρηματομεσιτικές εταιρείες κ.α.) και δύναται να τα επιλέξουν μόνο οι εργαζόμενοι των οποίων η επιχείρηση δεν έχει ιδρύσει ένα κλειστό ταμείο για την συμπληρωματική ασφάλιση τους, αλλά και τα άτομα τα οποία απολύθηκαν από την επιχείρηση που είχε δικό της κλειστό ταμείο (μέθοδος «παρκαρίσματος» των εισφορών) αλλά και οι αυτοαπασχολούμενοι.

Στα κλειστά ταμεία το συνολικό ποσοστό που καταβάλλεται για την χρηματοδότηση της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης στην Ιταλία αποτελεί το 9,25% των ακαθάριστων αποδοχών των εργαζομένων το οποίο συνυπολογιζόμενο με το 32,7% (8,89% του εργαζομένου και 23,81% του εργοδότη) των εισφορών που καταβάλλονται για την χρηματοδότηση της υποχρεωτικής ασφάλισης φτάνει πλέον το 41,95% για την χρηματοδότηση του πρώτου και δεύτερου πυλώνα ασφάλισης. Το TFR γίνεται πρόβλεψη να μεταφέρεται στα επαγγελματικά ταμεία με στόχο την ενίσχυση του δεύτερου πυλώνα από πλευράς επάρκειας οικονομικών πόρων.

Πριν την μεταρρύθμιση του 1993 στην Ιταλία υπήρχαν 554 κλειστά συμπληρωματικά ταμεία, με 680.000 μέλη και αφορούσαν κυρίως κάποιες συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες, όπως τα διευθυντικά στελέχη των κλάδων του εμπορίου, βιομηχανίας, μεταφορών και του τουριστικού κλάδου, για τα οποία όμως δεν είχε προβλεφθεί ένα συντονισμένο και ειδικό θεσμικό πλαίσιο με αποτέλεσμα την πλήρη έλλειψη νομοθετικών ρυθμίσεων στήριξης και προϋποθέσεων χρηματοδότησής τους, τη μη ομοιόμορφη δομή και λειτουργία, αφού άλλα είχαν τη μορφή των προκαθορισμένων εισφορών και άλλα των προκαθορισμένων παροχών. Η διαχείριση των αποθεματικών πραγματοποιούταν εσωτερικά από τα ίδια ταμεία χωρίς την διαμεσολάβηση έγκυρων οικονομικών οργανισμών. Τα εν λόγω ταμεία χαρακτηρίζονταν από τον υποχρεωτικό χαρακτήρα υπαγωγής των μελών τους, σε αντίθεση με τα ταμεία που ιδρύθηκαν μετά το 1993, τα οποία ανέρχονται σε 139 (44 κλειστά και 9598 ανοικτά ταμεία) και λειτουργούν με βάση την προαιρετική και εθελουσία υπαγωγή των εργαζομένων. Τα ταμεία αυτά παρέχουν υπηρεσίες συμπληρωματικής ασφάλισης σε περίπου 1.700.000 μέλη (αν υπολογιστούν και τα μέλη του τρίτου πυλώνα / 10% του ενεργού πληθυσμού) βασιζόμενα στο κεφαλαιοποιητικό σύστημα διαχείρισης των κεφαλαίων τους και η συμμετοχή σε συνταξιοδοτικό ταμείο γίνεται πάντα σε εθελούσια βάση για τους εργαζόμενους και οι παροχές υπολογίζονται, εκτός από λίγες εξαιρέσεις, βάσει προκαθορισμένης εισφοράς.

8.2.3. ΕΠΟΠΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Οι νομοθετικές ρυθμίσεις του 1993 (Amato) και του 1995 (Dini) προσδιόρισαν τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις και παράγοντες με σκοπό την ασφάλεια και αποδοτικότητα της λειτουργίας των συμπληρωματικών ταμείων σύνταξης. Ο σκοπός ήταν να ενδυναμώσουν την εμπιστοσύνη του Ιταλικού λαού σ' αυτά τα ταμεία. Για αυτό το λόγο εκτός από ένα πολύπλοκο σύστημα κανόνων, αρχών και πρακτικών, που καλύπτουν την λειτουργία του συστήματος των οικονομικών διαμεσολαβητών, προέβλεψαν και υλοποίησαν τη δημιουργία δύο ανεξάρτητων αρχών ελέγχου και εποπτείας της συμπληρωματικής ασφάλισης.

Το COVIP99 αποτελεί την υπεύθυνη επιτροπή για τον έλεγχο των συνταξιοδοτικών ταμείων του δεύτερου πυλώνα ασφάλισης, ενώ το ISVAP είναι η αντίστοιχη αρχή για τον έλεγχο του ασφαλιστικού κλάδου και κατά συνέπεια του τρίτου πυλώνα. Στόχος τους είναι να επιδιώξουν την εύρυθμη και προσεκτική διαχείριση των συνταξιοδοτικών κεφαλαίων από τους

διαχειριστές τους και να επιτύχουν ότι τα αναμενόμενα έσοδα από τους οικονομικούς διαμεσολαβητές είναι εγγυημένα και ασφαλή με βάση το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει.

8.2.4. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ **ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Η φορολογική αντιμετώπιση των εισοδημάτων, των μηνιαίων προσόδων και των εφάπαξ αποζημιώσεων των ασφαλισμένων μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις χρονικές περιόδους, την περίοδο πριν το 1993, την περίοδο μετά το 1993, την περίοδο μετά το 1995 και την τωρινή κατάσταση με βάση την ρύθμιση του 2000. Πριν το 1992 οι εισφορές εκπίπτανε στο σύνολό τους χωρίς όρια. Μετά το 1992 τα ασφάλιστρα δεν φοροαπαλλάσσονται στο σύνολό τους, αλλά μόνο το 22% αυτών εκπίπτουν και μέχρι 2.500.000L. Τα εισοδήματα των μηνιαίων προσόδων μέχρι το 1988 υπάγονταν στο σύνολό τους στο φορολογητέο εισόδημα και μετά το 1988 υπήρξε ευνοϊκότερη μεταχείριση για τις προσόδους, που λαμβάνονταν από τις ασφαλιστικές εταιρείες με μείωση κατά 40% των εισοδημάτων που προέρχονταν από τις προσόδους και υπαγωγή μόνο του 60% των προσόδων στο φορολογητέο εισόδημα. Από το 1993 οι εισφορές εκπίπτανε από το εισόδημα του ασφαλισμένου σε ποσοστό 27% και μέχρι 2.500.000L. Η νομοθετική ρύθμιση του 1993 επέβαλε την υποχρεωτική υπαγωγή του 50% των κεφαλαίων του ασφαλισμένου στην μέθοδο των μηνιαίων προσόδων. Οι συγκεκριμένες αποζημιώσεις όταν προέρχονταν από τα κλειστά ταμεία υπάγονταν σε φορολόγηση στο σύνολό τους, ενώ, όταν προέρχονταν από τις ασφαλιστικές εταιρείες (τρίτος πυλώνας) μόνο το 60% αυτών των εισοδημάτων φορολογούνταν.

Στα εισοδήματα των μηνιαίων προσόδων που προέρχονται από τα σχήματα του δεύτερου πυλώνα υπολογίζεται μείωση 12,5% και το υπόλοιπο 87,5% υπόκειται σε φορολογία, ενώ, αυτά που προέρχονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες φορολογούνται με μείωση κατά 40%. Για τις εφάπαξ αποζημιώσεις ισχύουν ότι ίσχυε και για το 1993. Το 2000 ψηφίστηκε το φορολογικό πλαίσιο αντιμετώπισης, που ισχύει και μέχρι σήμερα. Το συγκεκριμένο πλαίσιο προσδιορίζει ότι οι εισφορές στις ασφαλιστικές εταιρείες εκπίπτουν μέχρι το 12% του συνολικού εισοδήματος του ασφαλισμένου και μέχρι του ποσού € 5.200 ενώ, οι εισφορές που καταβάλλονται στα συνταξιοδοτικά ταμεία του δεύτερου πυλώνα εκπίπτουν στο 12%^[7] του συνολικού εισοδήματος μόνο στην περίπτωση που μεταφέρεται σ' αυτά τα ταμεία το 50% του TFR. Επιπλέον, τα κέρδη των επενδύσεων που λαμβάνονται από

τα συμπληρωματικά προγράμματα συνταξιοδότησης κατά την εποχή καταβολής των εισφορών των ασφαλισμένων φορολογούνται με σταθερό συντελεστή 11% σε σύγκριση με τα κέρδη των Αμοιβαίων Κεφαλαίων (Α/Κ) τα οποία φορολογούνται με 12,5%.

Τέλος, οι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα να μεταφέρουν τα κεφάλαιά τους από ένα συμπληρωματικό πρόγραμμα σ' ένα άλλο, με την προϋπόθεση ότι έχουν περάσει τρία χρόνια από την στιγμή υπαγωγής των στο συγκεκριμένο ταμείο (για τα καινούργια ταμεία ισχύει η χρονική περίοδος των πέντε ετών).

8.2.5.ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Δυνάμει του καθεστώτος ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας, είδη παροχών: τις παροχές σε είδος (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) σε περίπτωση ασθένειας τις συμπληρωματικές παροχές. Οι παροχές αυτές περιλαμβάνουν ειδικές κατηγορίες παροχών:

- ✓ *τις χρηματικές παροχές σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία που οφείλεται σε ασθένεια*
- ✓ *ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και χρηματικές παροχές σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία λόγω μητρότητας. Επιπλέον, προβλέπεται ειδικό καθεστώς για τη φυματίωση*

8.2.6. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

Οι συμπληρωματικές παροχές χορηγούνται συνήθως έμμεσα με επιστροφή μέρους του κόστους. Οι παροχές αυτές περιορίζονται στην υδροθερμική θεραπεία και σε ορισμένες προθέσεις και ορθοπεδικά βοηθήματα, καθώς και σε ορισμένα θεραπευτικά μηχανήματα. Για τη χορήγηση των συμπληρωματικών παροχών, πρέπει να υποβάλετε αίτηση στο τοπικό κέντρο υγείας μαζί με τη γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού.

Α. Ο εθελοντικός τομέας αμοιβαιότητας

Το αρθ. 46 της πράξης μεταρρύθμισης¹⁰¹ για την παροχή υγείας δηλώνει ότι το "ο εθελοντικός τομέας αμοιβαιότητας είναι ελεύθερος .. στόχος (του) είναι να παρέχει υπηρεσίες ενσωματώνοντας τη βοήθεια υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από το NHS". Ο εθελοντικός τομέας αμοιβαιότητας υπήρξε πολύ πριν από το NHS: μερικές φιλικές εταιρείες επιστρέφουν μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, ενώ πολλά κεφάλαια ασθένειας προκύπτουν από

¹⁰¹ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ 77.

συμφωνίες συνδικάτων τη δεκαετία του '70. Στο παρελθόν, όπως σήμερα, αυτοί οι οργανισμοί προέρχονται από τη θέληση προνοητικών ατόμων όπως, εργαζόμενοι, επαγγελματίες που προστατεύονται από τους κινδύνους αρρώστιας (δηλ. οι δαπάνες της ιατρικής φροντίδας και η έλλειψη των αποδοχών). Το συστατικό της υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται συχνά με το συστατικό της πρόληψης. Ο ετερογενής τομέας περιλαμβάνει (α) τις αμοιβαίες κοινωνίες οφελών, (β) τα κεφάλαια της εταιρία για ασθένεια ", (γ) οι ασφαλιστικές ενώσεις ασθένειας. Το κοινό τους στοιχείο βρίσκεται στην ενθαρρυντική αρχή της αλληλεγγύης αναμεσα στα μέλη. Μπορεί να είναι μεμονωμένοι οργανισμοί, οργανωμένοι σε τοπική βάση (εταιρία, δημόσιες εταιρείες) ή συνενωμένοι σε ομοσπονδιακό εθνικό επίπεδο (αμοιβαία), ή σε εθνικό επίπεδο ενώσεις για ένα ολόκληρο ειδικό γκρουπ (π.χ. managers βιομηχανίας δημοσιογράφοι). Ειδικότερα στο Βόρειο και κεντρικό τμήμα της Ιταλίας είναι διασκορπισμένο με ένα τριχοειδή τρόπος. Αν και μια πλήρης απογραφή αυτών των οργανισμών δεν διατίθεται, το ποσοστό πρόκειται να υπερβεί τα 200 και να μείνει σε σταθερή αύξηση. Είναι ρυθμισμένα από τα καταστατικά τους, να πειθαρχούν στους εσωτερικούς οργανισμούς,, το δικαίωμα να είναι μέλη, ο αριθμός των μελών, οι τίτλοι και οι όροι της πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Οι τομείς εθελοντικής αμοιβαιότητας μπορεί να χρηματοδοτούνται είτε από την αναλογία των μισθών (1-3%) η από τις συντάξεις, είτε από ένα σταθερό ποσο. Πολλές εταιρίες συμβάλλουν με ένα σταθερό ποσοστό στους μισθούς. Τα ποσοστά χρηματοδότησης είναι συχνά αναθεωρημένα έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ισορροπία των απολογισμών.

8.2.7. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Η Ιταλία θα έχει τον υψηλότερο λόγο εξάρτησης ηλικιωμένων μεταξύ των σημερινών 15 κρατών μελών της ΕΕ: πάνω από 60% το 2050, ξεκινώντας από 26% το 2000. Η κυβέρνηση ξεκίνησε τη δεκαετία του 1990 να επεξεργάζεται λύσεις που θα μπορούσαν να εγγυηθούν τόσο την οικονομική βιωσιμότητα όσο και την επάρκεια των παροχών. Είχε υπολογιστεί ότι βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας το 1990, οι δαπάνες για συντάξεις θα ανέρχονταν σε 23% του ΑΕΠ το 2040 ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού.

Τα συμπληρωματικά συνταξιοδοτικά συστήματα επί του παρόντος διαδραματίζουν ελάσσονα ρόλο στη χορήγηση συντάξεων αλλά εξελίσσονται, κυρίως χάρη στην παροχή οικονομικών κινήτρων. Θα μπορούσαν να αντισταθμίσουν το χαμηλό ποσοστό αναπλήρωσης στον πρώτο άξονα, ωστόσο, θα πρέπει να αναπτυχθούν πλήρως σε πολλές εταιρείες και τομείς.

Περίπου 2.000.000 εργαζόμενοι έχουν εγγραφεί μέχρι σήμερα σε συμπληρωματικά συνταξιοδοτικά συστήματα. Οι απασχολούμενοι στο δημόσιο τομέα θίγονται από τα ίδια μεταρρυθμιστικά μέτρα που θίγουν και τους απασχολούμενους στον ιδιωτικό τομέα, αλλά για αυτή την κατηγορία εργαζομένων πρέπει να θεσπιστούν συμπληρωματικά συνταξιοδοτικά συστήματα.

8.3. ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Στην Πορτογαλία το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συνίσταται σε ένα ανταποδοτικό καθεστώς που βασίζεται στην ασφάλιση και σε ένα μη ανταποδοτικό καθεστώς που εξαρτάται από τους πόρους. Επιπρόσθετα, υπάρχει ένα ειδικό καθεστώς για τους δημόσιους υπαλλήλους και για πιο υψηλόμισθες κατηγορίες εργαζομένων. Το πορτογαλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συνίσταται σε ένα γενικό ανταποδοτικό καθεστώς και σε ένα μη ανταποδοτικό καθεστώς. Το γενικό καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης είναι ανταποδοτικό και περιλαμβάνει κάλυψη για τους μισθωτούς και για τους αυτοαπασχολούμενους και τα συντηρούμενα μέλη της οικογένειάς τους. Το μη ανταποδοτικό καθεστώς παρέχει κοινωνική προστασία για καταστάσεις που δεν καλύπτονται από το γενικό καθεστώς.

Οι δικαιούχοι και των δύο καθεστώτων κοινωνικής ασφάλισης καλύπτονται από το γενικό καθεστώς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

8.3.1. ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Κατά κανόνα, το γενικό καθεστώς¹⁰² κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει όλους τους εργαζομένους, αν και οι αυτοαπασχολούμενοι και ορισμένοι απασχολούμενοι στον τομέα της γεωργίας υπόκεινται σε ειδικές διατάξεις. Ενώ ο οδηγός αυτός επικεντρώνεται κυρίως στο γενικό καθεστώς, εξετάζει, όταν χρειάζεται, και τις σημαντικότερες πτυχές των διατάξεων που ισχύουν για αυτές τις δύο κατηγορίες εργαζομένων. Τα άτομα που ασκούν ορισμένες επαγγελματίες δραστηριότητες, όπως το οικιακό προσωπικό οι ποδοσφαιριστές, υπόκεινται σε ιδιαίτερες διατάξεις όσον αφορά τη χρηματοδότηση και τις παροχές..

Το γενικό καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει παροχές:

- ✓ ασθένειας
- ✓ μητρότητας, πατρότητας και ισοθεσίας

¹⁰² Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ. 26.

- ✓ εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών
- ✓ αναπηρίας γήρατος
- ✓ θανάτου και επιζώντων
- ✓ ανεργίας και
- ✓ τέκνων

Οι αυτοαπασχολούμενοι είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν για μητρότητα, πατρότητα και υιοθεσία, αναπηρία, γήρας και θάνατο. Το προαιρετικό καθεστώς ασφάλισης αυτοαπασχολούμενων περιλαμβάνει παροχές ασθένειας, παροχές επαγγελματικών ασθενειών και οικογενειακές παροχές. Το ανταποδοτικό καθεστώς καλύπτει όλους τους μισθωτούς και τους αυτοαπασχολούμενους κατά των συνήθων κινδύνων, με εξαίρεση το εργατικό ατύχημα όσον αφορά τους αυτοαπασχολούμενους. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από το εθνικό σύστημα υγείας. Όσον αφορά τους εργαζομένους στη βιομηχανία και το εμπόριο, οι εισφορές υπολογίζονται επί των συνολικών αποδοχών (δεν τίθεται κανένα ανώτατο όριο), οι δε εργοδότες καταβάλουν υπερδιπλάσια εισφορά απ'ό,τι οι μισθωτοί. Το δικαίωμα σε παροχές εξαρτάται από το εάν έχουν καταβληθεί εισφορές για μία ελάχιστη περίοδο, η διάρκεια της οποίας κυμαίνεται ανάλογα με το είδος της παροχής. Σε ορισμένες περιπτώσεις το καταβλητέο ποσό εξαρτάται από το εισόδημα.

Οι παροχές ασθένειας και μητρότητας σχετίζονται επίσης με τις τελευταίες αποδοχές και προβλέπεται ένα κατώτατο ύψος (ποσοστό του εγγυημένου κατώτατου μισθού).

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης¹⁰³ περιλαμβάνει το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και το επικουρικό σύστημα. Η προστασία που εγγυάται το δημόσιο σύστημα υλοποιείται από το Γενικό Κοινωνικό Ασφαλιστικό σύστημα: το σύστημα αλληλεγγύης και το σύστημα οικογενειακής προστασίας. Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας αναπτύσσεται μέσω δημόσιων ιδρυμάτων και μη κερδοσκοπικών ιδιωτικών ιδρυμάτων.

8.3.2. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Εκτός από το γενικό καθεστώς που είναι υποχρεωτικό, υπάρχει ένα προαιρετικό καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης για τα άτομα που δεν ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα ή, όταν ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα, δεν καλύπτονται από ασφάλιση, όπως π.χ. οι εργαζόμενοι σε εθελοντική βάση στον κοινωνικό τομέα ή οι εργαζόμενοι που ασκούν δραστηριότητες σε

¹⁰³ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ. 133.

ορισμένες ξένες χώρες. Το επικουρικό σύστημα περιλαμβάνει νομικά προγράμματα, συμβατικά προγράμματα και εθελούσια προγράμματα.

Αποσκοπεί να προάγει την ευημερία και την κοινωνική συνοχή, καθώς και να εγγυηθεί επιδόματα σε περίπτωση αποδεδειγμένης προσωπικής ή οικογενειακής ανάγκης που δεν περιλαμβάνεται στο σύστημα ασφαλίσεων.

Καλύπτει επίσης τις περιπτώσεις κοινωνικής ή οικονομικής αποζημίωσης λόγω έλλειψης επαρκών εισφορών ή επιδομάτων στο πλαίσιο του Γενικού συστήματος ασφαλίσεων. Καλύπτει τους υπηκόους και μπορεί να ισχύσει και για πρόσφυγες, άστεγους και μη υπηκόους που ζουν στην Πορτογαλία. Σκοπός του είναι να προστατεύσει τους ανθρώπους σε περιπτώσεις:

- έλλειψης επαρκών οικονομικών πόρων των προσώπων και των οικογενειών για να ικανοποιήσουν τις βασικές ανάγκες τους και να προάγουν την οικονομική και κοινωνική ένταξή τους σταδιακά
- αναπηρίας, γήρατος και θανάτου
- ανεπάρκεια επιδομάτων που υποκαθιστούν το εισόδημα από εργασία σε σχέση με τα κατώτατα ποσά που ορίζει ο νόμος.

Αποσκοπεί κυρίως στην πρόληψη και αποκατάσταση καταστάσεων ανάγκης, εξάρτησης, αποκλεισμού ή κοινωνικής τρωτότητας καθώς και στην ένταξη των ανθρώπων στην κοινωνία και την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους. Στοχεύει κυρίως στις πιο ευάλωτες ομάδες όπως τα παιδιά, τους νέους, τους

ανάπηρους, τους ηλικιωμένους και άλλους ανθρώπους που βρίσκονται σε κατάσταση οικονομικής ανάγκης η οποία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από το σύστημα ασφαλίσεων.

Παρέχει τα ακόλουθα επιδόματα:

- ✓ επιδόματα σε χρήμα, προσωρινά και κατ' εξαίρεση
- ✓ επιδόματα σε είδος
- ✓ χρήση του εθνικού δικτύου εξοπλισμού και υπηρεσιών
- ✓ στήριξη σε προγράμματα που αποσκοπούν στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το κράτος μπορεί να έχει μερίδιο στο κόστος χρήσης των θεσμών και υπηρεσιών είτε μέσω της συνεργασίας με ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά αλληλοβοηθητικά ιδρύματα είτε με την άμεση οικονομική στήριξη προς τις οικογένειες.

8.3.3. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το επικουρικό σύστημα περιλαμβάνει επαγγελματικά προγράμματα, συμβατικά προγράμματα και εθελούσια προγράμματα. Τα εκ του νόμου επαγγελματικά προγράμματα είναι υποχρεωτικά και αποσκοπούν στην καταβολή επιδομάτων που προορίζονται να συμπληρώσουν τα επιδόματα που παρέχει το δημόσιο σύστημα. Τα προγράμματα παρέχουν κατόπιν συμβάσεων συμπληρωματικά επιδόματα προς το σύστημα ασφαλίσεων σε ότι αφορά το τμήμα που δεν καλύπτεται από το σύστημα αυτό και εφαρμόζεται κυρίως στο μερίδιο των μισθών στο οποίο δεν επιβάλλονται εισφορές. Μπορεί να προκύψουν από συλλογικές διαπραγματεύσεις. Τα προαιρετικά προγράμματα αποσκοπούν στην ενίσχυση της αυτοπροστασίας. Μπορεί να λάβουν τη μορφή αποταμιευτικών συνταξιοδοτικών προγραμμάτων, ασφάλισης ζωής κλπ.

Τα επικουρικά προγράμματα μπορεί να θεσπιστούν από το κράτος, τις επιχειρήσεις ή τα συνδικάτα. Η διαχείρισή τους αποτελεί ευθύνη δημόσιων, αλληλοβοηθητικών ή ιδιωτικών φορέων που δημιουργούνται για το σκοπό αυτό..

8.3.4. ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Το μη ανταποδοτικό καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης αποσκοπεί στην παροχή κάλυψης κατά οικονομικών ή κοινωνικών καταστάσεων ανάγκης που δεν καλύπτονται από το ανταποδοτικό καθεστώς. Συνεπώς, καλύπτει τις περισσότερες περιοχές που καλύπτονται και από το ανταποδοτικό καθεστώς. Οι υπήκοοι κρατών μελών της ΕΕ που διαμένουν στην Πορτογαλία είναι επλέξιμοι για μη ανταποδοτικές παροχές, όπως και οι πορτογάλοι υπήκοοι

Χρηματοδότηση

Το Γενικό κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα χρηματοδοτείται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων/ αυτοαπασχολούμενων. Το σύστημα αλληλεγγύης χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς και τα οικογενειακά επιδόματα που δεν εξαρτώνται από τις εισφορές και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. Τα κοινωνικά συμπληρώματα αποσκοπούν να συμπληρώσουν τα κατώτατα ποσά συντάξεων.

8.3.5. Μη ανταποδοτικό πρόγραμμα

Το μη ανταποδοτικό πρόγραμμα¹⁰⁴ αποσκοπεί στην προστασία των προσώπων που έχουν οικονομική ή κοινωνική ανάγκη τα οποία δεν καλύπτονται αποτελεσματικά από το γενικό πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα εγγυάται την κοινωνική προστασία εθνικών υπηκόων και πολιτών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατοικούν στην Πορτογαλία οι οποίοι δεν καλύπτονται από άλλο πρόγραμμα κοινωνικής¹⁰⁵ ασφάλισης.

¹⁰⁴ Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η., Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη, Σιδέρης, Αθήνα, 1992,σελ 93.

¹⁰⁵ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insuranse*,ASSC,Belgium,2001,σελ 103.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

9.1 Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ"

Η "κοινωνική ασφάλιση"¹⁰⁶ γίνεται κατανοητή ως επίτευξη του ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου για όλα τα μέλη μιας κοινωνίας. Οι περισσότεροι συγγραφείς περιγράφουν την κοινωνική ασφάλιση ως "στόχο" της κοινωνικής προστασίας, τονίζοντας ότι αυτός ο στόχος πρόκειται να επιτευχθεί από τα πολυάριθμα σύνολα μέτρων. Άλλοι χαρακτηρίζουν την κοινωνική ασφάλιση ως "" ίδρυμα ". Η κοινωνική ασφάλεια, αφ' ετέρου, θεωρείται ένα από τα σύνολα μέτρων ή μια από τις πολλές μεθόδους της κοινωνική ασφάλιση που παρέχει την προστασία ενάντια σε συγκεκριμένους κοινωνικούς κινδύνους και είναι κυρίως βασισμένο στις συνεισφορές που γίνονται από εκείνους που πρόκειται να προστατευθούν.

9.1.1 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

A) Υπάρχοντα σχέδια

Κάτω από τα νομικά σχέδια κοινωνικής¹⁰⁷ ασφάλειας και, ειδικότερα, μέσα στην ασθένεια και τη μητρότητα διακλαδίζονται τα οφέλη ασθένειας σε είδος που παρέχονται στους ασφαλισμένους και στα μέλη των οικογενειών τους, όπως οι σύζυγοι, τα παιδιά, οι γονείς και οι ορφανοί αδελφοί/οι αδελφές και εγγόνια, όπως στην περίπτωση του ΙΚΑ. Και εισαγωγή σε νοσοκομείο και παροχή μη-νοσοκομείων, δηλαδή η ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα, που προβλέπεται. Περαιτέρω, οφέλη σε μετρητά προορισμένη για την υγειονομική περίθαλψη η προστασία χορηγείται, καθεμία ως αποζημίωση του νοσοκομείου δαπάνες ή υπό μορφή οφελών ποσών κατ' αποκοπή, όπως οι επιχορηγήσεις γέννησης, σε περίπτωση που "η γέννηση δεν έχει πραγματοποιηθεί σε ένα νοσοκομείο χωρίς την έγκριση ΙΚΑ, και δαπάνες, για κηδεία

¹⁰⁶ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F..*Private partners in social insuranse*.ASSC.Belgium,2001,σελ 93-97.

¹⁰⁷ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F..*Private partners in social insuranse*.ASSC.Belgium,2001,σελ 117-119.

B) Μακροπρόθεσμη παροχή

Όταν οι ασφαλισμένοι εκπληρώνουν τις νομικές προϋποθέσεις και χρειάζονται την επίβλεψη άλλων προσώπων προκειμένου να εξεταστούν οι κανονικές καθημερινές λειτουργίες, τους χορηγείται μια σύνταξη αναπηρίας που μπορεί να συνοδεύεται από ένα συμπληρωματικό¹⁹⁸ πρόσθετο επίδομα "απόλυτης αναπηρίας" ή από ένα συμπληρωματικό επίδομα για παραπληγία. Αυτό μπορεί επίσης να χορηγηθεί πριν από την αποχώρηση. Η μακροπρόθεσμη παροχή, επομένως, δεν θεωρείται ένας ανεξάρτητος κοινωνικός κίνδυνος και, στους όρους κοινωνικής ασφάλειας, εξετάζεται αποκλειστικά με τη βοήθεια των συμπληρωματικών επιδομάτων στους συνταξιούχους αναπηρίας. Ως τμήμα της ασφάλειας ενάντια στην αναπηρία, το ιδιωτικό Ταμείο της βοηθητικής ασφάλειας για το προσωπικό της εμπορικής τράπεζας επιτρέπει ένα τέτοιο συμπλήρωμα της απόλυτης αναπηρίας. Περαιτέρω, ορισμένα κεφάλαια αμοιβαιότητας επιτρέπουν τις συγκεκριμένες επιχορηγήσεις υπέρ των μελών τους που δεν μπορούν να εξετάσουν τις κανονικές καθημερινές λειτουργίες λόγω της αναπηρίας, της μακράς διάρκειας εισαγωγής σε νοσοκομείο ή μεγάλης ηλικίας.

9.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ

ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς του κοινωνικού κράτους στον οποίο σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας και στον οποίο υπήρξε ένας έντονος προβληματισμός για την αναδιοργάνωση του, ήταν ο τομέας της υγείας. Τα βασικότερα προβλήματα που είχαν να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας ήταν η αύξηση του κόστους λειτουργίας τους και η ανάγκη εξεύρεσης νέων πηγών χρηματοδότησης. Από τη μια γίνονταν αντιληπτή η αδυναμία της αγοράς για άριστη κατανομή των πόρων, ενώ από την άλλη διαπιστώνονταν οι αδυναμίες των δημόσιων συστημάτων υγείας.

Στα πλαίσια μιας πολιτικής υγείας όπως αυτή που σκιαγραφήθηκε παραπάνω, τίθεται το ερώτημα για το ποιος μπορεί να είναι ο ρόλος της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας. Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχει συμπληρωματική προαιρετική κάλυψη σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, που καλύπτονται από δημόσια εθνικά ή ασφαλιστικά συστήματα, ή σε ομάδες με υψηλό εισόδημα, που δεν καλύπτονται από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Το εύρος και η βαρύτητα της δραστηριότητας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον τρόπο χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα σε κάθε χώρα. Σε συστήματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχουν

επαρκή κάλυψη του πληθυσμού, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει σχετικά μικρότερο ρόλο από ό,τι σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Στην παρούσα φάση, όπου η κρίση χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποτελεί υψηλής προτεραιότητας πρόβλημα, ο ρόλος της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καθίσταται επίκαιρος γιατί μπορεί: (α) να προσφέρει μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής από πλευράς του καταναλωτή με την εξειδίκευση προγραμμάτων υγείας και την ανάπτυξη νέων ασφαλιστικών προϊόντων (β) να συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών (γ) να εξασφαλίσει εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (δ) να συμβάλλει στον περιορισμό της παραοικονομικής δραστηριότητας και (ε) να λειτουργήσει ως κίνητρο για την εντονότερη δραστηριοποίηση της επικουρικής ασφάλισης υγείας στα πλαίσια της αναζήτησης εναλλακτικών μορφών παρέμβασης στον υγειονομικό τομέα.

Το ζητούμενο δεν είναι η άρση του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας της χώρας και η υποκατάσταση τους από την ιδιωτική ασφάλιση, αφού κάτι τέτοιο προσκρούει σε σοβαρά τεχνικά και κοινωνικά προβλήματα, όπως το πρόβλημα της αντίστροφης επιλογής, το υψηλό διοικητικό κόστος, η αδυναμία πραγματοποίησης οικονομικών κλίμακας, και η αρχή της δυνατότητας του ατόμου να πληρώσει για να αγοράσει ασφαλιστική κάλυψη, η οποία διέπει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και θέτει το ζήτημα της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Αντίθετα, το ζητούμενο είναι η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών που θα εντάξουν το συμπληρωματικό ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στον ευρύτερο κοινωνικό στόχο της παροχής υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια μιας μεικτής οικονομίας της υγείας όπου προσδιορίζονται νέες εταιρικές σχέσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Οι μισθωτοί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα καλύπτονται από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλους φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης. Η κάλυψή τους περιλαμβάνει το σύνολο των ασφαλιστικών κινδύνων που προβλέπονται στην υπ αρ. 102 Διεθνή Σύμβαση Εργασίας περί των ελαχίστων ορίων κοινωνικής ασφάλειας.

Η κάλυψη των σχέσεων εξαρτημένης εργασίας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν περιορίζεται μόνο στις παραδοσιακές μορφές πλήρους απασχόλησης. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 προβλέπεται νομοθετικά η ασφαλιστική προστασία και των νέων ή ευέλικτων μορφών εργασίας.

Η υποχρεωτική ασφάλιση για τους ασφαλισμένους από 1.1.1993 επιτρέπεται σε έναν φορέα κύριας ασφάλισης, έναν φορέα επικουρικής ασφάλισης, έναν φορέα ασφάλισης ασθένειας και έναν φορέα ασφάλισης πρόνοιας. Τα πρόσωπα για τα οποία προβλέπεται υποχρεωτική ασφάλιση σε περισσότερους του ενός φορείς κύριας ασφάλισης, ασφαλίζονται υποχρεωτικά

μόνο σε ένα φορέα, τον οποίο επιλέγουν με δήλωσή τους που υποβάλλεται κάθε φορά σε όλους τους αρμόδιους φορείς και τους οικείους εργοδότες.

9.2.1 ΟΙ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

Οι μη ανταποδοτικές παροχές για τους συνταξιούχους αντιστοιχούν σε συμπληρωματικές παροχές που χορηγούνται ύστερα από έλεγχο περιουσιακών και εισοδηματικών πηγών σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Πρόκειται για το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ), το οποίο θεσμοθετήθηκε την 1η Ιουλίου 1996 και αφορά τόσο τους συνταξιούχους του Δημοσίου και τους εξομοιούμενους με αυτούς, όσο και τους συνταξιούχους γήρατος, αναπηρίας και θανάτου των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του ΝΑΤ, εκτός του ΟΓΑ.

Έχουμε φθάσει σ' ένα ετερόκλητο 327 φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ασθένειας, πρόνοιας και διάφορων άλλων φορέων υπηρεσιών κοινωνικών παροχών, το οποίο αντανάκλα την οσμή της πρόσβασης ή της πίεσης, που μπορούσε να ασκήσει η κάθε επαγγελματική ομάδα στα εκάστοτε κέντρα αποφάσεων, και εκφράζει τις ανισότητες τις διακρίσεις και τα προνόμια μπροστά στην αρρώστια, τα γηρατειά την ανεργία, τη φτώχεια, την αναπηρία και το θάνατο." Οι κύριοι νομοθετικοί κανόνες που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιέχονται στη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης καθώς και στις νομοθετικές παρεμβάσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος, οι οποίες εγκαινιάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και ολοκληρώθηκαν σε σημαντικό βαθμό το 2002 με την ψήφιση του Ν. 3029/2002. Παρά την πληθώρα διατάξεων, το ελληνικό δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων δεν έχει ακόμα κωδικοποιηθεί. Την περίοδο αυτή, το αρμόδιο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επεξεργάζεται ένα σύνθετο σχέδιο κωδικοποίησης, η προώθηση του οποίου αναμένεται να συμβάλει στην εξυπηρέτηση τόσο των στελεχών όσο και των πολιτών για θέματα κοινωνικής ασφάλισης.

Η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας αναγγέλθηκε μερικά έτη πριν. Στην πραγματικότητα υπάρχει μια αρχή ενός¹⁰⁸ κοινωνικού διαλόγου", μεταξύ της κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων του, για να επιτύχει την ευρύτερη συναίνεση πιθανή για τις μελλοντικές τροποποιήσεις. Οι εξελίξεις που απειλούν την αποδοτικότητα του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας είναι αρκετά παρόμοιες με εκείνους που ωθούν

¹⁰⁸ Καβουρά, Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Διπλωματική Εργασία. Αθήνα, 2001.

την αναδιοργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας άλλων χωρών, όπως η δημογραφικές γήρανση και η ανεργία. Οι περαιτέρω ανεπάρκειες της ελληνικής κοινωνικής ασφάλειας που έχουν επιζήσει των προηγούμενων μεταρρυθμίσεων, όπως η ύπαρξη των πολυάριθμων σχεδίων και των χαμηλών ορίων ηλικίας για το δικαίωμα των συντάξεων, έχουν επισημανθεί.

9.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Τα επαγγελματικά συστήματα του δεύτερου πυλώνα ασφάλισης θεσμοθετούνται ουσιαστικά στην Ελλάδα το 2002 με την ψήφιση του Ν. 3029/2002. Η εισαγωγή τους αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένων διαβουλεύσεων μεταξύ της Κυβέρνησης και των κοινωνικών εταίρων, οι οποίοι υποστήριξαν τη λειτουργία του δεύτερου πυλώνα ως συμπληρωματικού μηχανισμού ασφαλιστικής κάλυψης των εργαζομένων. Οι νέες νομοθετικές ρυθμίσεις επιτρέπουν πλέον και στην Ελλάδα τη λειτουργία γνήσιων επαγγελματικών ταμείων, τα οποία πρόκειται να ιδρυθούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με την επωνυμία «Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης». Τα Ταμεία Επαγγελματικής¹⁰⁹ Ασφάλισης έχουν ως σκοπό την παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής ασφαλιστικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπής της εργασίας. Χορηγούν παροχές σε είδος ή σε χρήμα που καταβάλλονται περιοδικώς ή εφάπαξ. Ιδρύονται προαιρετικά ανά επιχείρηση, ή κλάδο ή κλάδους εργαζομένων, με πρωτοβουλία των εργαζομένων ή των εργοδοτών ή με συμφωνία των εργοδοτών και των εργαζομένων, υπό την προϋπόθεση ότι ο αριθμός των ασφαλιζομένων κατά επιχείρηση ή επαγγελματικό κλάδο υπερβαίνει τους 100. Επίσης ιδρύονται με πρωτοβουλία των αυτοτελώς απασχολούμενων, ή των ελεύθερων επαγγελματιών ή των

¹⁰⁹ www.ggka/foreis.gr.

αγροτών ή τις επαγγελματικές τους οργανώσεις, υπό την προϋπόθεση ότι ο αριθμός των ασφαλιζόμενων μελών τους υπερβαίνει τους 100.

Τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα. Τα δικαιώματα στα ταμεία αυτά δεν εξαγοράζονται πριν την ηλικία συνταξιοδότησης βάσει των καταστατικών. Η υπαγωγή στην ασφάλιση των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι προαιρετική. Κάθε εργαζόμενος στην επιχείρηση ή τον κλάδο ή τους κλάδους που λειτουργεί ταμείο επαγγελματικής ασφάλισης έχει δικαίωμα να ασφαρίζεται σε ταμείο που λειτουργεί στον επαγγελματικό του χώρο, χωρίς να απαιτείται η συμμετοχή του σε συνδικαλιστική οργάνωση. Κάθε αυτοτελώς απασχολούμενος, κάθε ελεύθερος επαγγελματίας και κάθε αγρότης έχει δικαίωμα να ασφαρίζεται σε ταμείο επαγγελματικής ασφάλισης που λειτουργεί στον επαγγελματικό του χώρο χωρίς να απαιτείται η συμμετοχή του σε επαγγελματική οργάνωση. Τα καταστατικά των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης δεν επιτρέπεται να αποκλείουν την ασφάλιση των προσώπων που έχουν δικαίωμα να υπαχθούν σε αυτά ή να θέτουν προϋποθέσεις που εισάγουν διακρίσεις μεταξύ των προσώπων που έχουν δικαίωμα υπαγωγής. Ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να επιλέξει σε ποια ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης θα υπαχθεί στην περίπτωση που έχει δικαίωμα υπαγωγής σε περισσότερα ταμεία.

Η λειτουργία των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης προβλέπεται ότι θα συμβάλει άμεσα στην επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας των εργαζομένων, καθώς θα καλύψει τόσο υφιστάμενα κενά από την έλλειψη επικουρικής ασφάλισης των ελεύθερων, κυρίως, επαγγελματιών όσο και την ανάγκη πρόσθετης ενίσχυσης των εργαζομένων εκείνων με μεγάλες αποδοχές. Η ίδρυση των πρώτων Ταμείων αναμένεται στο δεύτερο εξάμηνο του 2003 οπότε και θα έχουν ωριμάσει οι συνθήκες μεταξύ των κοινωνικών εταίρων για την αξιοποίηση του νέου θεσμού.

Περαιτέρω, τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης συναγωνίζονται αλλά και συνεργάζονται με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αγοράζοντας ενδεχομένως και ασφαλιστικά προϊόντα από αυτές. Οι αποδόσεις των ταμείων αναμένεται να είναι εξίσου καλές με τις αποδόσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων και αυτό αποτελεί επίσης ένα κίνητρο, αν μάλιστα λάβει κανείς υπ' όψη ότι δεν πρόκειται για κερδοσκοπικά πρόσωπα. Όπως γνωρίζουμε, με το ν.3029/02 διαχωρίζεται το ΙΚΑ – TEAM από το ΙΚΑ με το νέο οργανωτικό του σχήμα ως ETEAM (Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών).

Το μεγάλο οργανωτικό και λειτουργικό πρόβλημα των ταμείων, οφείλεται και στον κατακερματισμό των υφιστάμενων δομών, τόσο της κύριας όσο και της επικουρικής ασφάλισης. Επίσης, ένα πρόβλημα που υπήρχε ως την ψήφιση του νόμου της ασφαλιστικής

μεταρρύθμισης, ήταν η συνύπαρξη τόσο της κύριας όσο και της επικουρικής ασφάλισης, στον ίδιο ασφαλιστικό οργανισμό. Σ' αυτό τον προβληματισμό γι' αυτό το νέο καλούπι, για τη νέα αρχιτεκτονική του συστήματος, ξεχωριστός και ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος επιφυλάσσεται στη συμπληρωματική, επαγγελματική ασφάλιση. Κάτι που στην Ευρώπη συχνά επικαλείται επικουρική ασφάλιση. Οι συλλογικές αποταμιεύσεις, οργανωμένες σε συλλογική βάση, είτε στην επιχείρηση, είτε στον κλάδο, παίζουν κεντρικό ρόλο στα αναδυόμενα οικοδομήματα της κοινωνικής προστασίας. Και ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι αυτός ο σημαντικός ρόλος, η ενεργός ανάπτυξη αυτών των συστημάτων, το βλέπουμε και σε συστήματα γενικευμένων παροχών, τύπου «Beveridge», όπως στην Αγγλία, την Ολλανδία και την Δανία. Αλλά και συστήματα βασισμένα, όπως το δικό μας, στην ασφάλιση, τα λεγόμενα τύπου «Bismark» όπως στη Γερμανία, την Ιταλία, τη Γαλλία και αλλού. Στην Ελλάδα είμαστε προικισμένοι με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο¹¹⁰ σύστημα επικουρικών ταμείων. Από το 1983 και μετά, όλοι οι μισθωτοί είναι ασφαλισμένοι σε ένα επικουρικό ταμείο. Άρα, άμα το βλέπαμε τελείως επιφανειακά θα λέγαμε ότι δεν έχουμε λόγο ανησυχίας, αφού είμαστε ήδη εκεί που θέλουν να φτάσουν οι άλλοι. Και επομένως, η επανεξέταση της κοινωνικής προστασίας δεν έχει, σύμφωνα με τη λογική αυτή, λόγο να ασχοληθεί με τα επικουρικά ταμεία.. Το πρώτο σημείο είναι ο ρόλος που μπορεί να παίξει η συμπληρωματική, επαγγελματική ασφάλιση στο σύστημα εθνικής προστασίας, στη νέα αρχιτεκτονική δηλαδή η επικουρική ασφάλιση ως λύση αλλά υπό σαφείς προϋποθέσεις. Δεύτερον, τα επικουρικά ταμεία σήμερα στην Ελλάδα, πληρούν τις προϋποθέσεις αυτές; Η επικουρική ασφάλιση, πολλοί θα έλεγαν ότι είναι το δυσχερέστερο τμήμα της συνολικής παθολογίας της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. και τρίτο σημείο είναι η μετεξέλιξη των σημερινών ταμείων επικουρικής ασφάλισης, σαν μια απάντηση στο συνολικό πρόβλημα της ασφάλισης. Άρα το πρόβλημα των επικουρικών ταμείων οδηγεί στη γενική λύση της κοινωνικής ασφάλισης. Τι ρόλο μπορεί να παίξει η συμπληρωματική, επαγγελματική ασφάλιση;

Ένα σύστημα συντάξεων εξυπηρετεί συνήθως τρεις διακριτούς ρόλους. Την αλληλεγγύη προς τους οικονομικά ασθενέστερους, δηλαδή τον ρόλο της πρόνοιας Την αλληλεγγύη μεταξύ γενεών, τον ρόλο της εισοδηματικής αναπλήρωσης ή της συλλογικής αποταμίευσης. Οι δύο αυτοί ρόλοι έχουν έντονο τον κοινωνικό χαρακτήρα και έτσι αφήνουν μια τρίτη λειτουργία για την εξυπηρέτηση των ατομικών και συλλογικών προτιμήσεων και προτεραιοτήτων. Οι τρεις αυτοί ρόλοι υπάρχουν σε όλα τα συστήματα. μερικές φορές είναι σαφείς και διακεκριμένοι σε διάφορα επίπεδα ή βάθρα και άλλες φορές είναι διάχυτοι και συγκεχυμένοι. Η τάση τα

¹¹⁰ Καβουρά, Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 2001, σελ.55.

τελευταία χρόνια είναι να διακρίνονται οι ρόλοι, συνήθως και οργανωτικά. Το τρίτο επίπεδο είναι αυτό που μας ενδιαφέρει εδώ και είναι η συμπληρωματική ασφάλιση. Ποιο ρόλο μπορεί να παίξει αυτό το τρίτο επίπεδο.

Πρώτον για τον ασφαλισμένο: Ο κυρίαρχος ρόλος για τον ασφαλισμένο, που του δίνει αυτό το τρίτο επίπεδο είναι η αποφυγή της ισοπέδωσης, η αναγνώριση ότι οι διαφορετικές συνθήκες επικρατούν σε κάθε κλάδο, όπως και ότι διαφορετικά άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές προτιμήσεις. Οι προτιμήσεις αυτές μπορεί να αναφέρονται και στο έτος συνταξιοδότησης, νωρίς ή αργά αλλά και στο ύψος της σύνταξης. Αν ένας κλάδος εργαζομένων επιθυμεί τη συνταξιοδότησή του νωρίτερα και δέχεται να καλύψει το κόστος των επιλογών του, αυτό είναι το ουσιαστικό, δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην το κάνει.

Για την οικονομία, η ύπαρξη μεγάλων θεσμικών επενδύτων, με σαφείς και μακροχρόνιους στόχους, όπως είναι αυτά τα επαγγελματικά ταμεία ασφάλισης, αποτελεί έναν παράγοντα σταθερότητας στις χρηματαγορές. Τέλος για την κοινωνική προστασία, η ανάπτυξη του τρίτου επιπέδου προστασίας και η ανάληψη απ' αυτό μεγαλύτερου ρόλου για την εισοδηματική επάρκεια, ελαφρύνει τα άλλα δύο επίπεδα και τα ελευθερώνει για να επιτελέσουν ένα νέο έργο. Άρα, τι προϋποθέσεις έχουμε για να παίξει η συμπληρωματική ασφάλιση το ρόλο της, στη νέα αρχιτεκτονική, με επιτυχία. Η πρώτη προϋπόθεση είναι η μη επιβάρυνση τρίτων. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η επιλογή συστημάτων χρηματοδότησης που να εξασφαλίζουν κάτι τέτοιο, όπως η κεφαλαιοποίηση.

Και τρίτο σημαντικό σημείο είναι να έχουν συμπληρωματικό και όχι ανταγωνιστικό ρόλο σε σχέση με τις άλλες συνιστώσες της κοινωνικής προστασίας. Σε κάθε περίπτωση, για να μπορεί να παίξει κάποιο διακριτό ρόλο η συμπληρωματική¹¹¹ ασφάλιση πρέπει να είναι διακριτή η αποστολή της και να διαφέρει ουσιωδώς από την κύρια ασφάλιση.

Να δούμε τώρα τα επικουρικά ως λύση. Η μετεξέλιξη των επικουρικών ταμείων σε ταμεία επικουρικής ασφάλισης, όσο και αν τα επικουρικά ταμεία σήμερα είναι τμήμα της συνολικής παθογένειας του συνολικού συστήματος. Θα ήταν άλλωστε περίεργο να έχεις ένα σύστημα που συνολικά νοσεί και ταυτόχρονα να έχεις υγιή τα τμήματα που το συγκροτούν. Ο ρόλος που θα μπορούσαν να παίξουν αυτά τα επικουρικά ταμεία, σε μια νέα αρχιτεκτονική, σ' αυτό το νέο καλούπι που είπαμε ότι αναζητούμε στην Ευρώπη, είναι σημαντικός. Κι αυτό για τέσσερις λόγους. Πρώτον, τα επικουρικά ταμεία είναι οργανισμοί αξιόπιστοι και καταξιωμένοι στη συνείδηση των εργαζομένων και των κλάδων που αντιπροσωπεύουν. Κι αυτό περισσότερο από τα ταμεία κύριας ασφάλισης. Η ιστορία τους πολλές φορές είναι μακρύτερη των ταμείων

¹¹¹ www.foreis.gr.

κύριας ασφάλισης. Ο διμερής χαρακτήρας που έχουν, εγγυάται τη συνεχιζόμενη, αυτόνομη πλέον, πορεία τους. Η αυτονομία αυτή των ταμείων, θα είναι απαραίτητη για να συνεκτιμηθεί και το ανταγωνιστικό περιβάλλον των αγορών, στις οποίες δραστηριοποιείται ο κλάδος. Ένα θέμα το οποίο είναι ζήτημα για τους δύο κοινωνικούς εταίρους και όχι για την κυβέρνηση

Δεύτερον, ο νέος ρόλος που θα κληθούν να παίξουν αυτά τα ταμεία, δηλαδή αυτός της συμπλήρωσης και της αποφυγής της ισοπέδωσης της ασφάλισης¹¹², αλλά χωρίς την επιβάρυνση τρίτων, είναι πολύ κοντά στις αρχικές επιδιώξεις των επικουρικών ταμείων. Τρίτον, έχουμε ήδη παραδείγματα επικουρικών ταμείων, οι ασφαλισμένοι των οποίων, συμμετέχοντας πλήρως στη γενική αλληλεγγύη.

¹¹² Ρομπόλης, Σ και Χλέτσος, Μ., *Η Κοινωνική Πολιτική μετά τη Κρίση του Κράτους Πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1995, σελ 64-68.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Περισσότερα από το 20 τοις εκατό του πληθυσμού στην ΕΚ έχουν την συμπληρωματική ασφάλεια από τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. Επίσης οι μελλοντικές προοπτικές για τα μη κερδοσκοπικά συμπληρωματικά σχέδια υγείας συζητούνται. Να καθοριστούν σαφώς οι μη κερδοσκοπικές¹¹³ οργανώσεις (NPOs) δεν είναι ένας εύκολος στόχος, επειδή αποτελούν ένα σύνολο οντοτήτων με ποικίλα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν μια συνέχεια μεταξύ της κρατικής διοίκησης και του ιδιωτικού εμπορικού τομέα.

Περιβάλλονται πράγματι από πολλά διαφορετικά ονόματα - μη κυβερνητικές οργανώσεις, ιδιωτικές εθελοντικές ενώσεις,

Το κριτήριο του μη κερδοσκοπικού περιορισμού πρέπει όχι μόνο να εξετάζει το νομικό περιορισμό στη διανομή των νομισματικών πλεονασμάτων στους ιδιοκτήτες ή τα μέλη τους, αλλά πρέπει επίσης να περιλάβει τον όρο ότι οι υπάλληλοι λαμβάνουν τους μέτριους μισθούς, όχι άμεσα σχετικά με τα χρηματοοικονομικά αποτελέσματα της οργάνωσης.

Αυτή η διάκριση είναι κρίσιμη, επειδή από την άποψη της αναμενόμενης συμπεριφοράς, το σχετικό σημείο δεν είναι η νομική αλλά πραγματική δυνατότητα του σφετερισμού του πλεονάσματος, και είναι προφανές ότι πολλά NPOs συμμετέχουν στις παραγωγικές δραστηριότητες της ίδιας φύσης με εκείνους που πραγματοποιούνται από τις οντότητες κέρδους και ανταγωνίζονται, ίσως άδικα, στις ίδιες αγορές τα φορολογικά πλεονεκτήματα παρά την αυταπάρνηση και τη φιλανθρωπία φαίνονται συχνά να είναι ο λόγος για μια επιχείρηση να υιοθετήσει μια μη κερδοσκοπική θέση.

¹¹³ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ 93-96.

10.1 Η ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

10.1.1 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΥΓΕΙΑΣ (CHS)

Από τα συμπληρωματικά σχέδια υγείας καταλαβαίνουμε τις εθελοντικές ασφαλιστικές συμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης των οποίων οι απαιτήσεις είναι άνθρωποι που καλύπτονται από ένα σχέδιο υποχρεωτικής ασφάλειας. Τα συμπληρωματικά σχέδια¹¹⁴ μπορούν να καλύψουν τις υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται καθόλου στο υποχρεωτικό σχέδιο - π.χ., μονόκλινο νοσοκομείων στο UK, οδοντική παροχή στην Ισπανία - ή να συνίστανται στις υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στο υποχρεωτικό σχέδιο που προσφέρονται ως εθελοντική ασφάλεια υπό τους όρους που τις καθιστά αρκετά ελκυστικές να πείσει τους καταναλωτές για να πληρώσει για τις - καλύτερη πρόσβαση, μεγαλύτερη δυνατότητα της επιλογής, κ.λπ. ακόμα κι αν έχουν δικαίωμα για να τις λάβουν απαλλαγμένες ή που επιχορηγούνται από το σύστημα δημόσιας υγείας.

Φαίνεται προφανές από τον ίδιο τον καθορισμό του ότι το πεδίο για μια αγορά CHS εξαρτάται βασικά από τη σειρά και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλεια. Εάν η κάλυψη από το υποχρεωτικό σχέδιο ικανοποιεί την υπάρχουσα ζήτηση ως προς την ποσότητα, ποιότητα, δυνατότητα πρόσβασης, κ.λπ., θα υπάρξει βεβαίως λίγος χώρος για τη συμπληρωματική ασφάλεια. Ιστορικά, η εθελοντική ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης υπήρξε σε πολλές χώρες πολύ πριν να αρχίσουν να εισάγονται τα συστήματα υποχρεωτικής ασφάλειας.

Η αύξηση της υποχρεωτικής ασφάλειας ανάγκασε συχνά την εθελοντική ασφάλεια να εξαφανιστεί ή περιορίσει τουλάχιστον την πιθανή αύξησή της. Η συνέχιση της εθελοντικής ασφάλειας σε πολλές χώρες παρά την επίτευξη της καθολικής υποχρεωτικής κάλυψης μπορεί να είναι από ένα σύνολο παραγόντων σχετικών είτε με τους περιορισμούς της υποχρεωτικής ασφάλειας στην ικανοποίηση της ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, η οποία έχει αυξηθεί συνήθως γρηγορότερα από το δημόσιο ανεφοδιασμό, ή στην αδράνεια των καταναλωτικών συνθηκών.

• Η μελλοντική ανάπτυξη του CHS εξαρτάται ουσιαστικά από ένα σύνολο παραγόντων η των οποίων εξέλιξη δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί:

- ανάπτυξη του οικογενειακού εισοδήματος

¹¹⁴ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bavaria, σελ. 116.

• ποιότητα και πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα απάντηση του τομέα στις νέες επιλογές που ανοίγονται από τις πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές σύμφωνα με τη χάραξη πολιτικής υγείας σχετική άμεσα με τον ιδιωτικό ασφαλιστικό τομέα.

Η εξέλιξη του οικογενειακού εισοδήματος θα ασκήσει μεγάλη επίδραση στη συμπεριφορά των καταναλωτών. Ένα υποχρεωτικό σχέδιο που πλησιάζει την καθολική κάλυψη κάνει στο εγγύς μέλλον την εθελοντική ασφάλεια μια πολυτέλεια καλή, ιδιαίτερα ευαίσθητη στο οικογενειακό εισόδημα. Η ποιότητα και η πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη εξαρτώνται από την προθυμία της κυβέρνησης να αυξήσει τους πόρους που αφιερώνονται στο δημόσιο σύστημα και από τη δυνατότητα των τελευταίων να ρυθμιστούν οι πόροι τους με έναν αποδοτικό τρόπο. Οι διευθυντικές δεξιότητες αρκετά άνισα διανέμονται πέρα από τον ασφαλιστικό τομέα.

Τα τελευταία χρόνια ένας μεγάλος αριθμός οργανώσεων έχει εξαφανιστεί ή έχει απορροφηθεί και αυτή η τάση είναι πιθανό να συνεχιστεί στο μέλλον πολλές οργανώσεις στερούνται την επαγγελματική διαχείριση και μερικές είναι πιθανώς πάρα πολύ μικρές για να την αντέξουν οικονομικά επομένως η διαδικασία της συγκέντρωσης στον τομέα είναι πιθανό να συνεχιστεί. Αλλά δεν υπάρχει κανένας λόγος να θεωρείται ότι οι περισσότερες οργανώσεις δεν θα είναι σε θέση να προσαρμοστούν στον πρόκληση- ο συγκεκριμένος τομέας αναπτύσσεται, αντιμετωπίζοντας τις νέες στρατηγικές μάρκετινγκ και τιμολόγησης για να εκμεταλλευθούν τις ευκαιρίες που προσφέρονται από το παρόν περιβάλλον.

Για πολλά έτη, οι αρμόδιες για την υγεία αρχές έχουν δώσει λίγη προσοχή στην εθελοντική ασφάλεια. Φάνηκαν να υποθέτουν ότι δεν ήταν ένα ζήτημα που θεωρείται πρωταρχική ευθύνη των φορέων χάραξης πολιτικής και των αρμόδιων για το σχεδιασμό δημόσιας υγείας. Εντούτοις, η αύξηση στις δαπάνες δημόσιας υγείας δοκιμάστηκε στις περισσότερες χώρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, και η ανησυχία για την πιθανή μελλοντική αύξησή της, έχει επιφέρει μια επαναθεώρηση της επάρκειας του δημόσιου -ιδιωτικού μίγματος στη χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης. Διάφορες επιλογές - όχι αμοιβαία αποκλειστικές - μπορούν να εξεταστούν:

- Εισάγοντας ή αυξάνοντας την συνασφάλιση και ομο-πληρωμή,
- Θέτοντας όρια στους προϋπολογισμούς και τους πόρους, σιωπηρά που ενθαρρύνουν την ανικανοποίητη απαίτηση για να εξετάσει την ιδιωτική αγορά.

Ρητά καθορίζοντας το καλάθι των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτούνται δημόσια και προωθώντας τα συμπληρωματικά σχέδια ανάπτυξης ως αναπόσπαστο τμήμα της πολιτικής υγείας.

Στο παρελθόν, η πολιτική υγείας έχει στηριχθεί στους πρώτους δύο τύπους μέτρων. Η τρίτη στρατηγική είναι εντούτοις αυτή που απαιτείται για να καθορίσει ακριβώς μια πολιτική CHS μέσα σε μια κοινή - ιδιωτική χρηματοδότηση μιγμάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα υποχρεωτικά σχέδια στις χώρες ΕΚ, συμπεριλαμβανομένης της ισπανικής, καλύπτουν σε γενικές γραμμές όλες τις διαθέσιμες διαδικασίες και τις τεχνολογίες, με μερικούς ρητούς αποκλεισμούς, όπως τα χωρίς συνταγή φάρμακα, η αισθητική χειρουργική επέμβαση, η οδοντική παροχή, κ.λπ. αλλά στην πράξη, ο κατάλογος αναμονής και άλλοι μηχανισμοί διανομής με δελτίο έθεσαν σιωπηρά τα όρια στη χρήση των υπηρεσιών, συχνά στους τρόπους που να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στη δικαιοσύνη. Πρόσφατα μια ομάδα εργασίας για τη μεταρρύθμιση του ισπανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έχει υποστηρίξει το σύστημα για να καθορίσει ακριβώς τον κατάλογο υπηρεσιών στον οποίο οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα. Οι φορείς χάραξης πολιτικής είναι, εντούτοις, απρόθυμοι γιατί πολιτικοί λόγοι έθεσαν ρητά τα όρια στις υπηρεσίες που καλύφθηκαν από το υποχρεωτικό σύστημα, ειδικά εάν οι χρήστες θεωρήσουν ότι σημαίνει μια μείωση των υπάρχοντων επιπέδων προστασίας. CHS μπορεί επίσης να προαχθεί άμεσα μέσω των φορολογικών οφελών ή άλλων μέσων. Στην πραγματικότητα στην Ισπανία το 15% των οικιακών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, είτε πρόκειται για τα ασφάλιστρα ή τις άμεσες πληρωμές, μπορούν να αφαιρεθούν από το φόρο εισοδήματος.

Αλλά η ερώτηση που εξετάζει, ανεξάρτητα από το βαθμό σαφήνειας της πολιτικής υγείας σε σχέση με CHS, είναι εάν εκεί είναι οποιαδήποτε συγκεκριμένη πτυχή NPOs, η οποία τους κάνει να αξίζουν έναν ειδικό ρόλο;

Η παρούσα νομοθεσία ευνοεί πράγματι τα NPOs για τις οργανώσεις κέρδους. Η υγειονομική περίθαλψη Bill, εγκεκριμένος από το Κοινοβούλιο το 1986, που ορίζει τις οδηγίες για την καθιέρωση ενός καθολικού και δημόσια χρηματοδοτημένου εθνικού συστήματος υγείας, και οργανώνει τα βασικά κριτήρια για τη συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και του ιδιωτικού τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, δηλώνει ότι προτεραιότητα θα δοθεί σε NPOs υποθέτοντας τους παρόμοιους όρους της αποτελεσματικότητας, την ποιότητα και τις δαπάνες.

Εντούτοις αυτά τα επιχειρήματα δεν φαίνονται να παρέχουν ένα σημαντικό ζήτημα σε σχέση με CHS που θεωρούνται συνήθως για να παρέχουν την κάλυψη για τη μη ουσιαστική παροχή. Αφ' ετέρου η έλλειψη στόχων κέρδους θα μπορούσε επίσης να σημάνει μια μειωμένη δέσμευση για την αποδοτικότητα. Τα NPOs των προμηθευτών μπορεί να είναι ένας επαρκής νομικός τύπος για τα CHS, δεδομένου ότι μπορεί να δώσει στους προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες τον επιθυμητό βαθμό αυτονομίας. Αλλά την έλλειψη οποιωνδήποτε στοιχείων

συμπεράσματος στην ανωτερότητα ενός τύπου οργάνωσης πέρα από άλλο, φαίνεται λογικό να συναχθεί το συμπέρασμα ότι πρέπει να αφεθούν σε μια ίση θέση να ανταγωνιστούν στην αγορά CHS. Μπορούμε φυσικά να δεχτούμε την άποψη ότι ο πολιτικός ρόλος της οργάνωσης μη κέρδους είναι η "μη-επίλυση των προβλημάτων".

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα των NPOs δεν είναι να γίνουν τα πράγματα καλύτερα αλλά να μεταμφιέσει καλύτερα πόσο με δυσκολία τα πράγματα αντεπεξέρχονται. "Ο μη κερδοσκοπικός τομέας, έπειτα, παρέχει μια θεσμική ρύθμιση που επιτρέπει στις σύνθετες κοινωνίες να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα που δεν μπορούν να λυθούν. Κατά συνέπεια απαλλάσσει την κυβέρνηση από τις ευθύνες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στους αφόρητους κινδύνους για τη γενική νομιμότητα του πολιτικού συστήματος".

Τα λειτουργούντα χαρακτηριστικά εικόνας των NPOs επιτρέπουν τη διάχυση της ευθύνης για τις αποτυχίες. CHS είναι ένα ζήτημα όπου αυτή η προσέγγιση φαίνεται να ισχύει πλήρως: Οι κυβερνήσεις είναι πρόθυμες να μειώσουν τις ευθύνες στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μπορούν να φοβηθούν να κατηγορηθούν για την έλλειψη ανησυχίας για τη δικαιοσύνη και την κοινωνική ευημερία, ειδικά εάν οι λειτουργίες τους μεταφέρονται απλά στον ιδιωτικό εμπορικό τομέα.

"Υπάρχει ένα φάντασμα που κινείται μέσω της Ευρώπης - το φάντασμα" των "δαπανών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψής μας. "Όλες οι δυνάμεις μέσα στην παλαιά Ευρώπη μας έχουν ενώσει τις δυνάμεις σε ένα ιερό αυλάκι αυτού του φαντάσματος...". "Ένας τρόπος να ξεφορτωθούμε το φάντασμα είναι να παρασχεθεί η επαρκής "βασική παροχή". Το σημείο που έρχεται αναπόφευκτα στο μυαλό μας σε αυτό το πλαίσιο είναι ότι το κοινωνικό σύστημα ασφάλειας υγείας πρόκειται να κοπεί στην κάποια "βασική" κάλυψη, οποιοσδήποτε πρόσθετες υγειονομικές υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται είτε από τα συμπληρωματικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είτε από τον ίδιο τον ασθενή.

Καθώς ο όρος της "βασικής ασφάλειας" και η έννοια της "συμπληρωματικής ασφάλειας" δεν χρησιμοποιείται πάντα με τον ίδιο τρόπο, είναι ουσιαστικό να λαμβάνει αρχικά ορισμούς κατά τη μελέτη της σχέσης μεταξύ τέτοιας βασικής και συμπληρωματικής ή πρόσθετης κάλυψης. Για να εξασφαλιστεί τέτοια σαφήνεια, "βασική ασφάλεια" να είναι σε ένα (κοινωνικό) σύστημα ασφάλειας υγείας με την υποχρεωτική ασφάλεια βασισμένη στις νομικές παροχές είτε για ολόκληρο πληθυσμό είτε για καθορισμένους τομείς των πληθυσμών. Είναι άσχετο σε αυτό το πλαίσιο να πούμε εάν η υποχρεωτική ασφάλεια παρέχεται από τα ιδιωτικά ή κυβερνητικά ιδρύματα, και πώς με αυτό το σύστημα της υποχρεωτικής ασφάλειας χρηματοδοτείται (δηλ., μέσω των φόρων, επιβολές, συνεισφορές ή ασφάλιστρα).

Ένας πρόσθετος τύπος του συμπληρωματικού συστήματος ασφάλειας υγείας είναι ο τύπος κάλυψης που προσφέρεται από τα κυβερνητικά ή ιδιωτικά ιδρύματα για το κόστος των ασθενειών που υπερβαίνουν ένα ορισμένο επίπεδο. τέτοιες καλύψεις που δεν είναι υποχρεωτικές (δηλ., μην απαιτώντας την υποχρεωτική ιδιότητα μέλους). Εδώ πάλι, είναι αρκετά άσχετο εάν τέτοια συστήματα χρηματοδοτούνται μέσω των συνεισφορών ή των ασφαλιστρών, και εάν οι φορολογικές επιχορηγήσεις ή τα φορολογικά οφέλη προσφέρονται με σκοπό τη χρηματοδότηση. Οι πρόσθετες ασφάλειες αυτού του τύπου περιλαμβάνουν επίσης τα επαγγελματικά ασφαλιστικά συστήματα βασισμένα στην κυβερνητική νομοθεσία. Ενώ η έννοια της βασικής ασφάλειας, που περιορίζει την κοινωνική ασφάλεια υγείας σε αυτό που είναι απολύτως ουσιαστικό για κοινωνικούς λόγους, θα εμφανιζόταν να είναι αρκετά απλή και πειστική, είναι πολύ δύσκολο να σκιαγραφηθεί σαφώς τέτοια βασική ασφάλεια στην πράξη.

10.1.2.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η συμπληρωματική ασφάλιση ασθένειας¹¹⁵ των μη καλυπτόμενων δαπανών και υπηρεσιών στη Δανία έχει μια φυσική, σύνδεση δόσεων με, και την εξάρτηση επάνω, στις εξελίξεις μέσα στο δανικό NHS.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Προοπτικές υγείας τοις % του ΑΕΠ της Ε.Ε (εκτός το Λουξεμβούργο):

ΧΩΡΕΣ	1980	1990	+/-
ΔΑΝΙΑ	6,8	6,1	-10,2%
ΔΥΤΙΚΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8,1	13,1	67,7%
ΓΑΛΛΙΑ	8,5	8,7	2,3%
ΚΑΤΩ ΧΩΡΕΣ	8,3	9,6	15,7%
ΒΕΛΓΙΟ	6,3	6,3	0,0%
ΙΤΑΛΙΑ	6,8	5,3	-22%
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,9	5,3	-10%
ΕΛΛΑΔΑ	4,2	6,3	+50%
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	6,0	6,7	+11,7%
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	Na	3,7	-
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	Na	6,6	-

Πηγή: *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria.

¹¹⁵ *Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria, σελ 98-100.

Η Δανία έχει καταβάλει σημαντική προσπάθεια τα τελευταία 5 χρόνια για να κρατήσει χαμηλά το επίπεδο δαπανών ασθένειας, και η γενική μείωση της οικονομικής ανάπτυξης έχει οδηγήσει σε έντονους πιέσεις στον τομέα της υγείας για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα και για να παρασχεθεί περισσότερη αξία για τα χρήματα. Η προσπάθεια φαίνεται τώρα ότι είναι επιτυχής, και για αυτό υπολογίζεται ότι μια ιδιαίτερη αύξηση του άμεσου πληρωτέου κόστους από το κάθε πολίτη χωριστά για τις τώρα γνωστά επεξεργασίες και τις υπηρεσίες παροχής ασθένειας δεν θα είναι απαραίτητη. Η κάθε μια από τις χώρες μας, πρέπει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, γνωρίζοντας ότι είναι ένα πρόβλημα κοινό για όλα τα κράτη-μέλη. Θα πρέπει λοιπόν, να δούμε ποιο είναι το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Παράλληλα, υπάρχει μια Πράσινη Βίβλος για τις συμπληρωματικές επικουρικές συντάξεις, η οποία συντάχθηκε και παρουσιάστηκε, μέσα στο 1997.

Μερικές γενικές παρατηρήσεις, που αφορούν τη δομή του σημερινού συστήματος. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις κρατικές συντάξεις και καλύπτει ένα μεγάλο ποσοστό, περίπου το 90% και θα πρέπει να πούμε ότι βασίζεται στο σύστημα “pay-as-you-go”.

Την περασμένη χρονιά, η Πράσινη Βίβλος¹¹⁶, έδωσε ακριβώς τις κατευθυντήριες γραμμές, με βάση τις οποίες θα επιτευχθεί, ενός είδους συναίνεση για τα Επικουρικά Ταμεία. Παράλληλα, θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι βασιζόμαστε σε ό,τι έχει σχέση με την αναλογικότητα και την απόδοση του κεφαλαίου.

Η Πράσινη Βίβλος, θεωρεί ότι οι υπάρχοντες κανονισμοί και επενδυτικοί κανόνες θα πρέπει να αλλάξουν και να γίνουν περισσότερο ευέλικτοι, και μη περιοριστικοί, προκειμένου να αναπτύξουν και να εξαπλώσουν τις δυνατότητες ύπαρξης συγκεκριμένων νέων σχημάτων και μοντέλων στην ασφάλιση.

Η μεγαλύτερη ελευθερία στις επενδύσεις, θα δημιουργήσει νέα *standards* και δυνατότητες για όλα τα Επικουρικά Ταμεία¹¹⁷, χρηματοδοτούμενα ή μη, και αυτό θα δημιουργήσει ένα νέο πεδίο διακίνησης με νέες δυνατότητες

Θα πρέπει να μπορούμε να κινούμαστε από τη μια χώρα στην άλλη, χωρίς να χάνουμε τα δικαιώματα συμμετοχής που έχουμε σε τέτοιου είδους συστήματα ασφάλισης, επικουρικά, συμπληρωματικά, ιδιωτικά.

Η ευελιξία της αγοράς, θα υποφέρει αν δεν υπάρχουν απόλυτα συμβατά μεταξύ τους συστήματα στα θέματα της κοινωνικής ασφάλισης. Η οδηγία αυτή, εφόσον εγκριθεί, θα παρουσιάσει το πρώτο βήμα στη σωστή κατεύθυνση άρσης των εμποδίων. Λύνει έναν αριθμό

¹¹⁶ Στασινοπούλου, Ο., *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*, Gutenberg, Αθήνα, 1996, σελ 69-72.

¹¹⁷ Χατζηδάκης, Κ., *Ελλάδα και Ευρώπη Ποιο Κοινωνικό Κρατος*, Σιδέρης, Α. Έκδοση Αθήνα, 1998, σελ 122.

προβλημάτων, τα οποία υπογράμμισε η Πράσινη Βίβλος και τα οποία χρειάζεται να διερευνηθούν περισσότερο για να μπορέσουμε να βρούμε ουσιαστικά τις δυνατότητες που ανοίγονται.

Υπάρχουν βέβαια διάφορες εκδοχές, που έχουν σχέση με τα φορολογικά συστήματα και την υπευθυνότητα που τα κράτη-μέλη έχουν, σε σχέση με τα φορολογικά συστήματα. Το κάθε κράτος-μέλος, πρέπει να πάρει κάποιες αποφάσεις οι οποίες έχουν άμεση επίπτωση στο θέμα αυτό.

Η φορολογία είναι υπευθυνότητα των κρατών-μελών και αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος που τα επικουρικά συστήματα ασφάλισης, δεν είναι πάντα συμβατά από τη μια χώρα στην άλλη. Το σύστημα φορολόγησης και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του δεύτερου τύπου έχουν πάρα πολύ μεγάλη συνάφεια.

Διότι οι εισφορές είναι ένα άλλο είδος φορολόγησης, κατά κάποιον τρόπο. Είναι ουσιαστικά ένα σύστημα το οποίο δημιουργεί προβλήματα στην κινητικότητα των εργαζομένων και μειώνει τις πιθανότητες που έχουν οι εργαζόμενοι να κάνουν προσωπικές επιλογές, σε σχέση με την ασφάλισή τους. Θα πρέπει να θέσουμε στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων πολύ ουσιαστικά τα θέματα αυτά και θα πρέπει να πω ότι το χρονοδιάγραμμα που αφορούσε τα σχόλια που θα μπορούσαν να γίνουν σε σχέση με την Πράσινη Βίβλο, έληξε στο τέλος Δεκεμβρίου του 1997. Έτσι λοιπόν, αυτή τη στιγμή, βρισκόμαστε στη φάση των νομοθετικών ρυθμίσεων, στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπήρξε μια ευρεία απάντηση του χρηματο-οικονομικού τομέα, με 70 διαφορετικές απαντήσεις. Αλλά μόνο τα 2/3 των κρατών-μελών, μέχρι στιγμής, έκαναν σχόλια επί των θεμάτων της Πράσινης Βίβλου.

Το ελληνικό υπόμνημα λείπει ακόμα, αλλά σίγουρα θα έρθει πολύ σύντομα. Τρεις επιτροπές του Ευρωκοινοβουλίου, συζητούν ακόμα το θέμα της Πράσινης Βίβλου και δεν αναμένεται να έχουμε απάντηση πριν από τον Απρίλιο ή το Μάιο, απ' αυτές τις επιτροπές. Υπάρχουν βεβαίως κάποια συμπεράσματα που μπορούμε να συνάγουμε από τις πρώτες απαντήσεις των κρατών-μελών. Τα περισσότερα κράτη-μέλη συμφωνούν να υπάρξει μια μετατόπιση βάρους, από την πρώτη κατηγορία των συντάξεων "pay-as-you-go", στις συντάξεις που είναι διανεμητικού καθεστώτος, δηλαδή στα συμπληρωματικά Επικουρικά Ταμεία της δεύτερης κατηγορίας. Όμως, οι απαντήσεις που έχουμε λάβει είναι ένα καλό δείγμα της ευαισθησίας που έχουν τα κράτη-μέλη και της πολυπλοκότητας που έχει το συγκεκριμένο πρόβλημα. Διότι υπάρχουν κοινωνικοί, συναισθηματικοί και ψυχολογικοί περιορισμοί.

Το να διασφαλίσει κανείς την ελεύθερη διακίνηση των κεφαλαίων και την ελευθερία της παροχής υπηρεσιών διασυνοριακά, θα πρέπει να πούμε ότι υπάρχουν ορισμένα κράτη-μέλη, τα οποία ακόμη δε θέλουν να δουν στο χώρο αυτό μια συγκεκριμένη οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στις χώρες της Ε.Ε., αναφέρθηκε άλλωστε, τα συμπληρωματικά¹¹⁸ συστήματα ασφάλισης ασθένειας παρουσιάζουν ένα ποικιλόμορφο "τοπίο" με διαφοροποιήσεις από τη φύση τους, την έκταση και τον αριθμό των ασφαλισμένων τους. Έτσι, παρόλες τις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως τα τελευταία χρόνια, μια ολοκληρωμένη επισκοπή συστημάτων αυτών, δεν είναι ακόμα εφικτή, δεν είναι ακόμα δυνατή. Παρά ταύτα τα συμπληρωματικά αυτά συστήματα είναι δυνατόν να είναι, είτε υποχρεωτικά, είτε προαιρετικά. Η δε λειτουργία τους να στηρίζει αναδιανεμητική, όσο και σε κεφαλαιοποιητική βάση. Για παράδειγμα, στη Γαλλία υπάρχει ένα πολύ σημαντικό υποχρεωτικό δεύτερο σύστημα, το οποίο είναι διανεμητικού χαρακτήρα, ο δεύτερο συνταξιοδοτικής προστασίας. ΣΤΟ Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει ένα υποχρεωτικό βασικό καθεστώς, βάσει του πρώτου συστήματος συνταξιοδοτικών παροχών, συμπλήρωμα αναλογικό εισοδημάτων, ενώ οι διατάξεις βάσει του δεύτερου συστήματος δεν είναι υποχρεωτικές σε εθνικό επίπεδο.

Στη Γερμανία, Αυστρία, Λουξεμβούργο¹¹⁹ και σε μικρότερο βαθμό στη Σουηδία, σημαντικό ποσοστό των επικουρικών συστημάτων του δεύτερο προέρχεται μέσω μη κεφαλαιοποιητικών συστημάτων εκ μέρους του εργοδότη. Τα συνταξιοδοτικά καθεστώτα της κατηγορίας αυτής, συνοδεύονται γενικά με την απασχόληση ή την άσκηση ενός επαγγέλματος με το "εφτάλ καθεστώς" ή το "καθεστώς του κλάδου". Η συμμετοχή σε τέτοιου είδους καθεστώτα είναι δυνατή μόνο για τους εργαζόμενους στους συγκεκριμένους τομείς, κλάδους, επαγγέλματα ή και είναι απόρροια συμφωνίας μεταξύ κοινωνικών εταίρων. Η διαχείριση των καθεστώτων της δεύτερης κατηγορίας, πραγματοποιείται από ιδιωτικούς οργανισμούς, οι εισφορές καθορίζονται με βάση το και η καταβολή τους επιβαρύνει τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Τα ιδιωτικά κεφαλαιοποιημένα καθεστώτα λειτουργούν ήδη σε αρκετά κράτη-μέλη, μεταξύ των οποίων το Ηνωμένο Βασίλειο, τις Κάτω Χώρες και την Ιρλανδία. Επιπλέον, οι πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές σε άλλες χώρες, όπως, Ιταλία, Ισπανία και Γαλλία, παρέχουν τη δυνατότητα εξελίξεων στο συγκεκριμένο τομέα.

Από οικονομική άποψη, θα ήταν προτιμότερο να υπάρχουν συνταξιοδοτικά¹²⁰ συστήματα που να συνδυάζουν την κρατική με την ιδιωτική ασφάλιση και τα οποία να ενσωματώνουν

¹¹⁸ Μιχαλοπούλου-Δώρη, Α., Πιέρρος, Φ., *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρώπης*, Παπαζήση, Αθήνα, 1992, σελ 48-52.

¹¹⁹ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium, 2001, σελ 195.

¹²⁰ Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in.....*, ό.π. σελ 200.

στοιχεία του διανεμητικού και του κεφαλαιοποιητικού συστήματος. Ωστόσο, καθώς αυξάνεται η σημασία των συμπληρωματικών συντάξεων ως ποσοστό του συνολικού συνταξιοδοτικού εισοδήματος, είναι όλο σημαντικότερο, για τους στόχους και τις επιδιώξεις της Ε.Ε., να παρέχουν οι κυβερνήσεις -και σε αυτό εμείς αποδίδουμε πρώτη σημασία- ένα (περιβάλλον για την αποτελεσματική λειτουργία των συμπληρωματικών κεφαλαιοποιητικών καθεστώτων. Είναι γνωστές οι προσπάθειες που καταβάλλει η Ευρωπαϊκή Ένωση για το συντονισμό των συστημάτων συμπληρωματικής προστασίας, αχ διασφάλιση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των μισθωτών και μη μισθωτών και των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων να αίρει τα όποια εμπόδια την ελεύθερη διακίνηση και την εύρυθμη λειτουργία της ενιαίας αγοράς, η οποία, όπως είναι γνωστό, αποτελεί βασικό στοιχείο της συνολικής για την προώθηση της ανταγωνιστικότητας, της οικονομικής ανάπτυξης και της απασχόλησης σε όλη την Ευρώπη.

10.2. ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

10.2.1. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Δεδομένου ότι το δημόσιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω τομέα για την οικονομία και τη νομισματική ένωση δεν επιτρέπουν μια αύξηση των δημόσιων εξόδων για την υγεία, και ότι το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα μείωσης αποκλείει μια περαιτέρω άνοδο στα ιδιωτικά έξοδα, τα οποία είναι ήδη υψηλά, ο ρόλος της συμπληρωματικής¹²¹ ασφάλειας υγείας θα αποτελέσει στο άμεσο μέλλον ένα βασικό συστατικό στην εθνική πολιτική υγείας.

Σε αντίθεση με πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, μη συμπληρωματικά¹²² σχέδια ασφάλισης ασθένειας έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι το τελικό πόρισμα της υγειονομικής περίθαλψης από τις ελληνικές οικογένειες αυξάνεται και ότι το δημόσιο σύστημα υγείας έχει αποτύχει στο να ικανοποιήσει αυτή την απαίτηση. Το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας, στην προσπάθεια πλήρους και παγκόσμιας κάλυψης ενάντια στους κινδύνους υγείας, ήταν ολοκληρωμένο στην δεκαετία του '80, αλλά παρόλα αυτά η ευημερία και η αμοιβαία ενίσχυση εταιρειών λειτουργούν συμπληρωματικά σχέδια σε άλλους κλάδους ασφάλισης (όπως η ζωή και κεφαλαιοποίησης), οι οποίοι είχαν μικρή επίδραση στον κλάδο υγείας με τις επιχορηγήσεις. Σε αντίθεση όμως, η ιδιωτική

¹²¹ Παπανδρέου, Α., *Η Μεταρρύθμιση των Ασφαλιστικών Συστημάτων στα Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Ισταμε, Αθήνα, 2002.

¹²² Κοντιάδης, Ξ., *Οψεις Αναδιάρθρωσης, του Κράτους Πρόνοιας στην Ευρώπη*, Σακουλλά, Αθήνα, 1997.

ασφάλεια¹²³, μετά από μια περίοδο μακράς στασιμότητας, έχει αρχίσει να επιδεικνύει άλλη συμπεριφορά με την συμμετοχή της στην παραγωγή ζωής, της ασφάλισης ασθένειας και υπηρεσίες κεφαλαίου. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι ανεξάρτητοι κλάδοι ζωής και η υγείας είναι πολύ νέοι στην Ελλάδα, και ακόμη και σήμερα τα προϊόντα τους δεν πωλούνται χωριστά, συνήθως η σχέση υγεία ή η σχέση πολιτικής κεφαλαιοποίησης, είναι κατάσταση που μπορεί να συνδεθεί με το γεγονός ότι η κοινωνική ασφάλεια υγείας θεωρητικά καλύπτει όλους τους κινδύνους. Κατά συνέπεια, η συμπληρωματική φύση της ιδιωτικής ασφάλειας είναι ψευδής στην ποιότητας της φροντίδας και στην ευκολία της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας παρά στην κάλυψη των κινδύνων.

Είναι γνωστό ότι η κοινωνική ασφάλιση αναπτύχθηκε στην Ελλάδα¹²⁴ αποσπασματικά και χωρίς μακροχρόνιο σχεδιασμό. Αυτό που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, είναι ότι αναπτύσσεται πολύ αργότερα, σε σχέση με την κοινών» στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δεν καλύπτει, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980 το σύνολο των εργαζομένων. Η πολλαπλότητα, εξάλλου, των ταμείων βασίζεται, είτε στην επαγγελματική ομάδα, είτε στο είδος της παροχής. Υπάρχουν ταμεία δημόσιου και δικαίου; μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που λειτουργούν αυτόνομα και αυτοδιαχειριζόμενα, ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου.

Στη χώρα μας, υπάρχουν συνολικά 236 ταμεία παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ασφάλισης. Από τα οποία 28 ταμεία κύριας ασφάλισης, 56 τ επικουρικής ασφάλισης, 22 ταμεία ασθενείας, 77 ταμεία πρόνοιας, 50 ταμεία αλληλοβοήθειας και 3 φορείς παροχής υπόλοιπων υπηρεσιών. Από αυτό το συνολικό αριθμό των 236 ταμείων, μόνο 15 ταμεία, 8 επικουρήσεις, 4 ασθενείας και 3 πρόνοιας, λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δικαίου, αυτόνομα και αυτοδιαχειριζόμενα.

Έτσι στο μέλλον, η ενίσχυση της αυτονομίας και αυτοδιαχείρισης των επικουρικών ταμείων, καθώς και των ταμείων πρόνοιας, θα διευρύνει το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού η διάρθρωση του χαρτοφυλακίου θα καθορίζει την αποδοτικότητα των περιουσιακών τους. Επιπλέον η ενίσχυση της αυτονομίας των εν λόγω ταμείων, θα συμβάλλει στη βελτίωση της σχέσης εισφορών και μελλοντικών παροχών. Θα συμβάλλει επίσης στην απρόσκοπτη εισροή πόρων από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, οι οποίοι είναι εκείνοι, που με τις εισφορές συγκροτούν τη κεφαλαιακή βάση αυτών των ταμείων. Θα συμβάλλει στη θετική επίδραση των αγορών κεφαλαίων, όπως και στη διατήρηση στοιχείων αλληλεγγύης, δια μέσου της ανακατανομής εισοδήματος των ασφαλισμένων και συνταξιούχων.

¹²³ Νεκτάριος, Ν., *Εισαγωγή Στην Ιδιωτική Ασφάλιση*, Γ Έκδοση, Forum, Αθήνα, 1998.

¹²⁴ Κρεμαλής, Κ., *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Σακκουλά, Αθήνα-Κομοτηνή, 1985.

Ειδικότερα για τη χώρα μας, η αυτονομία, αυτοδιοίκηση και αυτοδιαχείριση των επικουρικών και λοιπών ταμείων, υποστηρίζεται για τη λογιστική τους ισορροπία, της κεφαλαιοποιητικής τους λειτουργίας, της βιωσιμότητας τους και της κοινωνικής αποτελεσματικότητάς τους, ανατρέπονται συνεχώς από τις κρατικές παρεμβάσεις. Στη βάση αυτής της στρατηγικής, είμαστε αντίθετοι με την άποψη της ένταξης των ταμείων επικουρικής ασφάλισης στα ταμεία κύριας σύνταξη τέτοιο σημαίνει ότι οι συμπληρωματικές παροχές επικουρήσεις και ασφάλισης, θα περιέλθουν στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση, δηλαδή ασφαλιστικές εταιρείες. Το συνδικαλιστικό κίνημα της χώρας μας, διεκδικεί την προαναφερόμενη προοπτική για την κοινωνική ασφάλιση, γιατί θεωρεί ότι η αυτόνομο αυτοδιαχείριση των επικουρικών και των λοιπών ταμείων, αποτελεί σημαντική και μακράς πνοής συνεισφορά στο μέλλον του συστήματος της προστασίας.

Αυτή είναι η πρόκληση του 21ου αιώνα για την κοινωνική προστασία στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το δημογραφικό πρόβλημα έχει διπλή όψη, της πτώσης της γεννητικότητας και της ανόδου της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής, τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας, το αυξανόμενο κόστος των κοινωνικών δαπανών, ο διεθνής ανταγωνισμός που ασκεί πιέσεις στις επιχειρήσεις, δημιουργούν πράγματι έναν πειστικό κλοιό στις ευρωπαϊκές πολιτικές ηγεσίες μπροστά σε μια πρόκληση και ταυτόχρονα πρόσκληση.

Η προβληματική, που τίθεται αναφέρεται στην θέση των επικουρικών συνταξιοδοτικών συστημάτων στην κοινωνική προστασία των εργαζόμενων γνωστό ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα εισοδήματα από συνταξιοδότηση, θεωρούνται κατά κανόνα ότι στηρίζονται σε 3 βάθρα, ή 3 επίπεδα. Το πρώτο αντιπροσωπεύει τα εκ του νόμου συστήματα, το δεύτερο τα επαγγελματικά και το τρίτο την ατομική συνταξιοδοτική εξασφάλιση, μ αποταμιεύσεων και συμβολαίων ασφάλειας ζωής. Ο σκοπός της συνταξιοδοτικής εξασφάλισης δεν είναι απλά να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο εισοδήματος. Αλλά είναι να επιτύχει διαβίωση, παρόμοιο με αυτό που είχε πετύχει ο εργαζόμενος, κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας.

Στην επίτευξη αυτοί η συμβολή των συμπληρωματικών συστημάτων είναι σημαντική. Η ανάπτυξη και ο ρόλος τους στη γενική κοινωνική προστασία, έρχεται συχνά να καλύψει τα κενά της εκ του νόμου κοινωνικής προστασίας. συμπλήρωση των χαμηλών συντάξεων, ιδίως τα πρώτα χρόνια της εισαγωγής του θεσμού που καταβάλλονταν από τα βασικά συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, αποτέλεσε τη γενεσιουργό αιτία των συμπληρωματικών συστημάτων. Παράλληλα, ο ορίζοντας του 21ου αιώνα επιβάλλει, η συνταξιοδοτική προστασία να στηριχτεί στην κρατική παρέμβαση και σε επικεντρωμένη αλλά και σε μεγαλύτερη συλλογική και ατομική ευθύνη.

10.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν να ερευνηθούν οι διαφορετικοί τρόποι που συμμετέχουν οι συμπληρωματικές μορφές και πως ενεπλάκησαν στην κοινωνική ασφάλεια και στις ιδιωτικές οργανώσεις. Αυτό το κεφάλαιο δίνει μια επισκόπηση της συμμετοχής των συμπληρωματικών και ιδιωτικών συνεργατών στους εξετασμένους διάφορους τομείς στις διάφορες χώρες. Με βάση αυτήν την συγκριτική περίληψη, μερικά γενικά συμπεράσματα θα συναχθούν.

Λόγω της διαφορετικής ιστορικής εξέλιξης και του συγκεκριμένου χαρακτήρα κάθε χώρας, η σύγκριση των συστημάτων του ενός συστήματος με το άλλον δεν ήταν ποτέ ένας εύκολος στόχος. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι το αποτέλεσμα μιας ενιαίας νομοθετικής απόφασης, αλλά έχουν αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια διάφορων ετών. Έχουν προσαρμοστεί και έχουν αναδιαρρυθμιστεί στις συνεχώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Ακόμη και η έννοια της "κοινωνικής ασφάλισης" η ίδια διαφέρει πολύ από χώρα σε χώρα.

Τα μέτρα για την παροχή βοήθειας όσον αφορά την υγεία και την ευημερία σε όλους τους πολίτες και για την εξασφάλιση ότι οι πάντες είχαν πρόσβαση σε ένα επίπεδο στοιχειώδους συντήρησης σε ορισμένες χώρες θεσπίστηκαν μόνο κατά τα χρόνια του μεσοπολέμου ενώ σε άλλες αμέσως μετά τον πόλεμο.

Στις βόρειες χώρες της Ευρώπης, αυτό το καθολικό σύστημα διατήρησης του εισοδήματος και παροχής υγειονομικής περίθαλψης καθιερώθηκε κατά τη δεκαετία του 1960 και οι μεταγενέστερες προσπάθειες αποσκοπούσαν στον εξορθολογισμό και την εδραίωση των διαφόρων πτυχών της υποστήριξης, που είχε συχνά εξελιχθεί με χαώδη και αποσπασματικό τρόπο. Στις λιγότερο ανεπτυγμένες και φτωχότερες νότιες περιοχές της Κοινότητας, τα συστήματα που παρέχουν περισσότερο ή λιγότερο πλήρη κάλυψη βρίσκονται ακόμη σε εμβρυακό στάδιο. Αν και τα συστήματα κοινωνικής προστασίας που υπάρχουν σήμερα στα κράτη μέλη παρουσιάζουν διαφορές όσον αφορά τις λεπτομέρειες, τον τρόπο χρηματοδότησης τους και την κλίμακα της υποστήριξης που παρέχουν, τα κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες. Τούτο οφείλεται εν μέρει στην κοινή τους προέλευση. Ωστόσο, αντανακλά επίσης το γεγονός ότι επιχειρούν να αντιμετωπίσουν τα ίδια προβλήματα και παρόμοιες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, γεγονός που έγινε εντονότερο με τη διαδικασία της στενότερης ολοκλήρωσης.

Όλα τα κράτη μέλη παρέχουν στους πολίτες τους υποστήριξη του εισοδήματος για το γήρας, την ασθένεια, την αναπηρία, τη μητρότητα και την ανεργία καθώς και για τη μέριμνα παιδιών και παρέχουν πρόσβαση σε δωρεάν ή επιδοτούμενη σε μεγάλο βαθμό υγειονομική περίθαλψη.

Εκτός από την κλίμακα υποστήριξης, οι κύριες διαφορές, που αντανακλούν εν μέρει διαφορές στον τρόπο με τον οποίο εξελίχθηκαν τα εθνικά συστήματα και διακυμάνσεις στην πολιτική και θεσμική δομή των διαφόρων χωρών, αφορούν τα εξής σημεία:

- *Το βαθμό κατά τον οποίο η υποστήριξη είναι ανάλογη με το μισθό σε σχέση με την κατ' αποκοπή υποστήριξη*
- *Τη συνεκτίμηση των πόρων για τον καθορισμό του δικαιώματος για υποστήριξη και του ύψους του καταβλητέου ποσού*
- *Την έκταση κατά την οποία υπάρχει δικαίωμα για εγγυημένο κατώτατο επίπεδο εισοδήματος*
- *Την έκταση κατά την οποία οι παροχές σε είδος (π.χ.) υγειονομική περίθαλψη) διατίθενται σε όλους όταν και όπου αυτοί τις χρειάζονται*
- *Τη μορφή κατά την οποία αντλούνται έσοδα για τη χρηματοδότηση του συστήματος και ειδικότερα τη σημασία των εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων σε σχέση με τη γενική φορολογία*
- *Το ρόλο των εκπροσώπων των εργοδοτών και των εργαζομένων στη διαχείριση του συστήματος σε σχέση με το ρόλο του κράτους*
- *Το ρόλο των ιδρυμάτων του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών σε σχέση με το δημόσιο τομέα.*

Γενικά, τα κράτη μέλη μπορούν να διαιρεθούν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες¹²⁵ ανάλογα με τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων κοινωνικής προστασίας: εκείνα στα οποία επικρατούν οι αρχές της ασφάλισης και οι παροχές σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις εισφορές εκείνα στα οποία η αρχή της ασφάλισης είναι λιγότερο κατοχυρωμένη, οι παροχές σχετίζονται περισσότερο με τις ανάγκες και η χρηματοδότηση προέρχεται κατά κύριο λόγο από τη γενική φορολογία εκείνα που βρίσκονται σε ενδιάμεση θέση και εκείνα όπου το σύστημα βρίσκεται ακόμη σε εμβρυακό στάδιο. Ωστόσο, στην πράξη, ο διαχωρισμός αυτός είναι σχετικά αυθαίρετος από τη στιγμή που όλα τα κράτη μέλη εφαρμόζουν σε ορισμένο βαθμό την αρχή της ασφάλισης και σε κάθε περίπτωση μέρος του συστήματος προσανατολίζεται στο να εξασφαλίζει ότι ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες. Παρ'όλα αυτά, για λόγους συντομίας, ο διαχωρισμός αυτός είναι σχετικά χρήσιμος.

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τη Γερμανία, τη Γαλλία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο - και ίσως τις Κάτω Χώρες και την Ιταλία, που περιλαμβάνονται στην τρίτη ομάδα παρακάτω. Όλες οι χώρες αυτές διαθέτουν συστήματα που βασίζονται κυρίως σε συμβατικές αρχές ασφάλισης, που επικεντρώνονται ως επί το πλείστον στις συμβατικές αρχές της απασχόλησης και αποσκοπούν κατά κύριο λόγο στη διατήρηση των επιπέδων των μισθών όταν ένα άτομο δεν είναι πλέον σε θέση να εργαστεί μή όταν συνταξιοδοτείται. Οι εργαζόμενοι — τόσο οι μισθωτοί όσο και οι αυτοαπασχολούμενοι — καταβάλλουν ένα ποσοστό του επαγγελματικού τους εισοδήματος στο ασφαλιστικό ταμείο και οι εισφορές αυτές τους δίνουν δικαίωμα σε παροχές, σε χρήμα και σε είδος, όταν βρίσκονται σε ανάγκη. Ταυτόχρονα, οι εισφορές που καταβάλλουν οι μισθωτοί στο ταμείο συμπληρώνονται από εισφορές που πραγματοποιούν οι εργοδότες για λογαριασμό τους.

¹²⁵ Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα, 1972, σελ 16-17.

Στις χώρες αυτές, παρ'όλο που υπάρχουν διαφορές στον τρόπο διαχείρισης των συστημάτων, στο ρόλο που διαδραματίζουν οι ιδιωτικοί οργανισμοί και οι κοινωνικοί εταίροι στη διαχείριση τους και στον καταμερισμό των εισφορών μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων, τα συστήματα στις χώρες αυτές παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες. Και στις τέσσερις ομάδες, τα έσοδα, ενώ προέρχονται κυρίως από τις εισφορές, συμπληρώνονται από τη γενική φορολογία. Επίσης, και στις τέσσερις περιπτώσεις το καθεστώς που βασίζεται στην ασφάλιση συμπληρώνεται από την κοινωνική πρόνοια που διατίθεται στα άτομα που έχουν ανάγκη και τα οποία, επειδή δεν έχουν συνεισφέρει επαρκώς, ή καθόλου, στο ασφαλιστικό ταμείο δεν είναι επιλέξιμα για παροχές ή τα οποία έχουν εξαντλήσει το δικαίωμά τους αντλώντας όλες τις παροχές για τις οποίες είναι επιλέξιμα. Σε όλες αυτές τις χώρες, το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη να εξασφαλίζει ότι κανένα εισόδημα δεν είναι χαμηλότερο από το κατώτατο εγγυημένο επίπεδο, ανεξάρτητα από το καθεστώς απασχόλησης του ατόμου και τις εισφορές που κατέβαλε στο παρελθόν.

Σε όλες αυτές τις χώρες, το βοήθημα αυτό χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και η καταβολή του εξαρτάται από τους πόρους, με την έννοια ότι για τον καθορισμό του ύψους της υποστήριξης που θα παρασχεθεί λαμβάνεται υπόψη το εισόδημα που διαθέτει το νοικοκυριό ή τα μέσα υποστήριξης του. Σε όλες αυτές τις χώρες, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης¹²⁶ βασίζεται επίσης σε αρχές ασφάλισης και οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τις εισφορές, κατά τον ίδιο τρόπο με τις παροχές σε χρήμα, παρ'όλο που στην περίπτωση αυτή το κάθε άτομο έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες ανεξάρτητα από τις εισφορές που έχει καταβάλει. Οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα και οι δαπάνες επιστρέφονται από το κράτος.

Η δεύτερη ομάδα χωρών περιλαμβάνει εκείνες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία και η Ιρλανδία, όπου η αρχή της ασφάλισης είναι λιγότερο κατοχυρωμένη. Σε όλες αυτές τις χώρες, η γενική φορολογία αποτελεί σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης απ'ότι για την πρώτη ομάδα χωρών και οι παροχές τείνουν να είναι λιγότερο στενά συνδεδεμένες με τις εισφορές. Παρ'όλα αυτά, τα συστήματα που επικρατούν σε αυτές τις τρεις χώρες παρουσιάζουν μεταξύ τους λιγότερες ομοιότητες απ'ότι τα συστήματα στην πρώτη ομάδα χωρών.

¹²⁶ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insurance*,ASSC,Belgium,2001,σελ 208.

Ειδικότερα, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία βασίζονται πολύ περισσότερο στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας απ'ότι η Δανία, όπου οι εισφορές αντιπροσωπεύουν μικρότερο μόνο μέρος της χρηματοδότησης ενώ το μεγαλύτερο αντλείται από τη γενική φορολογία, ιδίως από τους φόρους εισοδήματος. Από την άλλη πλευρά, στη Δανία οι κοινωνικές παροχές σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το επαγγελματικό εισόδημα, όπως στην πρώτη ομάδα χωρών, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία τείνουν να αποτελούν κυρίως κατ'αποκοπή ποσά (αντανακλώντας την επίδραση του Βενοπα)ε, οι ιδέες του οποίου για καθολικό δικαίωμα σε επαρκές εισόδημα για τη στοιχειώδη συντήρηση τουλάχιστον για τα αν αποτέλεσαν τη βάση του βρετανικού κράτους πρόνοιας που αναπτύχθηκε μεταπολεμικά). Συνεπώς, στη Δανία¹²⁷ το σύστημα αποσκοπεί στο να διατηρηθεί το επίπεδο του εισοδήματος όταν ένα άτομο δεν εργάζεται και καθώς οι φόροι που καταβάλλονται τείνουν να είναι ανάλογοι με το εισόδημα, υπάρχει μία πραγματική σχέση μεταξύ των εισφορών στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και των δικαιούμενων παροχών. Από την άλλη πλευρά, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, το σύστημα αποσκοπεί στην παροχή ενός ελάχιστου επιπέδου υποστήριξης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μόνο στην περίπτωση των συντάξεων που σχετίζονται με το εισόδημα, τις περισσότερες; από τις οποίες διαχειρίζονται ιδιωτικά ταμεία συνταξιοδότησης, το ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών έχει σχέση με το ύψος των παροχών ενώ στην Ιρλανδία η παροχή ανεργίας περιλαμβάνει επίσης ένα περιορισμένο στοιχείο που σχετίζεται με το μισθό.

Παρ'όλα αυτά και στις δύο χώρες το δικαίωμα για παροχές εξακολουθεί να εξαρτάται από το επίπεδο των εισφορών που καταβάλλει κάθε άτομο.

¹²⁷ Complementary Health Schemes in the European Communities. EC Seminar. Bavaria. σελ. 103.

Όταν δεν υπάρχει δικαίωμα για παροχή, όταν η παροχή είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του ατόμου ή της οικογενειακής μονάδας ή όταν το δικαίωμα έχει εξαντληθεί, τα άτομα πρέπει να αποταθούν στην κοινωνική πρόνοια, η επιλεξιμότητα για την οποία στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία εξαρτάται από το εάν το άτομο είναι χωρίς απασχόληση για προφανή λόγο διότι ασθενεί, είναι ανίκανο για εργασία, είναι τραυματισμένο, έχει τη φροντίδα μικρού παιδιού, είναι σε κατάσταση εγκυμοσύνης ή δεν μπορεί να βρει εργασία -και από το εάν το εισόδημα του και οι συνολικές αποταμιεύσεις του είναι κατώτερες από ένα καθορισμένο επίπεδο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, η κοινωνική πρόνοια καταβάλλεται σε ποσοστά που συνήθως είναι χαμηλότερα από τα ποσοστά κοινοτικών παροχών αν και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η διαφορά είναι οριακή — και, στην πράξη, η βασική διαφορά μεταξύ των παροχών και της πρόνοιας στις δύο χώρες συνίσταται από ότι στην πρώτη καταβάλλεται αυτόματα ενώ η δεύτερη εξαρτάται από τους πόρους.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οικογενειακή πίστωση παρέχεται σε εργαζομένους με χαμηλό εισόδημα ή με μερικό Οράριο και με παιδιά. Στη Δανία, το σύστημα επιχειρεί να εξασφαλίσει ότι το κάθε άτομο διαθέτει το εγγυημένο κατώτατο επίπεδο εισοδήματος. Όπως στην πρώτη ομάδα χωρών, η υγειονομική περίθαλψη στη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί τμήμα του συστήματος κοινωνικής προστασίας και παρέχεται στους πάντες δωρεάν (με εξαίρεση τα φάρμακα) ανεξάρτητα από το επίπεδο εισφορών τους. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις, η υπηρεσία παρέχεται κυρίως από το δημόσιο τομέα και όχι από τον ιδιωτικό, όπως στην πρώτη ομάδα χωρών. Από την άλλη πλευρά, στην Ιρλανδία, η δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, με εξαίρεση τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται δωρεάν όταν περισσότερα άτομα, διατίθεται μόνο στα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Στην τρίτη ομάδα χωρών περιλαμβάνονται εκείνες, τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των οποίων τοποθετούνται μεταξύ των δύο πρώτων ομάδων, συγκεκριμένα οι Κάτω Χώρες και η Ιταλία.. Ειδικότερα, όσον αφορά την Ιταλία¹²⁸, οι εισφορές, ιδίως εκείνες που καταβάλλουν οι εργοδότες, αποτελούν εξίσου σημαντική πηγή χρηματοδότησης όπως στη Γαλλία ή το Βέλγιο και οι παροχές, με εξαίρεση τα οικογενειακά επιδόματα, είναι ανάλογες σε μεγάλο βαθμό με το εισόδημα. Ωστόσο, το σύστημα παροχών ανεργίας είναι πολύ λιγότερο ανεπτυγμένο απ'ότι στα περισσότερα άλλα κράτη μέλη, καθώς μόνο χαμηλά ποσοστά παροχών είναι αυτοδίκαια πληρωτέα. Συνακόλουθα, μεγάλη βαρύτητα δίνεται στην Ολλανδία (ταμείο για την ολοκλήρωση των επαγγελματικών εισοδημάτων) που ουσιαστικά αποτελεί ένα καθεστώς το οποίο αποσκοπεί στην κάλυψη της μερικής ή προσωρινής ανεργίας. Επιπλέον, στην Ιταλία, σε αντίθεση με τις πρώτες δύο ομάδες χωρών, το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας για τα άτομα που δεν είναι επιλέξιμα για παροχές δεν αποσκοπεί στο να εξασφαλίσει ότι κάθε άτομο διαθέτει ένα κατώτατο επίπεδο εισοδήματος.

¹²⁸ Complementary Health Schemes in the European Communities, EC Seminar, Bauaria, σελ. 66.

Αρμόδια για τη διαχείριση του συστήματος καθώς και για τις κοινωνικές υπηρεσίες και την υγειονομική περίθαλψη είναι η τοπική κυβέρνηση ενώ στο εσωτερικό της χώρας παρουσιάζονται μερικές διακυμάνσεις Αντίθετα, στις Κάτω Χώρες, το κοινωνικό ή γενικό σύστημα πρόνοιας είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένο και αποσκοπεί στο να παρέχει κάλυψη σε κάθε άτομο με ανεπαρκές επίπεδο εισοδήματος ανεξάρτητα από την κατάσταση του, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που λαμβάνουν κοινωνικές παροχές, εφόσον δεν επαρκούν ώστε να αυξήσουν το εισόδημα στο στοιχειώδες επίπεδο συντήρησης ή το κοινωνικό ελάχιστο. Το σύστημα αυτό συμπληρώνει το καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης¹²⁹, στο πλαίσιο του οποίου, όπως και σε άλλες χώρες, τόσο οι εισφορές όσο και οι παροχές είναι ανάλογες με το εισόδημα..

Η τέταρτη ομάδα χωρών αποτελείται από την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα¹³⁰, όπου τα συστήματα είναι παρόμοια με εκείνα σε άλλα κράτη μέλη αλλά λιγότερο καλά αναπτυγμένα. Και οι τρεις χώρες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις εργοδοτικές εισφορές για τη χρηματοδότηση των κοινωνικών παροχών, αν και η υγειονομική περίθαλψη στην Ισπανία και την Πορτογαλία, ειδικότερα, χρηματοδοτείται κατά μεγάλο μέρος από τη φορολογία. Και στις τρεις περιπτώσεις, οι κλασικές κατηγορίες παροχών είναι ανάλογες με το επαγγελματικό εισόδημα όπως και οι εισφορές. Ωστόσο, σχετικά μεγάλο ποσοστό ατόμων δεν είναι επιλέξιμα για παροχές και βασίζονται στην κοινωνική πρόνοια, με τη μορφή κατώτατης σύνταξης¹³¹ ή ενός κατ'αποκοπή επιδόματος αναπηρίας, για παράδειγμα, αλλά σε συγκριτικά χαμηλά ποσοστά. Σε καμία από τις τρεις χώρες η πρόνοια δεν αποσκοπεί στην εγγύηση ενός κατώτατου εισοδήματος. Με λίγα λόγια, όλα τα κράτη μέλη διαθέτουν κάποια μορφή καθεστώτος κοινωνικής ασφάλισης δυνάμει του οποίου τα ποσά που καταβάλλονται και αποδίδονται σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με το εισόδημα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία κατ'εξάιρεση οι περισσότερες παροχές συνίστανται σε κατ'αποκοπή ποσά, αντανακλώντας τη φιλοσοφία ότι πρέπει να βασίζονται στην ανάγκη και όχι στο εισόδημα. Σε άλλες χώρες, μόνο τα επιδόματα τέκνων ή τα οικογενειακά επιδόματα τείνουν να είναι κατ'αποκοπή ποσά αν και σε ορισμένες περιπτώσεις κυμαίνονται ανάλογα με τον αριθμό, ακόμη και με την ηλικία των παιδιών (στο Βέλγιο, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες).

Σε όλες τις χώρες, όλοι οι απασχολούμενοι, το εισόδημα των οποίων είναι αξιότερο από το κατώτατο επίπεδο, καθώς και εργοδότες, συμβάλλουν στη χρηματοδότηση των κοινωνικών

¹²⁹ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners in social insurance*,ASSC,Belgium,2001,σελ. 202.

¹³⁰ Vansteenkiste,S.,Devetzi,S. And Goyens,F.,*Private partners....ό.π.,σελ204,*

¹³¹ Στο ίδιο.....σελ. 200.

παροχών, εν μέρει προκειμένου να δημιουργηθεί το αίσθημα της αλληλεγγύης, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις το ύψος των παροχών έχει κάποια σχέση με το ύψος των εισφορών. Παρ'όλο που σε όλη την Κοινότητα, οι αυτοαπασχολούμενοι περιλαμβάνονται στα ανταποδοτικά καθεστώτα, μόνο στη Δανία και το Λουξεμβούργο είναι επιλέξιμοι για παροχές ανεργίας.

Επίσης σε όλα τα κράτη μέλη, προκειμένου να καλυφθούν τα άτομα, των οποίων η απασχόληση και οι εισφορές —δεν θεμελιώνουν δικαίωμα σε παροχές, η κοινωνική ασφάλιση συμπληρώνεται από την κοινωνική πρόνοια, η οποία αποσκοπεί στο να αυξήσει το εισόδημα σε ένα καθορισμένο κατώτατο επίπεδο. Συνεπώς, το ύψος του βοηθήματος εξαρτάται από τους πόρους. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, ιδίως στα νότια της Κοινότητας, η κοινωνική πρόνοια χορηγείται ακόμη με διακριτική ευχέρεια και συνακόλουθα δεν εξασφαλίζει κατ' ανάγκη ότι το εισόδημα όλων των ατόμων είναι ανώτερο από το επίπεδο που απαιτείται για τη στοιχειώδη συντήρησή τους.

Στο Βέλγιο, τα "κεφάλαια ασθένειας" χρηματοδοτούν διάφορες δραστηριότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ένα μέρος των ευθυνών τους είναι η διοίκηση των νομικών ασφαλιστικών σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης. Δίπλα σε αυτόν, προσφέρουν επίσης συμπληρωματική κοινωνική ασφάλιση για τον αποκαλούμενο "μικρό κίνδυνο υγειονομικής περίθαλψης" για τους ελεύθερους επαγγελματίες, δηλ. το μέρος της υγειονομικής περίθαλψης που δεν παρέχεται στους ελεύθερους επαγγελματίες από το κρατικό σχέδιο. Τα "κεφάλαια ασθένειας" επίσης προσφέρουν τα πρόσθετα ασφαλιστήρια συμβόλαια και τις υπηρεσίες, όπως η ασφάλεια για τις δαπάνες εισαγωγής σε νοσοκομείο και τα ασφαλιστήρια συμβόλαια σχετικά με τις δαπάνες της μεταφοράς σε περίπτωση ασθένειας.

Στην Τσεχία, οι "επιχειρήσεις ασφάλειας υγείας" (HIC) είναι ιδιωτικοί φορείς που περιλαμβάνονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορούν να περιγραφούν ως επαγγελματικές επιχειρήσεις ασφάλειας υγείας (εκτός από μια που καθιερώθηκε από το κράτος) και είναι αρμόδιοι για την ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης, δηλ. διαχειρίζονται το σύστημα. Τα ασφαλιστήρια που καθορίζονται από το νόμο πληρώνονται άμεσα στην επιχείρηση ασφάλειας υγείας που επιλέγεται από τον ασφαλισμένο. Ένα HIC πρέπει να αναγνωριστεί από το κράτος, και υποβάλλεται επίσης στον κρατικό έλεγχο - πρέπει να υποβάλει μια οικονομική έκθεση τριμηνιαία στο Υπουργείο υγείας και το Υπουργείο οικονομικών.

Στις Κάτω Χώρες, εκείνοι που δεν ασφαρίζονται από τον υποχρεωτικό νόμο ασφάλειας υγείας (δηλ. κυρίως εκείνοι οι άνθρωποι το των οποίων ετήσιο εισόδημα υπερβαίνει ένα ορισμένο όριο - περ. 29.000 Ευρο) μπορούν να επιλέξουν την ιδιωτική¹³² ασφάλεια. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν τους όρους τους για την ασφάλεια, τα ποσοστά και την πολιτική αποδοχής. Εντούτοις, μερικές φορές οι επιχειρήσεις πρέπει να δεχτούν μερικές ομάδες ανθρώπων, συνήθως εκείνοι ηλικίας πάνω από 65.

Η συμπληρωματική υγειονομική περίθαλψη με διαφορετικές μορφές

Διαμορφώνονται σύμφωνα με τα νομικά σχέδια υγειονομικής περίθαλψης και παρέχονται από δύο κατηγορίες ιδρύματος: αμοιβαία ασφαλιστικά σχέδια και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Σε διάφορες χώρες η αμοιβαία ασφάλεια ήταν η πρώτη εκδήλωση της υγειονομικής περίθαλψης. Ιδρύθηκε στην αρχή της αλληλεγγύης μεταξύ των επαγγελματιών ομάδων. Μια άλλη μορφή αλληλεγγύης, έπειτα σε μια εθνική κλίμακα, ανέλαβε βαθμιαία με την καθιέρωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης ή των εθνικών υγειονομικών υπηρεσιών. Η αμοιβαία ασφάλεια έγινε έτσι συμπληρωματική.

◆ Καθώς επίσης και τα αμοιβαία ασφαλιστικά σχέδια, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αναμειχθεί στη συμπληρωματική προσοχή ασθένειας. Η συμμετοχή τους δεν είναι πλέον βασισμένη στο κριτήριο της αλληλεγγύης αλλά στο μεμονωμένο κίνδυνο.

◆ Πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ισπανία ένας ειδικός όρος έχει υπάρξει για κάποιο χρόνο: τα "igualatorios colegiales"¹³³, ένα είδος συνεταιρισμού υγειονομικής περίθαλψης. Κάτω από αυτό το σχέδιο, οι ομάδες επαγγελματιών θεραπεύουν τους ασθενείς τους σε αντάλλαγμα για ένα σταθερό ετήσιο ποσό.

Η φύση της συμπληρωματικής κάλυψης ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Μπορεί να είναι οικονομικό (αποζημίωση των οφελών) ή μπορεί να είναι υπό μορφή πρόσβασης σε ένα δίκτυο προσοχής που χρησιμοποιείται από αμοιβαίες ή ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Αυτό συμβαίνει στην Ισπανία, την Ελλάδα και το UK. Η επέκταση των συμπληρωματικών σχεδίων ασθένειας είναι ενδεικτική των ανεπαρειών ή της απόσυρση από τα νομοθετημένα συστήματα και των δυσλειτουργικών δομών παροχής.

¹³² Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F. *Private partners in social insurance*. ASSC, Belgium, 2001. σελ.196.

¹³³ Complementary Health Schemes in the European Communities. EC Seminar, Bauaria, σελ. 134.

Ποσοτική και ποιοτική αύξηση των συμπληρωματικών ασφαλιστικών σχεδίων

Κάθε χώρα έχει βεβαιώσει μια αύξηση του ρόλου της συμπληρωματικής υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια των πρόσφατων πολιτικών για τη ρύθμιση των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης. Τα διάφορα συστήματα που έχουν εφαρμοστεί έχουν απαιτήσει τους συγκεκριμένους όρους, κάθε ένας με τον ιδιαίτερο τρόπο του, στα αμοιβαία ή ιδιωτικά ασφαλιστικά σχέδια. Ανάλογα με τους προσανατολισμούς που εγκρίνονται, οι τελικές συνέπειες στην ανάπτυξη ενός συμπληρωματικού συστήματος προσοχής θα είναι πολύ διαφορετικές. Όσον αφορά στις πολιτικές που στοχεύουν στην αύξηση της οικονομικής συμβολής των ασθενών, είναι δικαιολογήσιμο να αμφισβητηθεί μέχρι ποίο σημείο τα αμοιβαία ασφαλιστικά σχέδια είναι σε θέση να καλύψουν τα οφέλη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι πλέον ικανό να υποστηρίξει. Τα ιδιωτικά ασφαλιστικά σχέδια μπορούν να αναμιχθούν σε τέτοια σχέδια, σε αντίθεση, επειδή μπορούν να ζυγίσουν τα ασφάλιστρα ενάντια στους κινδύνους. Αλλά πόσο μακριά και βασιζόμενος σε ποια κριτήρια;

Οι περιοριστικές συνέπειες των μέτρων για να καθιερωθούν οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή να οργανωθεί ορθολογικά η σειρά προϊόντων μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ενός προσοδοφόρου ανεξάρτητου ιδιωτικού τομέα που οργανώνεται και διοικύμενου από τις ασφαλιστικές εταιρείες ή τις οικονομικές ομάδες. Όσον αφορά στην αυξανόμενη αναφορά στις διοικητικές μεθόδους ιδιωτικού τομέα και την ιδέα του ανταγωνισμού, αυτό μπορεί να οδηγήσει στις καταστάσεις της ομοιομορφίας και την αποσύνθεση των νομικών ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης αφ' ενός και συμπληρωματικών αφ' ετέρου.

Υπάρχει ο κίνδυνος ότι βοηθάμε στο να γυρίσουμε ανάποδα το ολόκληρο σύστημα οφελών και υγειονομικής περίθαλψης. Στο μέτρο που ούτε οι αμοιβαίες ούτε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν μπορούν να αναλάβουν από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χωρίς επιβολή κάποιας μορφής ορίου, συμπληρωματική υγεία

Τα σχέδια θα μπορούσαν να είναι για να διαδραματίσουν έναν πιο ενεργό ρόλο στις υπηρεσίες προσοχής Αυτό είναι ένα κίνητρο, όπως σε ορισμένες χώρες, για να οργανώσει κανείς τις δομές προσοχής σύμφωνα με τις αρχές τους που εξαρτώνταν από αυτές. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι εδώ δίνεται η δυνατότητα της εισαγωγής του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης υπό την αιγίδα των συμπληρωματικών σχεδίων υγείας που θα βρίσκονταν πραγματικά σε μια νέα κατάσταση έναντι των ιδρυμάτων και των ασθενών. Τέλος, μερικοί από εκείνους που περιλαμβάνονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και επαγγελματίες και ασθενείς, θα αντιμετωπίσουν μια δυσμενή οικονομική κατάσταση.

Εάν η επιλογή των κινδύνων ήταν να γίνει ο κανόνας, πώς θα μπορούσαν οι αμοιβαίες ασφαλιστικές εταιρείες που αναπτύσσουν δραστηριότητες σε ένα πνεύμα της κοινότητας και της αλληλεγγύης να συνεχίσουν να παίζουν το παιχνίδι αλληλεγγύης όπου θα διακινδύνευαν να πρέπει να πάρουν την ευθύνη για τις σοβαρές ασθένειες; Ο κίνδυνος είναι ότι θα δούμε ορισμένα διεστραμμένα αποτελέσματα των συστημάτων να επιβεβαιώνονται.

Σε περιόδους όπου αποδεικνύονται οι χώρες ανίκανες στο να συμπεριλάβουν και να καλύψουν τις δαπάνες υγείας, όσο περισσότερο επιβεβαιώνεται ο ρόλος του δημόσιου τομέα τόσο και τα μεροληπτικότερα συμπληρωματικά σχέδια υγείας φαίνονται να είναι τα συμπληρωματικά σχέδια υγείας θα αναπτυχθούν με διαφορετικούς τρόπους στις διαφορετικές χώρες.

Είναι μόνο κατανοητό ότι θα είχαν το ίδιο μέλλον εάν υπήρξε μια εθνική υγειονομική υπηρεσία ή μια επιχείρηση ασφάλειας υγείας. Η συμπληρωματική κάλυψη αντισταθμίζει την έλλειψη κρατικής προστασίας ενάντια στον κίνδυνο ασθένειας. Στις Κάτω Χώρες αυτό ισχύει για το τμήμα του πληθυσμού που αποκλείεται από οποιαδήποτε μορφή κρατικού οφέλους (οι υπάλληλοι των οποίων το εισόδημα υπερβαίνει το ανώτατο όριο συνεταιρισμών για την υποχρεωτική ασφάλεια, αυτή είναι 54.400 HFL ετησίως, και δημόσιοι υπάλληλοι) και στο Βέλγιο για τη δευτερεύουσα μεταχείριση των αυτοαπασχολούμενων εργαζομένων.

Η συμπληρωματική κάλυψη εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο κάλυψης κοινωνικής ασφάλισης. Η έκταση αυτού του τύπου κάλυψης ποικίλλει ανάμεσα στα όρια συμφωνιών της κρατικής κάλυψης. Δύο ομάδες χωρών προσφέρουν αυτόν τον τύπο εγγύησης οι χώρες που έχουν σύστημα *Bismarkian* και εκείνες με σύστημα *Beveridgian* που έχουν τις διαφορετικές κατηγορίες που κυβερνούν την πρόσβαση στην επεξεργασία.

Η Συμπληρωματική κάλυψη μπορεί να παρουσιάσει πτώση μέσα σε ένα σύστημα της ελεύθερης θεραπείας. Ευνοεί σαφώς την επιλογή για γνωστούς γιατρούς και πολυτελείς κλινικές κ.λπ. και συμμορφώνεται έτσι με τις κοινωνικές προσδοκίες. Μερικοί άνθρωποι εξετάζουν την επίδραση που ο μηχανισμός των συμπληρωματικών σχεδίων υγείας έχει στις γενικές δαπάνες για την υγεία. Πόσο συμβάλλει σε μια πληθωριστική σπείρα των δαπανών; Η ασφάλεια για να καλύψει μέρος του κόστους της θεραπείας μπορεί στην πραγματικότητα

Η διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών για τους αριθμούς που καλύπτονται από τις συμπληρωματικές ρυθμίσεις στους τρεις τομείς της κοινωνικής παροχής είναι γεμάτη με δυσκολίες. Εντούτοις, υπάρχουν προβλήματα με όλες τις τρέχουσες προσεγγίσεις. Αυτά είναι:

1. *Εαν η κάλυψη είναι περιορισμένη*
2. *Οκαθορισμός "επαγγελματίας". περιλαμβάνει ή αποκλείει τους ελεύθερους επαγγελματίες διπλασιάζει την αρίθμηση εκείνων με περισσότερες από μια εργασίες*

3. *Εαν αυτό περιλαμβάνει όλους όσους εργάζονται και όχι να αποκλείει μερικούς*
4. *ανθρώπους λόγω του εισοδηματικού επιπέδου, ελάχιστος αριθμός των ωρών που εργάζονται κ.λπ.*
5. *Εαν οι υποτελείς μετριούνται χωριστά*
6. *Εαν τα ακριβή αρχεία διατηρούνται από είτε τον εργοδότη είτε τον προμηθευτή εκείνοι που καλύπτονται από τα σχέδια ομάδας*
7. *Εαν εκείνοι που καλύπτονται στο πλαίσιο των συμφωνιών που αντικαθιστούν κατά αποδεκτό τρόπο για τα κρατικά οφέλη μετριούνται δύο φορές*

Ένα πιθανό μέτρο της κάλυψης, τουλάχιστον για την ασφαλισμένη παροχή είναι το εισόδημα ασφαλίστρου. Εντούτοις, λόγω των διαφορετικών εθνικών συστημάτων που ρυθμίζουν και των ασφαλιστικών προϊόντων φορολόγησης, οι διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης χρησιμοποιούμενες και οι εθνικές παραλλαγές στις δαπάνες και τα κέρδη, που κάνουν τις συγκρίσεις μεταξύ των κρατών μελών βάσει του συνολικού εισοδήματος ασφαλίστρου είναι παραπλανητικές.

Το ποσοστό εκείνων που καλύπτονται στο πλαίσιο των συμπληρωματικών συμφωνιών μπορεί να συσχετιστεί επιτυχώς με το μισθό και τη θέση. Σωστή είναι η άποψη ότι μεταξύ των υπαλλήλων με υψηλές αποδοχές από τη σταθερή κάλυψη απασχόλησης και από τη συμπλήρωση εργοδοτών και σε στις τρεις περιοχές είναι υψηλή. Εντούτοις, υπάρχει παραλλαγή στην έκταση της εξαρτώμενης κάλυψης που συνδέεται με τη συμπληρωματική υγειονομική περίθαλψη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το δημόσιο / ιδιωτικό μίγμα έχει να κάνει πολύ με την ιστορία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης σε μια χώρα. Αυτό γίνεται προφανές όταν εξετάζει κάποιος τις χώρες όπως το Βέλγιο, τη Σουηδία και την Ελλάδα. Αυτή τη στιγμή, τα κρατικά ιδρύματα και οι ιδιωτικοί συνεργάτες σε αυτές τις χώρες εργάζονται στενά μαζί για να παρέχουν τη γενική προστασία στους ασφαλισμένους.

Επομένως, μια μεγάλη πρόκληση για τις χώρες που ενισχύουν το ρόλο των ιδιωτικών επιχειρήσεων - και μειώνουν το ρόλο του κράτους - θα είναι να εξασφαλιστεί ένας *κόσμιος βαθμός αλληλεγγύης και ισότητας*. Η ιδιωτική αγορά δεν μπορεί μόνο (και δεν είναι υποτιθέμενη) να ρυθμίσει αυτό. Η διαγραφή τμημάτων της κοινωνικής ασφάλισης προκειμένου να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες θα οδηγήσουν στις περισσότερες περιπτώσεις σε μια απώλεια αλληλεγγύης στην κοινωνία.

Η οποιαδήποτε πρωτοβουλία για μεταρρύθμιση στο ασφαλιστικό σύστημα του θα πρέπει να διερευνηθεί μέσα από τις νέες κοινωνικό-οικονομικές τάσεις που διαμορφώνονται σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη χώρα μας. Τα κράτη-μέλη πρέπει να αναπτύξουν στενότερη συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο για να πετύχουν τους κοινούς κοινωνικούς στόχους. Αξίζει λοιπόν στη διατύπωση των προτάσεων πολιτικής προς το Τ.Σ.Α.Υ¹³⁴, να έχουμε υπόψη μας τις πρόσφατες ευρωπαϊκές μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην επάρκεια και τη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας.

Τίθεται λοιπόν επί τάπητος η στενότερη συσχέτιση μεταξύ εισφορών και της δημιουργίας ενός **Συστήματος Ειδικών Ταμείων**. Η δημιουργία ενός **μικτού συμπληρωματικού συστήματος** που θα βασίζεται μεν στο διανεμητικό (πρώτος πυλώνας) αλλά θα συμπεριλαμβάνει και στοιχεία του κεφαλαιοποιητικού συστήματος (δεύτερος πυλώνας) αποτελεί πραγματικότητα. Επιπλέον, τίθεται και το θέμα των ιδιωτικών συστημάτων (τρίτος πυλώνας) που ήδη αναπτύσσονται σε πολλές χώρες της Ε.Ε.

Επιγραμματικά οι διαπιστώσεις - προτάσεις της Ε.Ε. για τα μελλοντικά συστήματα διατυπώνονται ως εξής: «Στα υπάρχοντα διανεμητικά συστήματα, όπου οι τρέχουσες πληρωμές χρηματοδοτούνται από τις τρέχουσες εισφορές, θα προστεθούν και άλλα, κεφαλαιοποιητικά, όπου οι τρέχουσες εισφορές ορίζονται με βάση τις μελλοντικές υποχρεώσεις». Αν θέλουμε να αξιολογήσουμε τις βασικότερες συμπερασματικές

¹³⁴ Υφαντόπουλος, Γ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση του ΤΣΑΥ*, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα, 2001, σελ. 28.

επισημάνσεις, και κοινά στοιχεία καθώς και διαφορές στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούμε να σταθούμε στα παρακάτω καίρια σημεία:

- Όπου υπάρχει ενιαίο καθολικό σύστημα τύπου Μπέβεριτζ (Αγγλία – Δανία – Ιρλανδία – Σκανδιναβικά κράτη), ο τομέας των επαγγελματικών συστημάτων είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος.
- Τα επαγγελματικά συστήματα αναπτύσσονται κυρίως την τελευταία δεκαετία.
- Όπου το ασφαλιστικό σύστημα είναι διαρθρωμένος κατά τύπο Bismark, ο Β΄ πυλώνας των επαγγελματικών συστημάτων είναι ασθενής και μικρής εκτάσεως και τούτο γιατί ουσιαστικά το σύστημα Bismark λειτουργεί με στοιχεία επαγγελματικών συστημάτων.
- Διαφορές ορίων ηλικίας ανδρών – γυναικών. Παρατηρούνται τάσεις εξομίωσης με μεταβατικό χρονικό διάστημα.
- **Αύξηση αριθμού συνταξιούχων σε σχέση με τους ασφαλισμένους και ανατροπή της ασφαλιστικής σχέσης.**
- Δημογραφικό πρόβλημα για όλα τα Κράτη – Μέλη. Αύξηση αριθμού συνταξιούχων σε σχέση με τον ενεργό πληθυσμό.
- Αυξήσεις ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης με μεγάλα μεταβατικά χρονικά διαστήματα που φθάνουν το 2030.

Επενδύσεις αποθεματικών στα συστήματα του Α΄ πυλώνα δεν προβλέπεται. Δεν νοείται επένδυση αποθεματικών εκεί κυρίως όπου υπάρχει χρηματοδότηση από το κράτος.

Υπάρχουν συγκεκριμένες προτάσεις, οι οποίες ζητούν να υπάρχει ουσιαστικά, ένα συγκεκριμένο σχήμα ασφάλειας ζωής, μέσα στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα έχει ουσιαστικά, τις ίδιες παραμέτρους και τις ίδιες εισφορές. Θα είναι ενδεχομένως ένα σύστημα που θα μεταχειρίζονται φορολογικά, με τον ίδιο τρόπο, τα κράτη-μέλη. Στην πραγματικότητα όμως, υπάρχουν αρκετά κράτη-μέλη τα οποία δε δέχονται αυτού του είδους την προσέγγιση, διότι φοβούνται μια μεγάλη ελάττωση των φορολογικών εισφορών, λόγω αυτών των σχημάτων. Τα περισσότερα κράτη-μέλη προτιμούν, ούτως ή άλλως, τις διμερείς συμφωνίες μεταξύ των διαφόρων ασφαλιστικών συστημάτων, ούτως ώστε να μην υπάρχουν ελλείμματα και να μη χάνουν από πλευράς φορολόγησης. Υπάρχουν λοιπόν προβλήματα, όπως αυτό που συζητιέται αυτή τη στιγμή στο επίπεδο του Συμβουλίου, για την επικουρική ασφάλιση συγκεκριμένων ατόμων, τα οποία μετατίθενται σε άλλες χώρες, κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης σταδιοδρομίας τους καθώς και τον τρόπο με τον οποίο, τα άτομα αυτά, είναι δυνατόν να φορολογηθούν. Ακόμη και χώρες, όπως η Γερμανία, όπου τα Επικουρικά Ταμεία, κατά παράδοση, είναι ιδιωτικού δικαίου, θα πρέπει αυτή τη στιγμή να δουν, και υπάρχει αυτή η άποψη, για το πώς θα μπορέσουν να δουν μια συνολική και ενιαία προσέγγιση

του επικουρικού συστήματος, μέσα στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να δούμε την κινητικότητα και τη φιλελευθεροποίηση μέσα στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς ενοποίηση των ασφαλιστικών συστημάτων. Έτσι θα μπορούμε να έχουμε μια πιο καθαρή άποψη για το μέλλον της επικουρικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

**ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ &
ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΣΤΟ σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων)**

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦ/ΣΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ	ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
1. ΙΚΑ	TEAM (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	ΤΑΠΕΜ (Ταμ. Πρόνοιας Εργατ/λων Μετάλλου)	ΙΚΑ
	TEAM (>>)	ΤΑΙΥ (Ταμ. Ασφ. Ξενοδ/Υπαλλ.) (Κλάδος Πρόνοιας)	ΤΑΞΥ
	TEAM (>)	Ταμ. Πρόν. Προσ. Εθνικού Θεάτρου	ΙΚΑ και Ταμ. Πρόν. Προσ. Εθν. Θεάτρου
	TEAM(>>)	Ταμ. Πρόν. Προσ. Οργ. Υδρ. Θεσσ.	ΙΚΑ
	ΤΑΠΛΑΤΑΤ (ΝΠΛΔ)		Ταμ. Ασφ. Ασθ. Προσ. Τράπ. Πίστεως, Γενικής & ΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΞΙΠΡΕΣ & Λοιπές
	TEAM (>)		
	TEAM (Υπάλληλοι Ν.Π.Δ.Δ.)	Ν. 103/75 (για εφάπαξ)	ΙΚΑ
	TEAM (Υπάλλ. ΟΤΑ ιδιωτ. Δικαίου)		ΙΚΑ
	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Τομ. Επικ. Ασφάλ. Μισθωτών)	Ταμ. Πρόν. Προσ. ΟΛΘ	ΙΚΑ
	ΕΤΕΑΜ(>)	Ταμ. Πρόν. Προσ. Εθν. Θεάτρου	Ταμ. Πρόν. Προσ. Εθν. Θεάτρου
	ΕΤΕΑΜ (>>)	Ταμ. Πρόν. Προσ. Εμπορικών & Βιομηχ/κών Επαγγ/κών & Βιοτεχ. Επιμελητηρίων Ελλάδος	ΙΚΑ
	ΕΤΕΑΜ (>)	ΤΕΑΠΑΕΛ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Πρόν. & Ασθέν. Εργ/νων στα Λιμάνια) (Κλάδος Πρόν. Υπαλλ. ΟΛΠ)	ΙΚΑ
	TEAM	Τ.Α.Π.Π.Ε. Λιπασμάτων	ΙΚΑ
	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Ταμ. Επικ. Ασφάλ. Μισθωτών)	Λογαριασμός Ν. 103/75	ΙΚΑ
	ΤΕΑΠΑΕ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Αεροπ/κών Επιχειρήσεων)		ΙΚΑ
	ΤΕΑΕΠΓΕ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Εκπαιδ/κών Ιδιωτικής Γενικής Εκπαίδευση)		ΙΚΑ

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΤΕΑΠΕΠ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Εταιρειών Πετρελαιοειδών)			ΙΚΑ
ΤΕΑΥΕΚ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Υπαλλ. Εμπορ. Καταστημάτων)	ΤΕΑΥΕΚ - Κλάδος Πρόνοιας		ΙΚΑ
ΤΕΑΠΕΤ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Εταιρειών Τσιμέντων)	ΤΕΑΠΕΤ - Κλάδος Πρόνοιας		ΙΚΑ
ΤΕΑΗΕ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Ηλεκτροτ/τών Ελλάδος)			ΙΚΑ
ΤΕΑΥΕΤ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Υπαλλ.Εμπορ. Τροφίμων)			ΙΚΑ
ΤΕΑΠΟΖΟ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ.Οινοπ. Ζυθοπ., Οινοπν/ποιίας)			ΙΚΑ
ΤΕΑΥΦΕ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Υπαλλ. Φαρμακ. Εταιρειών)	ΤΕΑΥΦΕ - Κλάδος Πρόνοιας		ΙΚΑ
ΤΕΑΑΠΑΕ (Τομ. Επικ. Ασφάλ. Ασφαλιστών & Ασφ/κών Επιχειρ/ων			ΙΚΑ
ΤΕΑΧ (Ταμ. Επικ. Ασφάλ. Χημικών)			ΙΚΑ
Κλάδος Επικ. Ασφ. Υπαλλήλων Ναυτικών Πρακτόρων			ΙΚΑ
Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Ταμ. Νομικών	Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Ταμ. Νομικών	Ταμείο Νομικών (όπως δημόσιο)	
Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Εμπορικής Τράπεζας (ΝΠΙΔ)	Ταμ. Ασφ. Προσ. Εμπορικής Τράπεζας (ΝΠΙΔΔ)	Ταμ. Ασφ. Προσ. Εμπορικής Τράπεζας (ΝΠΙΔΔ)	
Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. ΕΥΔΑΠ		Υγειονομική Υπηρεσία (ΕΥΔΑΠ)	
ΤΕΑΠΑΕΛ (Κλάδος Σύνταξης Διμεν/τών)	ΤΕΑΠΑΕΛ (Κλάδος Πρόνοιας Διμεν/τών)	ΤΕΑΠΑΕΛ (Κλάδος Ασθένειας Διμεν/τών)	
ΤΕΑΠΠΕΡΙΤ (Ταμ. Επικ. Ασφ. & Πρόνοιας Προσ. ΕΡΤ και Τουρισμού)	ΤΕΑΠΠΕΡΤΤ		ΙΚΑ
ΤΕΑΠΟΚΑ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Οργ/σμών Κοιν/κής Ασφ/σης)	Λογ. Υπαλλ. ΙΚΑ Ταμ. Πρόν. Δημ. Υπαλλήλων		ΙΚΑ
ΤΕΑΠΟΚΑ (>>)	Λογαριασμός Ν. 103/75		ΙΚΑ
Κλάδος Επικ. Ασφάλ. Προσωπικού Ταμ. Πρόνοιας Δικηγόρων Αθηνών	Λογαριασμός Ν. 103/75		ΙΚΑ
Ταμ. Πρόνοιας & Επικ. Ασφάλισης Προσωπικού	Ταμ. Πρόνοιας & Επικ. Ασφάλισης Προσωπικού		ΙΚΑ

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

	Ιπποδρομιών	Ιπποδρομιών	Ασφαλιστικοί φορείς
2. ΔΗΜΟΣΙΟ	ΤΑΔΚΥ (Μόνιμοι Υπάλληλοι ΟΤΑ)	ΤΑΔΚΥ	ΤΥΔΚΥ
	ΤΕΑΔΥ (Μόνιμοι Υπάλ. Νομικών Προσώπων)	N.103/75	ΙΚΑ
	Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Γενικής Τραπεζής		Ταμ. Ασθ. Προσ. Τράπ. Πίστεως, Γενικής & ΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΞΠΡΕΣ
	Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Τραπεζής Πίστεως		Ταμ. Ασθ. Προσ. Τράπ. Πίστεως, Γενικής & ΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΞΠΡΕΣ
	ΤΕΑΧ (Ταμ. Επικ. Ασφάλ. Χημικών)	Ταμ. Πρόν. Δημ. Υπαλλήλων	ΔΗΜΟΣΙΟ
	ΤΕΑΔΥ (Ταμ. Επικ. Ασφάλ. Δημ. Υπαλλ.)	Ταμ. Πρόν. Δημ. Υπαλλήλων	ΔΗΜΟΣΙΟ
	ΤΕΑΔΥ (Υπάλληλοι Εθνικού Τυπογραφείου)	Ταμ. Πρόν. Δημ. Υπαλλήλων	Ταμ. Αλληλ/θείας Προσ. Εθνικού Τυπογραφείου & ΔΗΜΟΣΙΟ
	ΤΑΔΚΥ (Ταμ. Ασφ. Δημοτικών & Κοινοτικών Υπαλλήλων)	ΤΑΔΚΥ (Ταμ. Ασφ. Δημ/κών & Κοινοτικών Υπαλλ.)	ΤΥΔΚΥ (Ταμ. Υγείας Δημ/κών & Κοινοτικών Υπαλλ.)
	ΕΤΕΧ (Επικ. Ταμ. Ελλην. Χωροφυλακής)	ΤΑΑΣ (Ταμ. Αρωγής Αστυνομικών)	ΔΗΜΟΣΙΟ
	ΤΑΥΑΠ (Ταμ. Αρωγής Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων)	ΕΤΥΑΠ (Επικ. Ταμ. Υπαλλ. Αστυνομίας Πόλεων)	ΔΗΜΟΣΙΟ Κλάδος Υγείας Υπαλλ. Αστυν. Πόλεων (συμπληρωματικά)
ΤΑΥΠΣ (Ταμ. Αρωγής Υπαλλήλων Πυροσβεστικού Σώματος)	ΕΤΥΠΣ (Επικ. Ταμ. Υπαλλ. Πυροσβεστικού Σώματος)	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΤΕΑΠΟΚΑ (Ταμ. Επικ. Ασφ. Προσ. Οργ/σμών Κοιν/κής Ασφάλ.)	Ταμ. Πρόν. Δημ. Υπαλλήλων	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΓΕΑΠΠΕΡΤΤ (που είχαν παλιά ΔΗΜΟΣΙΟ)	ΤΕΑΠΠΕΡΤΤ	ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΤΕΑΔΥ	ΤΠΟΕΚΕ (Κληρικών)	ΔΗΜΟΣΙΟ	
3. ΤΑΠΕΑΠ ΙΠΠΟΔΡΟΜΙΩΝ	Ταμ. Πρόνοιας & Επικ. Ασφ. Προσωπικού Ιπποδρομιών		Ταμ. Πρόνοιας & Επικ. Ασφ. Προσωπικού Ιπποδρομιών
	4. ΟΓΑ 5. ΟΑΕΕ		ΟΓΑ -Κλάδος Υγείας ΤΕΒΕ(Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
		Ταμ. Επικουρικής Ασφάλ. Αρτοποιιών	
	Ταμ. Επικ. Ασφ. Πρόν. & Κοινής Διαν/μής Πωλητών BENZINΗΣ		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

	Ταμ. Επικ. Ασφ. Πρόν. & Κοινής Διαν/μής Πωλητών BENZΙΝΗΣ		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
	ΤΕΑΥΕΤ (Τροφίμων)		ΓΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
	[διωτικών Εκπαιδευτικών		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
	II		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
	Ηλεκτροτεχνιτών		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
	ΤΕΑΑΠΑΕ (Ασφαλιστών)		ΤΕΒΕ (Ασφαλισμένοι) ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
6. ΤΑΜ. ΠΡΟΝ. ΞΕΝΟΔΟΧΩΝ			ΙΚΑ (Συνταξιούχοι)
7. ΤΑΝΠΥ		ΤΑΝΠΥ	ΙΚΑ
8. ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ	ΚΕΑΔ (Κλάδος Επικ. Ασφ. Δικηγόρων)	Ταμ. Πρόν. Δικηγ. Πειραιώς	Κλάδος Υγείας Ταμ. Πρόν. Δικηγ. Πειραιώς
	ΚΕΑΔ(>>)	Ταμ. Πρόν. Δικηγ. θεσσ/κης	Κλάδος Υγείας Ταμ. Πρόν. Δικηγ. Θεσσ/κης
		Ταμ. Πρόν. Δικαστ. Επιμελητών	ΤΥΔΕ (Ταμ. Υγείας Δικηγ. Επαρχιών)
	ΚΕΑΔ (Κλάδος Επικ. Ασφ. Δικηγόρων)	Ταμ. Πρόν. Δικηγ. Αθηνών	Ταμ. Πρόν. Δικηγ. Αθηνών
	ΚΕΑΔ (>>)		ΤΥΔΕ (Ταμ. Υγείας Δικηγ. Επαρχιών)
	ΤΑΣ (Ταμ. Ασφάλ. Συμβολ/γράφων)	ΤΑΣ (Ταμ. Ασφ. Συμβολ/γράφων)	ΤΑΣ (Ταμ. Ασφ. Συμβολ/γράφων)
9. ΤΣΑΥ	ΤΕΑΜ (για Μισθωτούς)	ΤΣΑΥ (Ταμείο Συντάξεως & Αυτασφάλισης Υγειονομικών)	ΤΣΑΥ (Ταμείο Συντάξεως & Αυτασφάλισης Υγειονομικών)
10. ΤΣΜΕΔΕ	ΕΛΠΠ (Ειδικός λογαριασμός Προσθέτων Παροχών)	ΕΛΠΠ (Ειδικός λογαριασμός Προσθέτων Παροχών)	Κλάδος Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

11. ΤΣΠΕΑΘ	ΕΔΟΕΑΠ (Ενιαίος Δημοσ/κός Οργαν. Επικ. Ασφάλ. & Περίθ/λψης)	ΕΔΟΕΑΠ (Ενιαίος Δημοσ/κός Οργαν. Επικ. Ασφάλ. & Περίθ/λψης)	ΕΔΟΕΑΠ (Ενιαίος Δημοσ/κός Οργαν. Επικ. Ασφάλ. & Περίθ/λψης)
	ΤΕΑΠΠΕΡΤΤ	ΤΕΑΠΠΕΡΤΤ	ΕΔΟΕΑΠ
12. ΤΑΙΣΥΤ	Κλάδος Επικ. Ασφ/σης ΤΑΙΣΥΤ	Κλάδος Πρόνοιας ΤΑΙΣΥΤ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΙΣΥΤ
13. ΤΑΤΤΑ	Κλάδος Επικ. Ασφ/σης ΤΑΤΤΑ	Κλάδος Πρόνοιας ΤΑΤΤΑ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΤΤΑ
		Κλάδος Πρόνοιας	Κλάδος Ασθένειας

14. ΤΣΕΥΠ		ΤΣΕΥΠ	ΤΣΕΥΠ
	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας ΤΣΕΥΠ	Κλάδος Ασθένειας ΤΣΕΥΠ
15. ΤΑΠΟΤΕ	Ταμ. Αρωγής Προσ. ΟΤΕ	Ταμ. Αρωγής Προσ. ΟΤΕ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
	Ειδ. Λογ. Επικουρ. Ασφ/σης (Προσωπικού ΕΛΤΑ)		Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Ταμ. Πρόνοιας Προσ. ΟΣΕ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
16. ΤΣΕΑΠΣΟ	Κλάδος Επικ. Ασφ/σης ΤΣΕΑΠΣΟ		ΙΚΑ
	ΤΕΑΠΟΖΟ		ΙΚΑ
17. ΤΑΜ. ΣΥΝΤ. ΠΡΟΣ. ΗΣΑΠ	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Ταμ. Επικ. Ασφαλ.)		Ταμ. Αλληλ/ας Προσ. ΗΣΑΠ
18. ΤΣΕΥΠΘ	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας ΤΣΕΥΠΘ	ΙΚΑ
19. Τ. Α. ΠΡΟΣ. ΑΣΦ. ΕΤ. Η ΕΘΝΙΚΗ	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας Τ. Α. Προσ. Ασφ. Εταιρ. "Η ΕΘΝΙΚΗ"	Κλάδος Περίθαλψης Τ. Α. Προσ. Ασφ. Εταιρ. "Η ΕΘΝΙΚΗ"

20. Τ. Σ. ΠΡΟΣ. ΕΤΕ	Λογαρ. Επικουρήσεως Προσ. ΕΤΕ (ΝΠΙΔ)	Ταμ. Αυτασφ/σης Προσωπ. ΕΤΕ	Ταμ. Υγείας. Προσ. ΕΤΕ (ΝΠΙΔ)
21. Τ. Α. ΠΡΟΣ. ΕΤΒΑ	Κλάδος Πρόνοιας & Επικούρησης	Κλάδος Πρόνοιας & Επικούρησης	Κλάδος Υγείας ΕΤΒΑ
22. ΤΑΠΙΑΤ	Ταμ. Αλληλ/ας Προσ/κού ΙΟΝΙΚΗΣ-ΛΑΪΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	Κλάδος Πρόνοιας ΤΑΠΙΑΤ	Κλάδος Υγείας ΤΑΠΙΑΤ
23. Τ. Σ. & ΠΡΟΝ. ΠΡΟΣ. ΑΤΕ	Ειδ. Λογ. Επικ. Μελών Ταμ. Υγείας Προσ/κού ΑΤΕ (ΝΠΙΔ)	Κλάδος Πρόνοιας Ταμ. Σύντ. & Πρόν. Προσ/κού ΑΤΕ	Ταμ. Υγείας Προσ/κού. ΑΤΕ (ΝΠΙΔ)
24. Ταμ. Συντ. Προσ.Τραπ. Ελλάδος & Κτημ/κής	Μετοχ. Ταμ. Υπαλλ. Τραπ.Ελλάδος & Κτηματικής (ΝΠΙΔ)	Ταμ. Αυτ/σης Προσ. Τραπ. Ελλάδος & Κτηματικής (ΝΠΙΔ)	Αλλ/κό Ταμ. Περίθ. Σουλ. Υπαλλ. Τραπ. ΕΛΛΑΔΟΣ
25. ΔΑΠ ΔΕΗ	Τομέας Επικούρισης	Τομέας Πρόνοιας	Κλάδος

ΦΟΡΕΙΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

14. ΤΣΕΥΠ		ΤΣΕΥΠ	ΤΣΕΥΠ
	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας ΤΣΕΥΠ	Κλάδος Ασθένειας ΤΣΕΥΠ
15. ΤΑΠΟΤΕ	Ταμ. Αρωγής Προσ. ΟΤΕ	Ταμ. Αρωγής Προσ. ΟΤΕ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
	Ειδ. Λογ. Επικουρ. Ασφ/σης (Προσωπικού ΕΛΤΑ)		Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Ταμ. Επικ. Ασφαλ.)	Ταμ. Πρόνοιας Προσ. ΟΣΕ	Κλάδος Ασθένειας ΤΑΠΟΤΕ
16. ΤΣΕΑΠΓΣΟ	Κλάδος Επικ. Ασφ/σης ΤΣΕΑΠΓΣΟ		ΙΚΑ
	ΤΕΑΠΟΖΟ		ΙΚΑ
17. ΤΑΜ. ΣΥΝΤ. ΠΡΟΣ. ΗΣΑΠ	ΕΤΕΑΜ (Ειδ. Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)		Ταμ. Αλληλ/ας Προσ. ΗΣΑΠ
18. ΤΣΕΥΠΘ	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας ΤΣΕΥΠΘ	ΙΚΑ
19. Τ. Α. ΠΡΟΣ. ΑΣΦ. ΕΤ. Η ΕΘΝΙΚΗ	ΤΕΑΜ (Ταμ. Επικ. Ασφαλ. Μισθωτών)	Κλάδος Πρόνοιας Τ. Α. Προσ. Ασφ. Εταιρ. "Η ΕΘΝΙΚΗ"	Κλάδος Περιθαλψης Τ. Α. Προσ. Ασφ. Εταιρ. "Η ΕΘΝΙΚΗ"
20. Τ. Σ. ΠΡΟΣ. ΕΤΕ	Λογαρ. Επικουρήσεως Προσ. ΕΤΕ (ΝΠΙΔ)	Ταμ. Αυτασφ/σης Προσωπ. ΕΤΕ	Ταμ. Υγείας, Προσ. ΕΤΕ (ΝΠΙΔ)
21. Τ. Α. ΠΡΟΣ. ΕΤΒΑ	Κλάδος Πρόνοιας & Επικούρησης	Κλάδος Πρόνοιας & Επικούρησης	Κλάδος Υγείας ΕΤΒΑ
22. ΤΑΠΙΑΤ	Ταμ. Αλληλ/ας Προσ/κού ΙΟΝΙΚΗΣ-ΛΑΪΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ (Ν.Π.Ι.Δ.)	Κλάδος Πρόνοιας ΤΑΠΙΑΤ	Κλάδος Υγείας ΤΑΠΙΑΤ
23. Τ. Σ. & ΠΡΟΝ. ΠΡΟΣ. ΑΤΕ	Ειδ. Λογ. Επικ. Μελών Ταμ. Υγείας Προσ/κού ΑΤΕ (ΝΠΙΔ)	Κλάδος Πρόνοιας Ταμ. Σύντ. & Πρόν. Προσ/κού ΑΤΕ	Ταμ. Υγείας Προσ/κού. ΑΤΕ (ΝΠΙΔ)
24. Ταμ. Συντ. Προσ.Τραπ. Ελλάδος & Κτημ/κής	Μετοχ. Ταμ. Υπαλλ. Τραπ.Ελλάδος & Κτηματικής (ΝΠΙΔ)	Ταμ. Αυτ/σης Προσ. Τραπ. Ελλάδος & Κτηματικής (ΝΠΙΔ)	Αλλ/κό Ταμ. Περίθ. Συλ. Υπαλλ. Τραπ. ΕΛΛΑΔΟΣ (ΝΠΙΔ)
25. ΔΑΠ ΔΕΗ	Τομέας Επικούρησης	Τομέας Πρόνοιας	Κλάδος Υγειονομικού

1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναπλιώτη, Ε., *Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικό Σύστημα*, Αθήνα 1987
- Δουμουλάκη, Α., *Οικονομικά της Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 1998
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήση Αθήνα
- Καβουρά, Μ., *Η Οικονομική Ανταποδοτικότητα της Ιδιωτικής Ασφάλισης και Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα 2001
- Κοντιάδης, Ξ., *Όψεις Αναδιάρθρωσης, του Κράτους Πρόνοιας στην Ευρώπη*, Σακουλλά, Αθήνα 1997
- Κρεμαλής, Κ., *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Σακουλλά, Αθήνα-Κομοτηνή 1985
- Κυριόπουλος, Γ., *Επίκαιρα Και Διαχρονικά Έξαντας*, Αθήνα 1996
- Κυριόπουλος, Γ., *Πολιτική Και Οικονομία της Υγείας*, Εξάντας, Αθήνα 1997
- Κυριόπουλος, Γ. και Λιαρόπουλος, *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα 2001
- Κυριόπουλος, Γ. και Σίσσουρα, Α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997
- Νεκτάριος, Ν., *Εισαγωγή Στην Ιδιωτική Ασφάλιση*, Γ Έκδοση, Forum, Αθήνα 1998
- Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η., *Σύγκλιση Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη*, Σιδέρης, Αθήνα 1992
- Παπανδρέου, Α., *Η Μεταρρύθμιση των Ασφαλιστικών Συστημάτων στα Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Ισταμε, Αθήνα 2002
- Ρόζου, Β., *Αι Κοινωνικά Ασφαλίσεις σε Διάφορες Χώρες*, Αθήνα 1972.
- Ρομπόλης, Σ και Χλέτσος, Μ., *Η Κοινωνική Πολιτική μετά τη Κρίση του Κράτους Πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη 1995
- Σκουτέλης, Γ., *Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστήμων Υγείας, Αθήνα 1990
- Σουλιώτη, Κ. και Τσάκος, Π., *Η Ποιότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα 2003
- Σταθοπούλου, Α., *Κοινωνική Πρόνοια*, Έλλην, Αθήνα 1999
- Στασινοπούλου, Ο., *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*, Gutenberg, Αθήνα 1996
- Υφαντόπουλος, Γ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση του ΤΣΑΥ*, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Αθήνα 2001
- Vansteenkiste, S., Devetzi, S. And Goyens, F., *Private partners in social insurance*, ASSC, Belgium 2001
- Complementary Health Schemes in the European Communities*, EC Seminar, Bauaria

2.ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. www.ggka.gr
2. www.who.org
3. www.europa.eu.int.gr
4. www.oecdobserver.org
5. www.in.gr
6. www.yyp.gr
7. www.ekke.gr
8. www.e-gov.gr