



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ-

ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΑΡΔΑΚΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Ηλέκτρα Κουτσούκου

Κόρινθος, Ιανουάριος 2021

Copyright © Παναγιώτα Βαρδάκα, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν την συγγραφέα και μόνο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνικές διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Μέσα απο την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, μέσα σε μια αρκετά απαιτητική και διαφορετική χρονιά, όπως φαντάζομαι θα ήταν για τους περισσότερους από εμάς.

Ως εκ τούτου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές-τριες του μεταπτυχιακού προγράμματος που συνέβαλλαν ο καθένας ξεχωριστά στην διεύρυνση των γνώσεων μου σε θέματα κοινωνικής και εκπαιδευτικής πολιτικής, αλλά και στο προσωπικό της βιβλιοθήκης που υπερέβη εαυτό προκειμένου να με βοηθήσει παρότι ήταν κλειστά για το κοινό.

Για την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Δρ Ηλέκτρα Κουτσούκου, γιατί από την πρώτη στιγμή υπήρξε ουσιαστικά υποστηρικτικά δίπλα μου, για την πολύτιμη βοήθεια, την στήριξη και την συμβολή της στην επίτευξη του στόχου μου.

Την παρούσα διπλωματική εργασία την αφιερώνω στους δικούς μου ανθρώπους, στους γονείς μου γιατί υπήρξαν συνεχώς δίπλα μου σε όλη την ακαδημαϊκή μου πορεία, στην κόρη μου και στον σύντροφό μου, για την υπομονή και την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας, χωρίς εσάς δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωσή της.

Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
Εισαγωγή.....	9
Μέρος πρώτο: Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης.....	11
Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης.....	11
1. 1 Το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας.....	15
1.2 Οι κοινωνικοί κίνδυνοι.....	15
1.3 Οι τεχνικές αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων.....	17
1.4 Οι κλάδοι του δικαίου κοινωνικής πρόνοιας.....	17
1.4.1 Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης.....	18
1.4.2 Το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας.....	19
1.4.3 Το δημόσιο δίκαιο της υγείας.....	22
1.4.4 Το δίκαιο των κοινωνικών αποζημιώσεων.....	23
1.5 Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.....	24
1.5.1 Τα συστήματα τύπου Bismarck ή τα συστήματα της ηπειρωτικής Ευρώπης.....	25
1.5.2 Τα συστήματα τύπου Beveridge ή τα αγγλοσαξονικά συστήματα.....	26
1.5.3 Τα μικτά συστήματα.....	28
1.5.4 Το ελληνικό σύστημα.....	29
Κεφάλαιο 2: Πηγές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης.....	30
2.1 Κρατικές πηγές.....	30
2.1.1 Το Σύνταγμα.....	30
2.1.2 Πηγές Δικαίου.....	31
2.1.3 Υπερεθνικού χαρακτήρα γενικές αρχές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης.....	32
2.1.4 Οι γενικές αρχές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης.....	33
Κεφάλαιο 3: Ιστορία και οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης.....	35
3.1 Οργανωτικά χαρακτηριστικά.....	35
3.1.1 Ιστορική αναδρομή.....	35
3.1.1.1 Η περίοδος 1860-1934 και η ίδρυση του ΙΚΑ.....	35
3.1.1.2 Η περίοδος από το 1934-2010.....	37
3.1.1.3 Η περίοδος μετά το 2010.....	41
3.1.1.4 Κυριότερες νομοθετικές τροποποιήσεις για τα δημόσια νοσοκομεία.....	41
3.1.2 Έννοια και διακρίσεις ενοποιήσεων.....	44
3.1.2.1 Οι ενοποιήσεις του Ν. 4387/2016.....	46
3.2 Το νομικό καθεστώς των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.....	50
3.2.1 Η έννοια του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης.....	50

Μέρος δεύτερο: Η οικονομική λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης.....	52
Κεφάλαιο 4: Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης	52
Οι πόροι των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (εισφορές, κρατική χρηματοδότηση, κοινωνικοί πόροι)	52
Κεφάλαιο 5: Οι κοινωνικοασφαλιστικές παροχές.....	56
Τα είδη των κοινωνικοασφαλιστικών παροχών.....	56
i. Κύρια σύνταξη	56
ii)Επικουρική σύνταξη.....	57
iii)Εφάπαξ παροχή	57
iv)Παροχές ασθένειας σε είδος και σε χρήμα.....	58
v)Παροχές υγείας.....	58
vi)Προνοιακά Επιδόματα Κοινωνικής Αλληλεγγύης ηλικιωμένων και υπερηλίκων	59
Μέρος τρίτο: Ερευνητικό πλαίσιο και ανάλυση δεδομένων.....	60
Κεφάλαιο 6: Ερευνητικό πλαίσιο	60
6.1 Απογραφικά στοιχεία.....	60
6.2 Ερευνητικό Εργαλείο.....	61
6.3 Σκοπός της έρευνας	61
6.4 Μεθοδολογία της έρευνας.....	61
6.5 Περιορισμοί της μελέτης.....	61
Κεφάλαιο 7: Ανάλυση δεδομένων	62
Αποτελέσματα	62
Συμπεράσματα	63
Βιβλιογραφικές πηγές	65
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία	65
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	67
Παράρτημα.....	69
Εικόνα 1. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2012	72
Εικόνα 2. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2013.....	75
Εικόνα 3. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2014.....	78
Εικόνα 4. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2015.....	81
Εικόνα 5. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2016.....	84

Εικόνα 6. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2017.	87
Εικόνα 7. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2018.	90
Εικόνα 8. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2019.	94
Εικόνα 9. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΩΝ 2012 - 2019 ΑΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.	
Εικόνα 10: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.....	97
Εικόνα 11: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΡΙΘΜΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.....	98
Εικόνα 12 : ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΡΙΘΜΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.....	99
Εικόνα 13: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ.....	100
Εικόνα 14: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2012-2019 ΑΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ.	102

Περίληψη

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη εκπονείται με σκοπό να αναλυθεί η έννοια του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης, οι προεκτάσεις του και ο τρόπος που αυτό συνδέεται με το κράτος δικαίου και βεβαίως με την καθημερινότητα των πολιτών, στο πλαίσιο λειτουργίας του επαρχιακού νοσοκομείου Κορίνθου, που είναι και ο χώρος μελέτης μας. Έγινε μια προσπάθεια να ερευνηθεί αν στα χρόνια που μελετήθηκαν 2012-2019 η προσφορά των υπηρεσιών υγείας ανταποκρίθηκε και σε ποιο βαθμό στην ζήτηση από μέρους των ασφαλισμένων Ελλήνων. Δεν είναι εύκολη η παράθεση συγκεκριμένου νομοθετήματος, ώστε να χρησιμοποιηθεί ως άξονας πάνω στον οποίο αυτό δομείται, καθώς πρόκειται για ένα δίκαιο, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με πολλά κοινού περιεχομένου δίκαια και ανανεώνεται συνεχώς προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της καθημερινότητας της σύγχρονης εποχής. Στα πέντε πρώτα κεφάλαια γίνεται μια προσπάθεια αναφοράς των βασικών χαρακτηριστικών της κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο 1 οριοθετείται το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, στο κεφάλαιο 2 αναφέρονται οι πηγές του δικαίου, στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται η ιστορική αναδρομή και κάποιες βασικές ενοποιήσεις. Στο κεφάλαιο 4 αναφέρονται τα μέσα χρηματοδότησης και στο κεφάλαιο 5 τα είδη των κοινωνικοασφαλιστικών παροχών. Έπειτα, στο κεφάλαιο 6 και στο 7, είναι το ερευνητικό μέρος της μελέτης, όπου περιγράφεται το ερευνητικό πλαίσιο και στο τέλος τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα.

Το κοινωνικό δίκαιο έχει ως στόχο τη συνοχή των πολιτών, την προώθηση του κοινού καλού και του δημοσίου συμφέροντος, την εξασφάλιση προστασίας και αρωγής του πολίτη. Σε πρακτικό επίπεδο συσχετίζεται άμεσα με την εργασία και τη φορολόγηση των πολιτών καθώς δομείται δυνάμει αυτής της έννομης σχέσης. Ουσιαστικά, αναφέρεται σε σχέση παροχής και αντιπαροχής μεταξύ κράτους και πολιτών, που ταυτοχρόνως οφειλέτης και δανειστής απαντώνται στο ίδιο πρόσωπο εκατέρωθεν και για αυτόν τον λόγο πρόκειται για μια αμφοτεροβαρή έννομη σχέση. Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί μέρος του δημοσίου δικαίου, καθότι πρόκειται για δίκαιο που ρυθμίζει τις σχέσεις κράτους πολιτών, παρόλο που στο επίκεντρο έχει τεθεί η προστασία του πολίτη.

Λέξεις-κλειδιά:

Δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνική ασφάλιση, ασφαλισμένοι, υγειονομικό σύστημα, οικονομική κρίση, υγεία, προσφορά, ζήτηση

Abstract

This postgraduate study is being carried out with a view to analyzing the concept of social security Law, its implications and the way in which this is linked to the rule of law and, of course, to the everyday lives of citizens, in the context of the operation of the Corinth County Hospital, which is our study area. An attempt was made to investigate whether in the years studied 2012-2019 the supply of health services met and to what extent the demand of insured Greeks.

It is not easy to quote a specific piece of legislation to be used as the axis on which it is built, as it is a law, which is inextricably linked to many common content fairly and isconstantly renewed in order to meet the everyday needs of modern times. In the first five chapters an attempt is made to refer to the basic features of social security. In particular, chapter 1 defines social security law, chapter 2 sets out the sources of law, chapter 3 describes the historical background and some basic consolidation. In chapter 4, the financial instruments and in chapter 5 the types of social security benefits are indicated. Then, in chapter 6 and 7, it is research part of the study, which describes the research framework and in the end the results and conclusions.

Social law is aimed at cohesion of citizens, promoting the common good and public interest, and ensuring protection and assistance for the citizen. In practical terms it is directly linked to work and civil taxation as it is structured under this legal relationship. In essence, it refers to a relationship of provision and compensation between the State and the citizens, both of whom are both debtors and lenders, and for this reason it is a reciprocal legal relationship. Social security law is part of public law, because it is a law that regulates relations between the state of citizens, even though protection of the citizen has been at the heart of it.

Keywords:

Social security law, social insurance, insured, health system, economic crisis, health, supply, demand

Εισαγωγή

Αντικείμενο της παρούσης εργασίας αποτελεί η μελέτη της έννοιας της κοινωνικής ασφάλισης (social insurance), που συνιστά έναν θεσμό κοινωνικής προστασίας και απαντά τις απαρχές του στο Κράτος Πρόνοιας¹, όπως αυτό έχει συσταθεί και διαμορφωθεί κατά το ρου του χρόνου σε όλη την Ευρώπη, ιδίως κατά την εκπόνηση της παρούσης στην Ελλάδα, εν προκειμένω ωστόσο θα καταβληθεί μια προσπάθεια απόδοσης του σκοπού και τρόπου που λειτουργεί με γνώμονα όχι απλώς την απόκτηση ενός επιδοματικού και βοηθητικού χαρακτήρα μα πολύ περισσότερο την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων για υγεία, ποιότητα ζωής και αξιοπρεπή διαβίωση, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο κίνητρα οικονομικής, κοινωνικής καθώς και πολιτικής ένταξης των πολιτών στην παραγωγική διαδικασία και κατά συνέπεια επιτελώντας κοινωνικό σκοπό και οικονομική λειτουργία².

Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί η αναφορά αμφότερων των εννοιών «κοινωνική ασφάλιση» και «κοινωνική ασφάλεια», ευκταία κρίνεται δε στην παρούσα φάση, καθώς βρισκόμαστε στην εισαγωγή της παρούσας εργασίας, προς διευκόλυνση των κατωτέρω εν συνεχεία γραφόμενων, η αναφορά στη διαφορά των ανωτέρω εννοιών, η οποία δεν είναι άλλη παρά το εύρος που καταλαμβάνει η καθεμία, όπερ εστί, η ασφάλεια αφενός αναφέρεται εν γένει στο σύστημα κοινωνικής κάλυψης, η ασφάλιση αφετέρου αποτελεί ειδίκευση και αφορά πιο συγκεκριμένα το σύστημα συνταξιοδότησης.

Σε πρακτικό επίπεδο λειτουργικός ρόλος του θεσμού αποσκοπεί στην παροχή προστασίας σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αλλά και το σύστημα συνταξιοδότησης των πολιτών εργαζομένων και εργοδοτών, ελεύθερων επαγγελματιών και με την αναπλήρωση του εισοδήματος των μισθωτών, των δημοσίων υπαλλήλων και των αυτοαπασχολούμενων, στην περίπτωση που διακοπεί οριστικά ή προσωρινά η σχέση εργασίας ή η επαγγελματική τους απασχόληση, λόγω εμφάνισης ορισμένου εκ των προκαθορισμένων κοινωνικοασφαλιστικών κινδύνων³. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης είναι σύμφυτος με το κράτος δικαίου και πρόνοιας, δεδομένου ότι αποτελεί μια πρακτική, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα είδος κοινωνικής προστασίας από τον κρατικό μηχανισμό στους πολίτες του σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τη συνταξιοδότηση που επί της ουσίας εξασφαλίζεται μέσω της εργασίας. Πρόκειται για αντιπαροχές επί της ουσίας, τις οποίες

¹Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 15.

²Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 15 επ.

³Τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη κατοχυρώνουν τους κινδύνους του γήρατος, της ασθένειας (κοινής και επαγγελματικής), της αναπηρίας, του ατυχήματος (εργατικού, επαγγελματικού και κοινού), του θανάτου, της ανεργίας, της μητρότητας και των οικογενειακών βαρών.
https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Luxembourg_el.pdf

ο ίδιος ο κρατικός μηχανισμός προσφέρει στον πολίτη, δυνάμει των εισφορών που ο τελευταίος καταβάλλει και αφορούν κυρίως την ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη, καθώς ο τομέας της υγείας και της κάλυψης των αναγκών σχετικά με την αυτήνσυνιστάέναεκ των βασικότερων έννομων αγαθών. Σε ορισμένα κράτη παρατηρείται η καταβολή ελάχιστων παροχών στον πληθυσμό στη θέση της αναπλήρωσης του εισοδήματος των ασφαλισμένων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής διαβίωση. Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλειας (social security). Ο προσδιορισμός της έννοιας «ασφάλιση» γίνεται με τη χρήση του όρου «κοινωνική»κι έτσι υποδηλώνεται ότι η αντιμετώπιση των κοινωνικοασφαλιστικών κινδύνων είναι συλλογική έναντι της ατομικής⁴. Τονίζεται το ενδιαφέρον της κοινωνίας για την κοινωνική ασφάλιση, χάρηστην οποία προασπίζεται η κοινωνική συνοχή και ειρήνη, διότι ο ασφαλισμένος και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς του, απαλλαγμένοι από την ανασφάλεια και τον φόβο συμμετέχουν στην πολιτική, κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας. Κατά αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η οικονομική ανάπτυξη μέσω της κυκλοφορίας του χρήματος και τη διατήρηση της ζήτησης αγαθών και υπηρεσιών. Αναπτύχθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα κυρίως εκφρασμένη στα συστήματα Beveridge – Αγγλία και Bismarck – Γερμανία⁵, σε οικονομικά συστήματα της ελεύθερης οικονομίας, έτσι ώστε να περιοριστεί η διάδοση των σοσιαλιστικών ιδεών και η εξαθλίωση των εργατών κατά την χρονική περίοδο μετάβασης από τις αγροτικές οικονομίες και κοινωνίες στις βιομηχανικές, σε αυτό, δε, συνέβαλε η εμφάνιση του καπιταλισμού. Επηρεασμένη από τις κοινωνικές, οικονομικές και ιδεολογικές εξελίξεις, προσαρμόστηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και σήμερα λειτουργεί σε μικτά οικονομικά συστήματα.

Ωστόσο, παρά τον πάλαι ποτέ δεσπόζοντα ρόλο της ως μέσο κοινωνικής προστασίας στα ανεπτυγμένα κράτη κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, σήμερα εμφανίζει εντούτοις σημάδια κόπωσης, κυρίως επειδή δεν έχει προσαρμοστεί στα τωρινά οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα⁶, από τα οποία εξαιρούνται η δημοσιονομική, η κοινωνικοπολιτική και η οικονομική κρίση που μαστίζουν την Ελλάδα από το 2010, διότι τα τελευταία ενέχουν τοπικό και συγκυριακό χαρακτήρα παρά τις σημαντικές τους συνέπειες σε σχέση με τις διεθνείς και ευρωπαϊκές εξελίξεις που προαναφέρθηκαν⁷.

⁴Riedel E., The Human Right to Social Security: Some Challenges, στο Social Security as a Human Right, σελ. 21.

Με την κρίση πάντως αναδεικνύεται το μεγαλύτερο πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα: με ποιον τρόπο, ελλείψει πόρων θα γίνει μια δίκαιη και κοινωνικά αποδεκτή κατανομή των παροχών.

⁵Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 44.

⁶Konkolewsky H.H., «Lasécurité sociale requiert «un changement d emodèle» pour continuer d’être un pilier du travail decent», Χαιρετισμός του Γενικού Γραμματέα της διεθνούς ένωσης για την Κοινωνική Ασφάλεια (ISSA) στην 104^η Διεθνή Συνδιάσκεψη Εργασίας που διεξήχθη στην Γενεύη την 1.6.2015 και έχει δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα της Ένωσης, <https://www.issa.int>

⁷Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ.133επ.

Μέρος πρώτο: Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης.

Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης

Κάθε άνθρωπος έχει ανάγκη προστασίας, όταν συμβαίνουν γεγονότα που εμποδίζουν την επαγγελματική του απασχόληση ή μειώνουν γενικότερα τα εισοδήματά του, ήτοι όταν συντρέχει κάποιος κοινωνικός κίνδυνος, όπως επί παραδείγματι η αναπηρία, η ανεργία κλπ. Πρώτη κοινωνική ομάδα, όπου αναπτύχθηκαν αισθήματα αλληλεγγύης, ήταν η οικογένεια.

Η κάλυψη κοινωνικών κινδύνων με υπηρεσίες ή παροχές συγγενικών προσώπων υπήρξε τόσο αποτελεσματική που καθυστέρησε η οργάνωση συστημάτων κοινωνικής προστασίας του αγροτικού πληθυσμού, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ιδιαίτερα ισχυροί. Όταν άρχιζαν να εξαντλούνται οι οικονομικοί πόροι της οικογένειας, οι κοινωνικοί κίνδυνοι αντιμετωπίζονταν από μια πιο ευρεία αλληλεγγύη. Η ιδιωτική φιλανθρωπία στις πρώτες κοινωνίες λειτουργούσε ως ανώτατο ηθικό καθήκον, ενώ κατά τους τελευταίους αιώνες διαπιστώθηκε ότι δεν παρέχει την απαιτούμενη κοινωνική προστασία, καθώς η παροχή τους απέναντι στα άτομα στηρίζεται σε υποκειμενικά κριτήρια.

Καθώς διευρύνθηκε η άποψη των πολιτών για τα καθήκοντα του κράτους, μεταβιβάστηκε ένα μέρος της ευθύνης για την κοινωνική προστασία⁸. Έτσι, προέκυψε μια σχετική κοινωνική μέριμνα, που ονομάστηκε κοινωνική πρόνοια ή αντίληψη, με έντονο το στοιχείο της φιλανθρωπίας. Από μια σύντομη επισκόπηση της έννοιας των διατάξεων στα άρθρα 21 §§1-4⁹ και 22 § 4 του Σ.¹⁰, σε

⁸Ο όρος κοινωνική προστασία – από πλευράς στόχων προσδιορίζεται στη Σύσταση της ΕΕ 92/442/ΕΚ για τη σύγκλιση των στόχων και της πολιτικής και κοινωνικής προστασίας και στη Σύσταση 92/441/ΕΚ για τα κοινά κριτήρια που αφορούν στις ικανοποιητικές πηγές εισοδήματος και επιδομάτων. Η σημασία αυτών των συστάσεων είναι μεγάλη, όπως παρατηρεί ο JvanLangendonck, «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας κοινωνικής ασφάλειας και αναγκαιότητα της κοινωνικής ασφάλειας» στο Κρεμαλής Κ. (επιμ.), Απλοποίηση και συστηματοποίηση των κανόνων της κοινωνικής προστασίας, εκδ. ΕΠΙΚΑΥΠ, Αντ. Ν. Σάκκουλας, 1996, σ. 63 κε, διότι δεν προσεγγίζουν την κοινωνική προστασία με βάση την καθιερωμένη από τον ΔΟΕ εργατοκεντρική άποψη και με τυπολογία των παροχών, αλλά με τους στόχους που θέτουν τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Ο συγγραφέας χαρακτηρίζει τον τρόπο αυτό μοντέρνο και κατάλληλο να ανταποκριθεί στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα βιομηχανικά κράτη.

⁹Σύνταγμα ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα

Άρθρο 21: (Προστασία οικογένειας, γάμου, μητρότητας και παιδικής ηλικίας, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες)

1. Η οικογένεια, ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του Έθνους, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους. Το Κράτος μεριμνά για τη διασφάλιση συνθηκών αξιοπρεπούς διαβίωσης όλων των πολιτών μέσω ενός συστήματος ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, όπως νόμος ορίζει.

2. Πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος.

3. Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.

4. Η απόκτηση κατοικίας από αυτούς που την στερούνται ή που στεγάζονται ανεπαρκώς αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους.

¹⁰Σύνταγμα ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα

Άρθρο 22: (Προστασία της εργασίας) 4. Οποιαδήποτε μορφή αναγκαστικής εργασίας απαγορεύεται.

Ειδικοί νόμοι ρυθμίζουν τα σχετικά με την επίταξη προσωπικών υπηρεσιών σε περίπτωση πολέμου ή επιστράτευσης ή για την αντιμετώπιση αναγκών της άμυνας της Χώρας ή επείγουσας κοινωνικής ανάγκης από θεομηνία ή ανάγκης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, καθώς και τα σχετικά με την προσφορά προσωπικής εργασίας στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης για την ικανοποίηση τοπικών αναγκών.

συνδυασμό με την ευρύτερη αρχή για το «κοινωνικό κράτος» (από τα άρθρα 17§ 1,25 και 106 §1 του Σ.), προκύπτει μια θεμελιώδης «υποχρέωση της πολιτείας» να χορηγεί κοινωνικές παροχές στους πολίτες είτε μέσα από δημόσιες υπηρεσίες ή αυτοδιοικούμενους δημόσιους οργανισμούς. Κατά αυτόν τον τρόπο προκύπτουν και τα ανάλογα δικαιώματα στους πολίτες. Εφόσον επαληθεύονται στοιχεία νομικών δεσμών μεταξύ δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, διαπιστώνονται γνωρίσματα «έννομης σχέσης». Βασικά υποκείμενα της έννομης σχέσης κοινωνικής ασφάλισης είναι οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ασφαλιζόμενα πρόσωπα. Συχνά παρεμβάλλονται και τρίτα πρόσωπα όπως οι υπόχρεοι ασφαλιστικών εισφορών εργοδότες και τα μέλη οικογένειας που δικαιούνται παροχές, καθώς και όσοι αναλαμβάνουν να εκπληρώσουν παροχές αντί του ασφαλιστικού φορέα, όπως ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Εξαιτίας των αλληπάλληλων νομοθετικών και διοικητικών επεμβάσεων, που ιδρύουν, καταργούν ή τροποποιούν μέτρα ασφαλιστικής προστασίας, το περιεχόμενο της έννομης σχέσης κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει μεγάλη ρευστότητα¹¹.

Οι οργανισμοί κοινωνικής πρόνοιας χορηγούν τις απαραίτητες παροχές για να ικανοποιηθούν ανάγκες στοιχειώδους συντήρησης και περίθαλψης των πολιτών, χωρίς ωστόσο να είναι προκαθορισμένο το είδος και η έκταση των παροχών. Η κοινωνική πρόνοια μπορεί δηλαδή να μεριμνά για όλο τον πληθυσμό, χωρίς όμως να του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας. Άλλωστε η κάλυψη των αναγκών εξαρτάται κάθε φορά από τα εφαρμοζόμενα κοινωνικά προγράμματα και από τα διαθέσιμα οικονομικά μέσα προερχόμενα αποκλειστικά από τη φορολογία¹².

Βασική προϋπόθεση στην χορήγηση ορισμένης προνοιακής παροχής είναι η έλλειψη μέσων προστασίας από άλλες πηγές. Στην περίπτωση που συντρέχουν όλοι οι λόγοι για την χορήγηση ορισμένης προνοιακής παροχής, η χορήγησή της εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του αρμόδιου φορέα και δεν αποτελεί δικαίωμα του πολίτη. Εξαιτίας της αβεβαιότητας της κρατικής παροχής, σε συνδυασμό με το αίσθημα ικανοποίησης που νιώθει το άτομο, όταν αυτοπροστατεύεται, διαμορφώθηκαν θεσμοί ιδιωτικής πρωτοβουλίας, όπως η αποταμίευση και η ιδιωτική ασφάλιση. Ωστόσο οι δύο μέθοδοι κάλυψης αναγκών δεν εξυπηρετούν πολίτες με χαμηλά εισοδήματα, κυρίως σε περιόδους πληθωριστικών πιέσεων. Στην ιδιωτική πρωτοβουλία ανήκουν επίσης η αλληλασφάλιση ή αλληλοβοήθεια. Κύρια χαρακτηριστικά είναι η προαιρετική δημιουργία κεφαλαίου από τις εισφορές των μελών, που ενώ καλύπτονται αμοιβαία σε περίπτωση κινδύνων, εμφανίζουν εν τούτοις αδυναμίες απέναντι στη χορήγηση δαπανηρών παροχών, όπως η

¹¹Κρεμάλης (1985, σελ.27-28) Σύμφωνα με την άποψη αυτή, το κοινωνικό δίκαιο διαφοροποιείται από το δημόσιο και ειδικότερα από το διοικητικό δίκαιο ως προς τα εξής : Το κοινωνικό δίκαιο έχει ως αντικείμενο έννομες σχέσεις δημοσίου δικαίου που έχουν διάρκεια και αναπτύσσουν αμοιβαία δικαιώματα και υποχρεώσεις μεταξύ του δικαιούχου της προστασίας και του υποχρέου σε παροχή (ενοχές δημοσίου δικαίου). Αντίθετα, στο διοικητικό δίκαιο δε συναντάται αντιστοιχία δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Η προστασία των δικαιωμάτων του διοικουμένου στο δημόσιο δίκαιο είναι στιγμιαία , ενώ στο κοινωνικό έχει διάρκεια και σκοπεύει σε ένα αποτέλεσμα. Τέλος, το κοινωνικό δίκαιο στηρίζεται στην τριχοτόμηση της έννοιας του δημοσίου σε ατομικό, κοινωνικό και δημόσιο και το κοινωνικό δίκαιο αποσκοπεί στην ικανοποίηση του κοινωνικού συμφέροντος και όχι του ατομικού ή του δημοσίου συμφέροντος.

¹²Άρθρο 1 § 3 ΝΔ 57/73 « περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας των οικονομικώς αδυνάτων».

νοσοκομειακή περίθαλψη. Επόμενο ήταν λοιπόν να δημιουργηθεί ένας θεσμός ικανός να καλύψει τις αδυναμίες των προηγούμενων, έτσι δημιουργήθηκαν οι κοινωνικές ασφαλίσεις.

Επί της ουσίας πρόκειται για συστήματα κανόνων που ρυθμίζουν ποια οικονομικά μέσα (ασφαλιστικές παροχές) πρέπει να χορηγήσει ένας οργανισμός, συνήθως δημόσιος (ασφαλιστικός φορέας) στα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτόν (ασφαλισμένοι), εφόσον πληρούν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις (χρόνο ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές), κινδυνεύοντας από μείωση των εισοδημάτων ή αύξηση των δαπανών τους (ασφαλιστικοί κίνδυνοι)¹³.

Για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής στη χώρα μας σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η κοινωνική ασφάλιση, χωρίς ωστόσο να αποτελεί τον ιδεώδη τρόπο προς αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων. Εξαιτίας της υπαγωγής των κοινωνικών ομάδων σε ιδιόμορφα ασφαλιστικά καθεστώτα προκύπτουν αναπόφευκτα έντονες κοινωνικές ανισότητες. Οι ομάδες πληθυσμού, οι οποίες ευρίσκονται σε ιδιαίτερα μειονεκτική θέση, είναι όσες δεν δύνανται να εξασφαλίσουν ένα ελάχιστο όριο συντήρησης, καταβάλλοντας τις απαιτούμενες εισφορές.

Συνεπεία των ανωτέρω λόγων το διεθνές κοινωνικοπολιτικό σύστημα οδηγήθηκε στη μέριμνα για ένα νέο θεσμό, την κοινωνική ασφάλεια. Στόχος είναι η καθολική και αδιάκριτη προστασία του πληθυσμού, λειτουργώντας προληπτικά και επανορθωτικά, μέσα από την αναδιανομή του εισοδήματος, μεταξύ πλούσιων και φτωχών, κάνοντας χρήση φορολογικών μεθόδων.

Αξίζει να αναφερθεί πως η κοινωνική ασφάλεια άλλοτε αφηρημένα θεωρείται ως ιδέα ή αρχή κοινής αποδοχής, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα στη χώρα μας και άλλοτε ως παροδικό στόχο μιας ορισμένης κοινωνικής πολιτικής.

Σήμερα η εξάλειψη και η αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων, απαλλάσσοντας τον άνθρωπο από τις ανάγκες του, φαντάζει ουτοπική. Ο πρωτικός ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης οδήγησε στην παγίωση των εσόδων από τη φορολογία, ενώ αυξήθηκαν οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία, όπως λόγου χάριν το κόστος της ιατρικής περίθαλψης. Παράλληλα, ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των ανέργων συνετέλεσε στη μείωση του ύψους της χρηματοδότησης, ενώ αύξησε τα έξοδα των επιδοτήσεων. Συνδυαστικά και με την οικονομική κρίση, η εμπιστοσύνη στα αμιγή συστήματα κοινωνικής ασφάλειας έχει σημαντικά κλονιστεί.¹⁴

¹³Ο Αγαλλόπουλος Χρ., ο.π., σ. 225, θεωρεί ότι οι έννοιες αυτές είναι ταυτόσημες και ότι πρέπει να προτιμάται ο όρος «ασφαλιστική περίπτωση», για να μη δημιουργείται σύγχυση, δεδομένου ότι ο κίνδυνος έχει και άλλες σημασίες. Κρεμαλής Κ., Δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων, ο.π., σ. 245 Η 102 ΔΣΕ, τα κείμενα του Συμβουλίου της Ευρώπης και ο Κανονισμός 1408/1971 της ΕΕ χρησιμοποιούν αντί των όρων «κίνδυνος» ή «περίπτωση» τον όρο «ενδεχόμενο», στα γαλλικά χρησιμοποιείται ο όρος «eventualite», στα αγγλικά «contingency», αντί του όρου «risk»

¹⁴Το άρθρο 22 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (Φιλαδέλφεια, 10.12.1948) ορίζει ότι «Κάθε άνθρωπος σαν μέλος της κοινωνίας έχει δικαίωμα για κοινωνική ασφάλεια-έχει αξίωση να γίνονται σεβαστά τα αναγκαία για την αξιοπρέπεια και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, όπως διαμορφώνονται από την χώρα του και τη διεθνή συνεργασία μετά από στάθμιση της οργάνωσης και των πλουτοπαραγωγικών πηγών κάθε κράτους»

Κατά τη γενική διδασκαλία ως Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων νοείται το σύνολο κανόνων δικαίου που ρυθμίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των πολιτών, καθώς και την άσκηση της κρατικής εξουσίας¹⁵. Αναφορικά με το Δίκαιο Κοινωνικών ασφαλίσεων γεννάται το ερώτημα αν αποτελεί τμήμα κάποιου αναγνωρισμένου κλάδου δικαίου ή εάν συνιστά αυτοτελές σύνολο κανόνων. Το Δίκαιο Κοινωνικών ασφαλίσεων αποτελεί ξεχωριστό θεσμό κοινωνικής προστασίας, με βασικές διαφορές τις εξής:

1. Ως κυριότερη διαφορά ότι στην κοινωνική ασφάλιση, η ασφαλιστική σχέση θεμελιώνεται σε νόμο, ενώ στην ιδιωτική με σύμβαση.
2. Οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση, διαμορφώνονται ανεξάρτητα από την πιθανότητα του κινδύνου, ενώ στην ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει εξατομίκευση των ασφαλιστρών βάση αυτής της πιθανότητας, όπως επί παραδείγματι ανάλογα με την ηλικία ή την κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου.
3. Το είδος και η έκταση της προστασίας στην κοινωνική ασφάλιση προσδιορίζεται αποκλειστικά από το νομοθέτη, ενώ στην ιδιωτική ασφάλιση από τους ίδιους τους ενδιαφερομένους.
4. Υπάρχει διαφοροποίηση αναφορικά με τους φορείς στην κοινωνική ασφάλιση, καθότι στην εν λόγω περίπτωση οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ενώ στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου.

Ο θεσμός αυτός διέπεται από την αρχή της καθολικότητας, σύμφωνα με την οποία αποδέκτες του είναι σχεδόν όλος ο πληθυσμός.

Το δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης μέσα στην έννομη τάξη συχνά συσχετίζεται και με το καλούμενο Κοινωνικό Δίκαιο. Παλαιότερα το Εργατικό Δίκαιο ονομαζόταν στη χώρα μας και Κοινωνικό Δίκαιο, εν τέλει θεωρήθηκε υπερκείμενη έννοια του Εργατικού Δικαίου και ολόκληρης της κοινωνικής νομοθεσίας (κοινωνικών ασφαλίσεων, κοινωνικής πρόνοιας κτλ). Σήμερα έχει επικρατήσει η άποψη να υπάγονται το Εργατικό Δίκαιο και το Δίκαιο Κοινωνικών ασφαλίσεων στην έννοια του Κοινωνικού Δικαίου.

Η υπαγωγή του Δικαίου Κοινωνικής ασφάλισης στο ειδικό μέρος του Διοικητικού Δικαίου, φαίνεται να επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, λόγω ύπαρξης δύο παραγόντων :

1. Οι φορείς που ασκούν δημόσια εξουσία επιτελούν σχεδόν κατ'αποκλειστικότητα το κοινωνικοασφαλιστικό έργο.
2. Η αναγωγή σε κρατική αποστολή με συνταγματική διάταξη των κοινωνικών ασφαλίσεων¹⁶.

¹⁵Υφαντόπουλος Γ.Ν., Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας, σελ. 23 επ.

¹⁶Το άρθρο 22 § 4 του Συντάγματος 1975 ορίζει ότι «Το κράτος μεριμνά δια την κοινωνικήν ασφάλισιν των εργαζομένων ως νόμος ορίζει.»

1. 1 Το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας.

Ο όρος «κοινωνική προστασία» από πλευράς στόχων προσδιορίζεται στη Σύσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης 92/442/ΕΚ σχετικά με την σύγκλιση των στόχων και της πολιτικής της κοινωνικής προστασίας, καθώς επίσης στη Σύσταση 92/441/ΕΚ αναφορικά με τα κοινά κριτήρια που αφορούν στις ικανοποιητικές πηγές εισοδήματος και επιδομάτων. Το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα αλλά και στις χώρες, στις οποίες υφίσταται διάκριση ανάμεσα στο ιδιωτικό και στο δημόσιο δίκαιο, συνιστά ειδικό κλάδο του διοικητικού δικαίου. Υπάρχει ωστόσο η άποψη του Ουλπιανού¹⁷ ότι ανάμεσα στις δύο κατηγορίες δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου ελλοχεύει μια τρίτη το κοινωνικό δίκαιο¹⁸, στην οποία υπάγεται το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, της πρόνοιας και το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Η άποψη αυτή δεν κρίνεται πειστική διότι τα εννοιολογικά χαρακτηριστικά είναι ποσοτικά και δεν αρκούν για να την διαφοροποιήσουν από το ιδιωτικό και το δημόσιο δίκαιο¹⁹.

1.2 Οι κοινωνικοί κίνδυνοι

Ο όρος «κίνδυνος» αποδίδει στην ελληνική γλώσσα τον όρο «risk», που ετυμολογείται από τη λατινική λέξη «risicus» ή «risicus», κατά μια εκδοχή προέρχεται από την ελληνική λέξη ριζικό²⁰, στα λατινικά «rhisicon», η οποία σημαίνει μοίρα, πεπρωμένο και αποδίδει θαυμάσια την έννοια του κινδύνου.²¹ Η ποικιλία των κινδύνων είναι ευρύτατη, ωστόσο οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι ο κίνδυνος συνιστά ένα μελλοντικό και αβέβαιο γεγονός του οποίου η έλευση είναι ανεξάρτητη από την βούληση του ανθρώπου, ο οποίος προκαλεί ζημιές και δημιουργεί ανάγκες²². Η έννοια του κοινωνικού κινδύνου συνίσταται αφενός μεν στο χώρο του δημόσιου αφετέρου δε στο

¹⁷Η διάκριση αυτή επικρατεί στα δίκαια της ηπειρωτικής Ευρώπης. Στο δημόσιο υπάγονται κανόνες που επιδιώκουν το δημόσιο συμφέρον, εφόσον συντρέχει και η άσκηση της δημόσιας εξουσίας, ενώ στο ιδιωτικό δίκαιο υπάγονται κανόνες που δεν εξυπηρετούν το δημόσιο συμφέρον ή το εξυπηρετούν, χωρίς όμως να συντρέχει η άσκηση της δημόσιας εξουσίας.

¹⁸Σύμφωνα με την άποψη αυτή, το κοινωνικό δίκαιο διαφοροποιείται από το δημόσιο δίκαιο και ιδιαίτερα από το διοικητικό στα εξής: το κοινωνικό δίκαιο έχει ως αντικείμενο έννομες σχέσεις δημοσίου δικαίου με διάρκεια που αναπτύσσουν αμοιβαία δικαιώματα και υποχρεώσεις μεταξύ του δικαιούχου προστασίας και του υπόχρεου σε παροχή. Αντίθετα, στο διοικητικό δίκαιο δεν υπάρχει αντιστοιχία υποχρεώσεων και δικαιωμάτων. Η προστασία των δικαιωμάτων του διοικούμενου στο δημόσιο δίκαιο είναι στιγμιαία, ενώ στο κοινωνικό έχει διάρκεια και στοχεύει σε ένα αποτέλεσμα. Το κοινωνικό δίκαιο στηρίζεται στην τριχοτόμηση της έννοιας του δημοσίου συμφέροντος σε ατομικό, κοινωνικό και δημόσιο και το κοινωνικό δίκαιο στηρίζεται στην ικανοποίηση του κοινωνικού συμφέροντος και όχι του ατομικού ή του δημοσίου. (Κ.Κρεμάλης, 1985)

¹⁹Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ.20

²⁰Η ετυμολογία της λέξης είναι αβέβαιη. Μπορεί να προέρχεται από τη λέξη «ρίζα», οπότε εξαρχής σημαίνει «μοίρα, πεπρωμένο», ωστόσο υπάρχει και η εκδοχή να προέρχεται από το αραβικό rizk που αρχικά σήμαινε «φόρος για την παραμονή των Αράβων στρατιωτών στην Αίγυπτο» και στη συνέχεια «περιοσσία που κερδίζεται από τυχοδιώκτη». Βλ. Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ, 2006, λ. ριζικό.

²¹ Petit Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue Française, λ. Risk. Κατα μια άλλη εκδοχή προέρχεται από το λατινικό «resicare», το οποίο σημαίνει ανακόπτω και αρχικά αναφερόταν στα αιχμηρά αντικείμενα που ήταν ικανά να διεμβολίσουν τα καράβια.

²²Χρ. Αγαλλόπουλος (1955), Κοινωνικά Ασφαλίσεις, σελ. 63 επ.

χώρο του ιδιωτικού δικαίου. Ο κίνδυνος καθίσταται κοινωνικός όταν η αντιμετώπισή του καθίσταται αντικείμενο ολόκληρης της κοινωνίας στο πλαίσιο της πολιτικής επανόρθωσης ή πρόληψης των ζημιών.²³

Άλλωστε η έννοια του κοινωνικού κινδύνου προσαρμόζεται κάθε φορά στα νέα δεδομένα, κοινωνικά και οικονομικά. Ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης είναι να καλύπτει γενικούς και αφηρημένους κινδύνους, ενώ της κοινωνικής πρόνοιας να καλύπτει ειδικές καταστάσεις εξαιρετικής ανάγκης. Από παλιά υπήρξε η σκέψη στους θεωρητικούς ότι πίσω από τους επιμέρους κινδύνους υπάρχει ένας βασικός κίνδυνος.²⁴ Ήδη από το 1960 ο P.Durand αναφέρει ότι «Η έννοια του κινδύνου διευρύνεται, ώστε να καλύπτει περισσότερα πρόσωπα και περισσότερους κινδύνους και μάλιστα κινδύνους που αφορούν στο σύνολο της κοινωνίας και δεν έχουν να κάνουν αποκλειστικά με την εργασία.»²⁵ Επί της ουσίας πίσω από όλους τους κινδύνους που καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση καθώς και από τις ανάγκες που καλύπτει η κοινωνική πρόνοια ελλοχεύει ο κίνδυνος της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν βασισθεί σε ορισμένες παραδοχές: α) στην οικονομική ανάπτυξη, β) στην εξαρτημένη εργασία με πλήρη απασχόληση, γ) στην ύπαρξη μιας δημογραφικής πυραμίδας ασφαλισμένου-συνταξιούχου (κορυφή πυραμίδας) και τέλος στις παραδοσιακές οικογενειακές δομές. Οι συγκεκριμένες παραδοχές όμως έχουν ανατραπεί με αποτέλεσμα να προκύπτουν νέοι κοινωνικοί κίνδυνοι,²⁶ όπως για παράδειγμα ο κίνδυνος της ανεργίας, της φτώχειας, του αποκλεισμού και της εξάρτησης, κυρίως των ηλικιωμένων από κάποιο τρίτο πρόσωπο προκειμένου να καλύψουν βασικές λειτουργίες και ανάγκες για την διαβίωσή τους²⁷.

²³ Από τη ανάλυση του Hesse Ph.-J., «Autour del'histoire delanotion durisque», στο *TheNewSocialRisks*, EISSYearbook 1996, σ.11

²⁴ Η σχολή του Μπορντό που εκπροσωπούσαν από τον καθηγητή Laborde, υποστήριζε ότι πίσω από όλους τους κινδύνους βρίσκεται η απομόνωση στην οποία περιέρχονται οι ασφαλισμένοι. Βλ. Tauran Th., ό.π., σ. 168, που ασκεί κριτική στη σχολή αυτή.

²⁵ Durand P., *Cours de sécurité sociale*, Paris 1960, σελ. 45

²⁶ Πετρόγλου Αντ., Δίκαιον κοινωνικής ασφαλίσεως, ό.π. σ.27, Ματθαίου Αν., Αλληλεπίδραση κανόνων δικαίου κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας στους κλάδους αναπηρίας, γήρατος και οικογενειακών βαρών, διδακτορική διατριβή, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1996, σ.43, Μούσης Ν., Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκδ. Παπαζήση, 2002, σ.73 κε. Είναι χαρακτηριστικό ότι γίνεται πλέον λόγος για «κοινωνική ανασφάλεια» (socialinsecurity) σε αντιδιαστολή με τον θεσμό της «κοινωνικής ασφάλειας» (socialsecurity). Βλ. σχετικά Reynaud E., «Social Security for all: Global Trends and Challenges», *Comp. LaborLawandPol'yJournal* 27/2005-2006, σ.125

²⁷ Ο νέος ασφαλιστικός κίνδυνος της εξάρτησης περιλαμβάνει στοιχεία από τον κίνδυνο της ασθένειας, της αναπηρίας και του γήρατος και συνδυάζει τις υπηρεσίες με τις κοινωνικές. Ο κίνδυνος αυτός στην ΕΕ αναμένεται να εξαπλωθεί εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Ήδη, η περ. Β του άρθρου 138 του Ν 4052/2012 προβλέπει την ανάπτυξη του προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων από τους ΟΚΑ κύριας κοινωνικής ασφάλισης. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από ειδική εισφορά των ασφαλισμένων και αποσκοπεί στην κατοχύρωση της αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και αναπήρων συνταξιούχων στην κατοικία τους με την παροχή υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, οικιακής βοήθειας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, κοινωνικής εργασίας κ.λ.π. Αποκλείονται όσοι ηλικιωμένοι ζουν σε μονάδες κλειστής φροντίδας ή σε νοσηλευτικές μονάδες. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ διαχειρίζεται το πρόγραμμα για λογαριασμό όλων των ΟΚΑ και συνάπτει ειδικές συμβάσεις με παρόχους ιδιωτικού-δημοσίου δικαίου που αναλαμβάνουν έναντι καθορισμένης αμοιβής ανά ωφελούμενο να παρέχουν τις υπηρεσίες κατ' οίκον βοήθειας. Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης σελ.115 επ.

1.3 Οι τεχνικές αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων.

Από την αρχαιότητα μέχρι και τα μέσα του 19^{ου} αιώνα οι κοινωνικοί κίνδυνοι αντιμετωπιζόνταν με διαφορετικούς τρόπους.²⁸ Ιστορικά προηγήθηκαν οι τεχνικές, οι οποίες στηρίζονταν στην οικογενειακή και ατομική ευθύνη. Ωστόσο, οι τεχνικές αυτές αποδείχθηκαν ανεπαρκείς να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές και κοινωνικές μεταβολές της βιομηχανικής επανάστασης. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι μεταβολές αναπτύχθηκαν τεχνικές που βασίζονταν στην συλλογική οργάνωση και ευθύνη, αρχικά ερειδόμενες στην ιδιωτική πρωτοβουλία και αργότερα στη δημόσια ευθύνη και οργάνωση. Οι τεχνικές αυτές ανταποκρίθηκαν επιτυχώς στις κοινωνικές μεταβολές τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ανάπτυξη. Όμως, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και οι συνακόλουθες αλλαγές που έφερε στις κοινωνικές σχέσεις, σε συνδυασμό με την άνοδο της τεχνολογίας έθεσαν τις τεχνικές απέναντι στα όρια τους.²⁹

Σήμερα η ανανέωση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας επιχειρείται να γίνει με δύο τρόπους: πρώτον με τον συνδυασμό στοιχείων από περισσότερες τεχνικές και δευτερευόντως δρώντας συμπληρωματικά με τις δημόσιες παρεμβάσεις, οργανώνοντας και αξιοποιώντας την ιδιωτική πρωτοβουλία. Πιο συγκεκριμένα οι τεχνικές αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων βασίζονται χρονικά πρώτα στην ατομική και οικογενειακή ευθύνη, όπως στην στήριξη της οικογένειας, στην αποταμίευση, στην φιλανθρωπία, στην υποχρέωση του εργοδότη για πρόνοια και στην αστική ευθύνη και έπειτα σε τεχνικές που σχετίζονται με την συλλογική οργάνωση και ευθύνη, όπως η αλληλοβοήθεια, η ιδιωτική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια και μέσω του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης³⁰.

1.4 Οι κλάδοι του δικαίου κοινωνικής πρόνοιας.

²⁸ Στην αρχαία Ελλάδα ορισμένοι κίνδυνοι αντιμετωπιζόνταν με βάση την κοινωνική αλληλεγγύη. Οι «δημοσιεύοντες ιατροί» παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και στην Αθήνα η Εκκλησία του Δήμου χορηγούσε τα «ιατρικά τέλη» στους ανίκανους για εργασία πολίτες. Στο Βυζάντιο λειτούργησε η ιδρυματική περίθαλψη των άπορων πολιτών, ιδρύθηκαν νοσοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία με βάση τις αρχές της φιλανθρωπίας και της χριστιανικής αγάπης. Επί Τουρκοκρατίας οι συντεχνίες μάζευαν κεφάλαια για τα μέλη τους σε περίπτωση κινδύνων κατά το πρότυπο της ασφαλιστικής τεχνικής. Ναυτικοί συνεταιρισμοί όπως της Ύδρας, των Σπετσών και των Ψαρών, καθώς και η συντεχνία των υποδηματοποιών και των βυρσοδεψών Ζακύνθου συνιστούν χαρακτηριστικά παραδείγματα της κάλυψης των κοινωνικών κινδύνων στα πλαίσια της συνεχειακής αλληλεγγύης. Αναλυτικά Βλ. Αγαλλόπουλος Χρ., ό.π., σ.11 κε, Κυριακούλάκος Π., Κοινωνική Πολιτική, Αθήνα 1970. σ. 1κε, Πετρόγλου Αντ., Δίκαιον κοινωνικής ασφαλίσεως, ό.π., σ.19κε, Κρεμάλης Κ., Δίκαιον κοινωνικών ασφαλίσεων, ό.π., σ.31 κε.

²⁹ Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στην κοινωνική προστασία έχουν απασχολήσει τον ΔΟΕ, βλ. ILO, Provisional Record, 97 Session, Geneva, 2008, Proposed Declaration on Social Justice for a Fair Globalization, καθώς και την ΕΕ, βλ. Centre for European Policy studies (CEPS), Is Social Europe fit for globalization? A study on the Social Impact of Globalization in the European Union, Financed and Prepared for the European Commission, May 2007, Commission Staff Working Document, Global Europe: Competing in the World, COM (2006) 567 τελικό, που θεωρεί ότι η παγκοσμιοποίηση δεν είναι αναγκαστικά απειλή, αλλά μπορεί να είναι ευκαιρία. Βλ. επίσης, Extending the Benefits of the Social Dimension of Globalization to All, <http://europa.eu.scadplus/leg/en/cha/cl11913.htm>.

³⁰ Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ.26 επ.

Το δίκαιο κοινωνικής προστασίας διακρίνεται στο δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικής πρόνοιας, υγείας και των κοινωνικών αποζημιώσεων, αντιστοιχώντας σε διαφορετικές τεχνικές αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων.

1.4.1 Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης.

Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί αυτοτελή κλάδο του δικαίου της κοινωνικής προστασίας, ο οποίος σταδιακά αυτονομήθηκε από τον εργατικό και το ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο.³¹ Ορίζεται ως το σύστημα κανόνων δικαίου που διέπει το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης. Αναφέρεται στην οργάνωση και στη λειτουργία δημόσιων υπηρεσιών υπότοπρίσμα της λειτουργικής και της οργανωτικής έννοιας.³² Πιο συγκεκριμένα, αναλύοντας την νομική φύση της κοινωνικής ασφάλισης γίνεται λόγος, για δύο αντίθετες θεωρίες, ήτοι την ασφαλιστική θεωρία και την θεωρία της δημόσιας αρωγής. Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 22 παρ. 5 του Συντάγματος, η ασφαλιστική θεωρία συμφωνεί ότι η κοινωνική ασφάλιση είναι γνήσια ασφάλιση και έχει τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα με την ιδιωτική, όπως τον κίνδυνο, το ασφάλιστρο, την παροχή και την αυτοτέλεια του ασφαλιστικού φορέα.³³ Λαμβάνοντας υπόψη ότι η σχέση μεταξύ εισφορών και παροχών παρουσιάζει στοιχεία παροχής και αντιπαροχής, χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης συνιστά η ανταποδοτικότητα. Πρόκειται για την αναλογική σχέση παροχών προς το χρόνο ασφάλισης και τις εισφορές που καταβλήθηκαν. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή δεν λαμβάνονται υπόψη οι ουσιώδεις διαφορές κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης. Αναλυτικότερα, η κοινωνική ασφάλιση βασίζεται στον νόμο, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση βασίζεται στην σύμβαση. Αποτέλεσμα τούτου είναι ότι η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική, με καθολικό χαρακτήρα, εφαρμόζοντας διανεμητικό οικονομικό σύστημα. Αντιθέτως, η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική,

³¹Για την αυτοτέλεια του κοινωνικοασφαλιστικού δικαιώματος από την σχέση εργασίας, βλ. χαρακτηριστικά την απόφαση ΑΠ 65/2003, ΕΔΚΑ 2003, 616, που κρίνει ότι ο νόμος που εξαρτά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση του εργαζομένου από τη συμμετοχή του σε συνδικαλιστική ή μη οργάνωση είναι ανίσχυρος, διότι αντίκειται στις διατάξεις των άρθρων 12, παρ. 1 και 22, παρ. 5 του Συντάγματος. Ειδικότερα, η κοινωνική ασφάλιση δεν είναι παρεπόμενο δικαίωμα της εργασίας, αλλά αυτοτελές δικαίωμα. Συνεπώς, απαγορεύεται εξάρτηση της υπαγωγής σε ορισμένο ασφαλιστικό φορέα, από τη συμμετοχή σε ορισμένη επαγγελματική οργάνωση. Επίσης, βλ. ΣτΕ 2714/2009, ΕΔΚΑ 2011, 437, που κρίνει ότι η διαφορετική κοινωνικοασφαλιστική μεταχείριση των ιδιωτικών εκπαιδευτικών από τους δημόσιους εκπαιδευτικούς σε σχέση με την υποχρέωση των πρώτων να καταβάλλουν εισφορά επι του κινήτρου απόδοσης δεν αναιρεί τη μισθολογική εξομοίωσή τους, διότι δεν συνεπάγεται και την κοινωνικοασφαλιστική εξομοίωσή τους. Βλ. ακόμη, ΔΕφΑΘ 4296/2003, ΕΔΚΑ 2004, 379, που δέχεται ότι η προσαύξηση της σύνταξης, λόγω οικογενειακών βαρών, αποτελεί πρόσθετη ασφαλιστική παροχή και όχι προσαύξηση μισθού και για τον λόγο αυτόν δικαιολογημένα δεν χορηγείται αδιακρίτως σε όλους τους έγγαμους συνταξιούχους, αλλά μόνο σε αυτούς των οποίων η σύζυγος δεν εργάζεται.

³²Ο Κρεμάλης Κ., Δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων, ό.π., σ.24, δίνει τον εξής ορισμό: « Το δίκαιο των κοινωνικών ασφαλίσεων είναι το σύνολο των κανόνων δικαίου που ρυθμίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των πολιτών κατά την εφαρμογή του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων, καθώς και την άσκηση της κρατικής εξουσίας κατά την οργάνωση και λειτουργία των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων »

³³Υπερ της ασφαλιστικής θεωρίας βλ. Κυριακούλακος Π., Κοινωνική Πολιτική, ό.π., σ. 74, Αγαλλόπουλος Χρ., ό.π., σ.54.

αποσπασματική και εφαρμόζει κεφαλαιοποιητικό σύστημα διανομής. Επιπλέον, τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση εξατομικεύονται με βάση τον κίνδυνο αναλόγως σε ηλικία, υγεία, συνθήκες ζωής κ.λ.π. Πόροι χρηματοδότησης στην ιδιωτική ασφάλιση είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων (ασφάλιστρα), ενώ στην κοινωνική ασφάλιση προκύπτουν από τις εισφορές των εργοδοτών, καθώς και από κρατικές επιχειρήσεις και κοινωνικούς πόρους. Οι ΟΚΑ κατά κανόνα είναι δημόσια νομικά πρόσωπα, ενώ οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι ιδιωτικά, κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα. Η θεωρία της δημόσιας αρωγής δέχεται ότι η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, αρχικά ότι οι εργαζόμενοι οφείλουν να διεκδικούν κοινωνική ασφάλιση από το κράτος και την αντίστοιχη υποχρέωση του κράτους έναντι των εργαζομένων για να την παρέχει (κύρια ενοχή) και δεύτερον το δικαίωμα του κράτους να επιβάλλει σε ορισμένα άτομα εισφορές και να απαιτεί την καταβολή τους (δευτερεύουσα ενοχή).³⁴

1.4.2 Το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας.

Το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας, της κοινωνικής ασφάλισης και οι συναφείς με αυτούς κλάδοι δικαίου επί της ουσίας αποτελούν επιμέρους έννοιες της γενικότερης και ευρύτερης έννοιας του δικαίου πρόνοιας. Το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας ρυθμίζει κυρίως τις έννομες σχέσεις που έχουν προσέγγιση ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα, αφού ο επιδιωκόμενος σκοπός είναι η προάσπιση της ασφάλειας και της αλληλεγγύης ανάμεσα στους πολίτες. Πρόκειται για θεσμική δικαιοκτική αρχή η οποία αποτελεί βάση σχεδόν όλης της ιστορίας της ανθρώπινης ύπαρξης, καθώς ο πυρήνας της κοινωνικής συμβίωσης και συνύπαρξης αρχικά θεωρείται η οικογένεια και περαιτέρω το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον εντός του οποίου αυτή και βεβαίως τα μέλη της διαβιούν. Επιπροσθέτως, σκόπιμη κρίνεται η αναφορά στη σύσταση και αρχικώς εμφάνιση του δικαίου της κοινωνικής πρόνοιας που βασίζεται στο κράτος πρόνοιας και στο κράτος δικαίου. Ως χώρα της ΕΕ κρίνεται σκόπιμο, η όποια αναφορά τεθεί σχετιζόμενη είτε με την ιστορική αναδρομή και την εξέλιξη του κράτους πρόνοιας και δικαίου, καθώς και των δικαιοκτικών συστημάτων που έχουν αναπτυχθεί εντός αυτού του ευρύτερου θεσμικού πλαισίου, είτε με τους κρατικούς μηχανισμούς που υποστηρίζουν λειτουργικά τα ανωτέρω, είτε με οτιδήποτε αφορά το επιζητούμενο αντικείμενο μελέτης θα παρατίθεται σε συγκεκριμένο πλαίσιο για την Ελλάδα είτε όπου χρειάζεται στην ΕΕ, η οποία αποτελεί πυλώνα του κράτους πρόνοιας με τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας που έχει εισάγει³⁵. Αξίζει να σημειωθεί πως το αξιακό σύστημα προστασίας του πολίτη συναντά τις απαρχές

³⁴Για τη θεωρία της δημόσιας αρωγής, βλ.ΚασσιμάτηςΓρ., «Η συνταγματικότητα του καθορισμένου ανώτατου ορίου ασφαλιστικών παροχών», Γνωμοδότηση ΕΚΔΑ 1981, σ.137 κε, επίσης ο ίδιος, «Γνωμοδότηση», ΕΔΚΑ 1981, σ.193 κε, Καλαντζόπουλος Κ., ό.π., σ.17.

³⁵Υφαντόπουλος Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική ,(2009, σελ. 24 – 25)

του στην Αρχαία Ελλάδα, στις προχριστιανικές κοινωνίες (Βαβυλώνιοι, Σουμέριοι, Αρχαίοι Αιγύπτιοι, Ινδοί, Αρχαία Κίνα, Εβραίοι, Αρχαία Ρώμη), έπειτα στις χριστιανικές και μη βεβαίως κοινωνίες ανά τον κόσμο, Μεσαίωνα, Διαφωτισμός, Αναγέννηση, Βικτωριανή – Μεταβικτωριανή περίοδος, στους Βυζαντινούς χρόνους και κατά την πάροδο των ετών μέσα από πολλές αλλαγές, αλλοιώσεις και προσαρμογές συνεχίζει να υπάρχει μέχρι τη σύγχρονη κοινωνία του 21^{ου} αιώνα. Αφορά την προστασία του πολίτη σε κοινωνικό επίπεδο, αφορώντας παροχές στο πρόσωπό του, οι οποίες προκύπτουν από την σχέση Κράτους πολίτη και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που γεννώνται μέσα από αυτή την εξαρτητική σχέση³⁶.

Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν βασισθεί στις εξής παραδοχές : α) στην οικονομική ανάπτυξη, β) στην εξαρτημένη εργασία με πλήρη απασχόληση, γ) στην ύπαρξη μιας δημογραφικής πυραμίδας με σχέση ασφαλισμένου και συνταξιούχου, δ) στις παραδοσιακές οικογενειακές δομές. Βέβαια το αποτέλεσμα των κοινωνικών αλλαγών ως προς ακόμη και στην κοινωνική αναδιάρθρωση επιφέρουν κινδύνους, τους οποίους καλείται να αντιμετωπίσει σε μικρό ή μεγάλο μέγεθος ο εκάστοτε πολίτης και αυτοί οι κίνδυνοι δεν είναι άλλοι παρά η φτώχεια, η ανεργία, η μείωση των συντάξεων, οι βεβαρυμένες κι επαχθείς ασφαλιστικές εισφορές και φόροεισφοράς φύσης, ο στασιμοπληθωρισμός και βέβαια ακολουθώντας τη θεωρία των συνεκδοχικών αλληλεπιδράσεων και αντιδράσεων τα αποτελέσματα που επέρχονται από τα ανωτέρω προβλήματα όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός πολύ περισσότερο ωστόσο το κοινωνικό χάσμα και η επίρρωση του κοινωνικού διπολισμού ανάμεσα στους πολίτες που διακρίνονται από υπερβολικό πλούτο ή αντίστοιχα την υπερβολική φτώχεια, χωρίς βέβαια να υπάρχει καμία διάθεση λαϊκισμού, απλώς πρόκειται για μια κατάσταση που έχει λάβει διαστάσεις φαινομένου και αποτελεί αντικείμενο παρατήρησης και έρευνας από πολλούς θεωρητικούς των πολιτικών, κοινωνικών αλλά και οικονομικών επιστημών, καθώς έχει αποτελέσει παρόν κι ενεστώς καθεστώς η σχεδόν ολοκληρωτική εξάλειψη της μεσαίας αστικής τάξης. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί πως το δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί ανεξάρτητο μέρος από το ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο³⁷ και το εργατικό δίκαιο. Στο δίκαιο της κοινωνικής προστασίας εντάσσεται συστηματικά και το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας. Αποδέκτες εμφανίζονται τα άτομα ή ομάδες ατόμων (ΑμΕΑ, πολύτεκνοι, υπερήλικες κ.ά) που χρήζουν προστασίας ή που χρειάζονται κάποιες

³⁶Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 26 επ.

³⁷Για την αυτοτέλεια του κοινωνικοασφαλιστικού δικαιώματος από τη σχέση εργασίας, βλ. χαρακτηριστικά την απόφαση ΑΠ 65/2003, ΕΔΚΑ 2003, 616, που κρίνει ότι ο νόμος που εξαρτά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση του εργαζομένου από τη συμμετοχή του σε συνδικαλιστική ή οργάνωση είναι ανίσχυρος, διότι αντίκειται στις διατάξεις των άρθρων 12 παρ.1 και 22 παρ. 5 Συντ. . Ειδικότερα η κοινωνική ασφάλιση δεν είναι παρεπόμενο δικαίωμα της εργασίας, αλλά αυτοτελές. Συνεπώς, απαγορεύεται η εξάρτηση της υπαγωγής σε ορισμένο ασφαλιστικό φορέα, από τη συμμετοχή σε ορισμένη επαγγελματική οργάνωση. Επίσης, βλ. ΣτΕ 2714/2009, ΕΔΚΑ 2011, 437, που κρίνει ότι η διαφορετική κοινωνικοασφαλιστική μεταχείριση των ιδιωτικών εκπαιδευτικών από τους δημόσιους εκπαιδευτικούς σε σχέση με την υποχρέωση των πρώτων να καταβάλλουν εισφορά επί του κινήτρου απόδοσης δεν αναιρεί τη μισθολογική εξομοίωσή τους. Βλ. ακόμη, ΔΕφαθ 4296/2003, ΕΔΚΑ 2004, 379, που δέχεται ότι η προσαύξηση της σύνταξης, λόγω οικογενειακών βαρών, αποτελεί πρόσθετη ασφαλιστική παροχή και όχι προσαύξηση μισθού και για το λόγο αυτόν δικαιολογημένα δε χορηγείται αδιακρίτως σε όλους τους έγγαμους συνταξιούχους, αλλά μόνο σε αυτούς των οποίων η σύζυγος δεν εργάζεται.

μορφής οικονομικής ενίσχυσης, είτε μέσα από την χορήγηση παροχών είτε μέσα από τη θέσπιση ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων, ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπρεπής διαβίωσή τους, καθώς και η ένταξη και η συμμετοχή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή³⁸. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι η κοινωνική πρόνοια έχει αρχίσει να προωθεί την εργασιακή, οικονομική και κοινωνική ένταξη ή επανένταξη των δικαιούχων προνοιακών παροχών σε αντάλλαγμα την παροχή εργασίας ή την άσκηση μιας δραστηριότητας ή την προϋπόθεση συμμετοχής σε κάποιο πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης. Η κοινωνική πρόνοια στηρίζεται πλέον στην προάσπιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου και όχι πια στην «δικαιολογημένη αδυναμία απασχόλησης»³⁹. Επίσης, στην κοινωνική ασφάλιση παρατηρείται μια τάση απομάκρυνσης της προστασίας από τον τομέα της εργασίας και τη θεμελίωσή της στα δικαιώματα του ανθρώπου. Αυτό σημαίνει ότι οι παροχές κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης χορηγούνται σε όσους μόνιμα και νόμιμα διαμένουν στη χώρα και όχι μόνο στους πολίτες. Αξίζει να αναφερθεί πάντως ότι σύμφωνα με τις διατάξεις περι προστασίας της αξίας του ανθρώπου τόσο οι νόμιμα διαμένοντες όσο και οι μη, δικαιούνται μια ελάχιστη ανθρωπιστική βοήθεια.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 2, 4, 5 και 6 του Συντάγματος καθιερώνεται ένα ενιαίο δικαίωμα για την κοινωνική πρόνοια χωρίς να γίνεται διάκριση σε πολίτες και αλλοδαπούς. Οι κατηγορίες δικαιούχων που αναφέρονται στις επιμέρους παραγράφους του άρθρου είναι ενδεικτική (μέτρα προστασίας αναπήρων, πολύτεκνων οικογενειών, μέτρα για την απόκτηση κατοικίας κ.λ.π). Κατά συνέπεια φορέας του δικαιώματος συνιστά κάθε δικαιούχος προνοιακών παροχών και υπηρεσιών⁴⁰.

³⁸Κρεμάλης Κ., Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1991, σ.63. Ο Αμίτσης Γ., Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, εκδ. Παπαζήση, 2001, σ.103, ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό ως την αδυναμία ορισμένων ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού να ασκούν τα βασικά ατομικά δικαιώματά τους και να συμμετέχουν στις κοινωνικές και οικονομικές διαδικασίες.

³⁹ Aubin E. Droit de l' aide et de l' action sociales, ed. Gualuino – Lextenso 2014, σ.32-33 και 90 κ.ε. Ο συγγραφέας αναφέρεται στους Γάλλους θεωρητικούς του διοικητικού δικαίου Μ. Hauriou και Η. Barthélemy που υποστήριζαν ότι το δικαίωμα στην πρόνοια δικαίωμα στην πρόνοια είναι δικαίωμα σε κοινωνικό αγαθό και δεν είναι αγώγιμο. Πίστευαν επίσης ότι η μόνη ανεκτή μορφή πρόνοιας προς τους ικανούς για εργασία πολίτες είναι η βοήθεια στην εξεύρεση εργασίας. Για αυτόν τον λόγο δεν αποδέχονταν υποκειμενικό δικαίωμα στις παροχές πρόνοιας, Αντίθετα, υπήρχαν άλλοι Γάλλοι θεωρητικοί όπως, ο L. Bourgeois, οBouglé και από τους νεότερους ο M. Borghetto και ο P. Savidan οι οποίοι υποστήριζαν ότι η κοινωνική πρόνοια απορρέει από το κοινωνικό συμβόλαιο και την διαγενεακή αλληλεγγύη των μελών της κοινωνίας. Υποστηρίζεται από τους συγκεκριμένους θεωρητικούς ότι υπάρχει ένα «κοινωνικό χρέος», υπο την έννοια ότι αφενός κάθε γενιά προσθέτει κάτι σε αυτά που έχουν ήδη κατακτήσει οι επόμενες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται συνεχώς η ευημερία των ανθρώπων και αφετέρου στην παρούσα γενεά κάποιοι ευνοήθηκαν ενώ κάποιοι όχι. Συνεπώς η κοινωνική αλληλεγγύη δεν συνιστά μόνο δικαίωμα αλλά και υποχρέωση συνεισφοράς στην κοινωνία. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Α. Supiot, η χορήγηση παροχών κοινωνικής πρόνοιας με αντάλλαγμα είναι αντίθετη με τη λογική του «διαγενεακού κοινωνικού χρέους», γιατί η κοινωνική αλληλεγγύη δεν είναι συμβατή με ανταλλάγματα και συμβάσεις. Βλ. επίσηςLafore R., «Droit du travail et sécurité sociale: la revanche de la protection sociale?», Droit Social 11/2009, σ.1079.

⁴⁰Κρεμάλης Κ., Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, ό.π., σ. 155, Κοντιάδης Ξ., Κράτος πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1997, σ.453 κε.

1.4.3 Το δημόσιο δίκαιο της υγείας.

Το δημόσιο δίκαιο της υγείας αποτελεί έναν κλάδο δικαίου, που συναπαρτίζεται προκειμένου να ιδωθεί από μια σφαιρικός ολοκληρωμένη σκοπιά από επιμέρους κλάδους δικαίου, οι οποίοι αγγίζουν τόσο τις θεωρητικές όσο και τις θετικές επιστήμες. Η δημόσια υγεία είναι ένας κλάδος επιστημών που απαρτίζεται από πολλές επιστήμες, ιατρική, μαθηματικά, κοινωνιολογία, επιδημιολογία, οικονομία και περαιτέρω καθώς πρόκειται για την υγεία που αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο έννομο αγαθό μετά τη ζωή, συστατικό στοιχείο είναι η ίδια η νομική καθώς πλαισιώνει σε όλο της το φάσμα τον τρόπο που διανέμεται και εξασφαλίζεται η προάσπιση της και βεβαίως η πολιτική επιστήμη η οποία δρα καταλυτικά στην εξασφάλιση της ελευθεριότητας στο να διεκδικεί ελεύθερα ο κάθε πολίτης το δικαίωμά του στη συμμετοχή για την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη⁴¹.

Σε επιμέρους μελέτη της χώρας μας θα διαπιστωθεί η σημασία του συστήματος παροχής δημόσιας υγείας όπως θα εξεταστεί και αναλυθεί κατωτέρω, καθώς πρόκειται για μια αποδόμηση εις τα εξων συνετέθη.

Το δημόσιο δίκαιο της υγείας σχετίζεται και αντικείμενο κυρίως έχει την προστασία, τη διατήρηση και την αποφυγή της χειροτέρευσης της υγείας του πολίτη. Σύμφωνα με το γεγονός πως η υγεία και η προσβολή της αποτελεί έννομο ατομικό μα και κοινωνικό αγαθό, θεωρείται πως το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας είναι μέρος του δημοσίου δικαίου υγείας και βέβαια συνδέεται με το δίκαιο κοινωνικής ασφάλειας όπως ανωτέρω έχει αναφερθεί. Τρόπος πρόληψης της διακινδύνευσης είναι οι κοινωνικοασφαλιστικές παροχές οι οποίες πρώτο στόχο έχουν την αντιμετώπιση των ασθενειών, δηλαδή για βλάβες των πολιτών που βιώνουν είτε σε ψυχολογικό, είτε σε πνευματικό είτε σε σωματικό πλαίσιο που προκειμένου να αντιμετωπιστούν χρειάζεται θεραπεία ώστε αν όχι να θεραπευτούν καθ' ολοκληρίαν αν μη τι άλλο να περιοριστούν όσο το δυνατό γίνεται. Το δίκαιο της υγείας ορίζεται ως το σύστημα κανόνων δικαίου που εφαρμόζονται σε συναφή με την προστασία της υγείας δραστηριότητα. Περιλαμβάνει χωρίς να ταυτίζεται το ιατρικό δίκαιο, το οποίο διέπει στο σύνολό του την άσκηση της ιατρικής. Εντάσσεται στο δίκαιο κοινωνικής προστασίας, καθώς η οποιαδήποτε προσβολή ή υποβάθμιση της υγείας του ανθρώπου θεωρείται κοινωνικός κίνδυνος, τον οποίο οφείλει να καλύψει η κοινωνία. Έχει άμεση σύνδεση με το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης και το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας. Περιλαμβάνει κανόνες και ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου⁴². Οι κανόνες δημοσίου δικαίου έχουν ειδικό χαρακτήρα σε σχέση με τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και συγκροτούν το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Η ασθένεια συνιστά έναν από τους πιο

⁴¹Υφαντόπουλος Γ.Ν., Τα οικονομικά της υγείας – Θεωρία και πολιτική, σελ. 30 επ.

⁴²Οι κανόνες του ιδιωτικού δικαίου ρυθμίζουν κατ'αρχήν τις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών, ενώ οι κανόνες του δημοσίου δικαίου στελεχώνουν την διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής ασφάλειας, (μέσα από τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας).

συνήθεις κοινωνικοασφαλιστικούς κινδύνους, η οποία ορίζεται ως μια ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος που χρήζει θεραπείας και καθιστά αναγκαία σε ορισμένες περιπτώσεις την μείωση ή την εξαφάνιση της ικανότητας προς εργασία⁴³. Ο κλάδος ασθένειας των ΟΚΑ καλύπτει τον κίνδυνο χορηγώντας παροχές σε είδος και σε χρήμα. Οι παροχές σε χρήμα έρχονται να αναπληρώσουν την απώλεια του εισοδήματος. Επίσης, μπορεί να λειτουργήσουν συμπληρωματικά, καλύπτοντας τα έξοδα που βαραίνουν τον ασφαλισμένο επειδή νόσησε, όπως τα έξοδα μετάβασης και νοσηλείας στο εξωτερικό κ.ά. Από την άλλη οι παροχές σε είδος αντιστοιχούν στα μέσα θεραπείας της συγκεκριμένης ασθένειας, όπως για παράδειγμα η φυσιοθεραπεία, η λουτροθεραπεία, η φαρμακευτική περίθαλψη, η νοσηλεία σε θεραπευτήριο, η ιατρική περίθαλψη στα ιατρεία ή στην οικία του ασθενή και οι παρακλινικές εξετάσεις κ.ά.

Η κοινωνική ασφάλιση και η πρόνοια συμμετέχουν στην χρηματοδότηση του συστήματος προστασίας της υγείας των ασφαλισμένων και των δικαιούχων κοινωνικών παροχών αντίστοιχα. Ωστόσο υπάρχει μια διάκριση ανάμεσα στο δημόσιο δίκαιο της υγείας και στο δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής πρόνοιας, εφόσον εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς και λειτουργούν με διαφορετικές αρχές. Συγκεκριμένα η κοινωνική ασφάλιση πρώτα από όλα λειτουργεί επιμεριστικά απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους και στην αναδιανομή του εισοδήματος και σε δεύτερο χρόνο παρέχει υπηρεσίες σε είδος. Η πρόνοια λειτουργεί επίσης αναδιανεμητικά στο εισόδημα και σαν φορέας παροχών ειδικών φροντίδων στις ευπαθείς ομάδες.

Η υγειοπροστατευτική δραστηριότητα συνίσταται στην χορήγηση ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών και αγαθών υγείας που δεν σχετίζονται με τρόπο άμεσο ως προς την αναδιανομή του εισοδήματος. Επιπλέον κύριος σκοπός της προστασίας της υγείας είναι η διασφάλιση της ζωής, ως εκ τούτου προκύπτουν δύο συμπεράσματα. Αρχικά, ότι απευθύνεται τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς και υποαυτή την έννοια αποκτά μια καθολικότητα⁴⁴. Δεύτερον, ότι συνδέεται με την ιατρική πράξη και ως εκ τούτου έχει επιστημονικό και τεχνικό χαρακτήρα.

1.4.4 Το δίκαιο των κοινωνικών αποζημιώσεων.

Κρίνεται σκόπιμη η διευκρίνιση πως στο δίκαιο κοινωνικής προστασίας κατά τη λειτουργία του πρακτικά συμπεριλαμβάνονται κυρίως αντιπαροχές στους πολίτες, οι οποίες πολλές φορές

⁴³Ορισμός του Αγαλλόπουλου Χρ., ό.π., σ. 235, τον οποίο ακολουθούν οι Πετρόγλου Αντ., Δίκαιον κοινωνικής ασφαλίσεως, ό.π., τ.1, σ.412, Κρεμάλης Κ., Δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων, ό.π., σ.248, Αναπλιώτου-Βαζαίου Ειρ., Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου, Αφοι Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1993, σ.24, Κριάρη-Κατράνη Ισμ., Γενετική τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλα, 1999, σ.51.

⁴⁴Δεν πρέπει αυτή η καθολικότητα να συγχέεται με την νομοθετική πρόβλεψη για καθολική ή περιορισμένη πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

μεταφράζονται ως αποζημιώσεις, δεδομένου ότι πρόκειται για παροχές που καλούνται να αποκαταστήσουν ζημιές που έχουν προκληθεί στους πολίτες χωρίς τη δική τους υπαιτιότητα. Έτσι προκύπτει το δίκαιο των κοινωνικών αποζημιώσεων καθώς από τον κρατικό μηχανισμό παρέχεται βοήθεια σε πυρόπληκτους, σεισμόπληκτους, στα θύματα των τρομοκρατικών ενεργειών, που ωστόσο είναι σημαντικές περιπτώσεις, καθώς ανήκουν μεν στο δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης, ωστόσο την ίδια στιγμή δε σχετίζεται με την ασφάλιση ή το δικαιούχο προστασίας. Οι κοινωνικές αποζημιώσεις απολαμβάνουν τους πόρους τους από τον κρατικό προϋπολογισμό, από ειδικό ταμείο ή λογαριασμό που συστήνεται με σκοπό την εκπλήρωση των κοινωνικών αποζημιώσεων. Στο δίκαιο της κοινωνικής προστασίας εντάσσονται και άλλες μορφές «κοινωνικών αποζημιώσεων», όπως για παράδειγμα οικονομική ενίσχυση σε ομάδες ανθρώπων που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν ακραία φαινόμενα, για παράδειγμα οι πυρόπληκτοι, οι σεισμοπαθείς, θύματα τρομοκρατικών ενεργειών κ.ά. Υπάρχει επομένως κοινωνικοποίηση του κινδύνου, χωρίς την πρότερη υπαγωγή στην ασφάλιση ή κάποιο έλεγχο της κατάστασης του δικαιούχου προστασίας⁴⁵. Η οικονομική αρωγή σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστά κοινωνική υποχρέωση και διακρίνεται είτε σε απευθείας χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε από ειδικό ταμείο/λογαριασμό που δημιουργείται για το σκοπό αυτό και χρηματοδοτείται από το κράτος ή/και από όσους ασκούν δραστηριότητα συναφή με τη δημιουργία κοινωνικών κινδύνων κ.λπ. Αποσπασματικός εμφανίζεται ο χαρακτήρας των κοινωνικών κινδύνων⁴⁶.

1.5 Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ομαδοποιούνται σε τρεις τύπους: (α) Εθνικά Συστήματα Υγείας (ΕΣΥ) με καθολικές παροχές με βάση την ιδιότητα του πολίτη. Τα συστήματα αυτά ονομάζονται τύπου «Beveridge» και εδραιώθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις σκανδιναβικές χώρες κατά τα μέσα του 20ού αιώνα, και κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 – αρχές της δεκαετίας του 1980 εισήχθησαν και στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης. (β) Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (ΚΑΥ) ή αλλιώς συστήματα τύπου «Bismarck», τα οποία αναπτύχθηκαν κυρίως

⁴⁵Στην Ελλάδα, ενδεικτικά στην Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου, Κοινωνικές παροχές και οικονομικές ενισχύσεις στους πληγέντες από τις πυρκαγιές (ΦΕΚ Α'205) με την οποία συστήθηκε Ειδικό Ταμείο Αντιμετώπισης Έκτακτων Αναγκών για τη χρηματοδότηση προγραμμάτων στήριξης και ενίσχυσης πληγέντων από θεομηνίες, πυρκαγιές, σεισμούς, πλημμύρες και άλλες φυσικές καταστροφές ή ακραία καιρικά φαινόμενα.

στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Βέλγιο και Ολλανδία), και (γ) συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (ΙΑΥ), με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις ΗΠΑ⁴⁷.

Περί τα μέσα και τέλη του 19^{ου} αιώνα εμφανίστηκαν δύο κύρια μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης αναπτυσσόμενα στη Γερμανία – Bismarck (1839 – 1899) και στην Αγγλία –Beveridge (1879 – 1963). Το μεν πρώτο συνιστά Συντεχνιακό μοντέλο, το δε δεύτερο αποτελεί Καθολικό μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, και τα οποία τα οποία ήταν οι πρώτες προσπάθειες σύστασης νομιμοποιημένων θεσμοθετημάτων σχετικά με τις κοινωνικές παροχές και ιδίως την κοινωνικής ασφάλισης. Κατωτέρω θα αναλυθούν και τα δύο εκτενώς.

1.5.1 Τα συστήματα τύπου Bismarck ή τα συστήματα της ηπειρωτικής Ευρώπης

Ο Γερμανός καγκελάριος Otto Von Bismarck υπήρξε ο εμπνευστής της κοινωνικής ασφάλισης. Το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία, συστάθηκε από τον καγκελάριο Otto Bismarck, το οποίο για μεγάλο χρονικό διάστημα παρέμενε μόνο του σε εφαρμογή καθώς το αμέσως επόμενο συστάθηκε στην Αγγλία κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και αρχές του 20^{ου}. Στην τότε Γερμανία το πολιτικό καθεστώς ήταν δομημένο δυνάμει ενός πατερναλιστικού⁴⁸ μοντέλου που αυταπόδεικτα σημαίνει πως σκοπός ήταν μέσω της αφορμής της προστασίας των Γερμανών πολιτών, να καθαιρεθούν οι σοσιαλιστικές ιδέες και να περιοριστεί η δυναμική της εργατικής τάξης. Το σύστημα του χαρακτηρίστηκε από πρωτοτυπία, η οποία εντοπίζεται σε τέσσερα σημεία: Αρχικά, γίνεται χρήση της ασφαλιστικής τεχνικής στο χώρο της εργασίας. Υπάρχει διάκριση κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, η πρώτη προβλέπεται στον νόμο και έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Δεύτερον, εμφανίζει στοιχεία πρωτοτυπίας και στην χρηματοδότηση των παροχών που προκύπτουν από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, χωρίς να αποκλείεται η κρατική ενίσχυση. Τόσο οι εισφορές όσο και οι παροχές λειτουργούν σε καθεστώς παροχής-αντιπαροχής (αρχή της ανταποδοτικότητας). Τρίτον, στην παρέμβαση του κράτους προκειμένου να οργανωθεί και να λειτουργήσει η κοινωνική ασφάλιση. Τέταρτο και τελευταίο σημείο, είναι στην απουσία ενιαίας οργάνωσης και στη συμμετοχή των εργοδοτών και των ασφαλισμένων στη διαχείριση των ΟΚΑ.

Το σύστημα του Bismarck βασίζεται στους κάτωθι πυλώνες:

⁴⁷ Freeman, 2000. Wendt, 2009. Rothgang et al., 2008. Schmidt et al., 2010

⁴⁸ Πατερναλισμός με μια απλή προσέγγιση είναι η άσκηση πολιτικής η οποία στοχεύει στον έλεγχο και την κυριαρχία επί των πολιτών, πάντα υπό το πρόσχημα της κρατικής προστασίας προς τους πολίτες

1. Πρωτοεμφανίζεται η ασφαλιστική τεχνική στον εργασιακό χώρο και διαχωρίζεται η κοινωνική ασφάλιση από την ιδιωτική καθώς η πρώτη είναι υποχρεωτική και προβλέπεται στον νόμο.
2. Οι παροχές που αποδίδονται στους πολίτες, όπως έως τώρα έχει προαναφερθεί, προκύπτουν από τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών, ωστόσο σε παροχές που δε σχετίζονται με την ασφάλιση στον εργασιακό χώρο ενδέχεται να προκύψουν από οικονομικά βοηθήματα του κρατικού μηχανισμού.
3. Είναι υπαρκτή και ενεστώσα η κρατική παρέμβαση.
4. Δεν υπάρχει ενιαία οργάνωση και στις ασφαλιστικές αντιπαροχές συνεισφέρουν οι εργοδότες και οι ασφαλισμένοι στη διαχείριση των ΟΚΑ.

Το σύστημα είναι γνωστό είτε ως ανωτέρω αναφέρθηκε ή ως σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας ή Ηπειρωτικό Σύστημα, διότι εμφανίζεται κυρίως στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και το υιοθέτησαν η Αυστρία, (30-40 χρόνια αργότερα θεσμοθετήθηκε από τις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης), η Ρωσία, η Ιαπωνία μετά την κρίση του 1930 οι ΗΠΑ και ο Καναδάς⁴⁹. Ωστόσο, τους ασκείται κριτική διότι δημιουργούν και συντηρούν ανισότητες αφενός στις επιμέρους επαγγελματικές κατηγορίες και αφετέρου ανάμεσα στους ανασφάλιστους και στους ασφαλισμένους⁵⁰.

1.5.2 Τα συστήματα τύπου Beveridge ή τα αγγλοσαξονικά συστήματα

Ο Άγγλος λόρδος Beveridge εμπνεύστηκε το ομώνυμο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας στη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Έθεσε ευρύτερο στόχο από αυτούς που είχαν θέσει τα μέχρι πρότινος συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Ο σκοπός δεν είναι η κάλυψη ορισμένων κινδύνων που ο νόμος προσδιορίζει, αλλά η «απελευθέρωση» του ανθρώπου από την ανάγκη, την ασθένεια, το γήρας, την αμάθεια και τη φτώχεια, η αποτίναξη του εκάστοτε κοινωνικού κινδύνου από τον ίδιο τον πολίτη, κατά συνέπεια να εφαρμοστεί ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης προκειμένου ο άνθρωπος να αποφύγει εν γένει καταστάσεις όπως την ανεργία, τη φτώχεια, την ανέχεια, τη χειροτέρευση της υγείας του και εν γένει όλους τους κοινωνικούς κινδύνους. Αρχικά οι ιδέες αυτές δεν μπορούσαν να υλοποιηθούν, ωρίμασαν όμως μέσα από την άνοδο της αστικής τάξης στην εξουσία στην Γερμανία του Bismarck και την καθιέρωση της κοινωνικής ασφάλισης. Μετά τους δύο τους παγκοσμίους πολέμους κατέστη πλέον δυνατή η «απελευθέρωση του ανθρώπου από την ανάγκη» που είχαν οραματιστεί πολύ νωρίτερα οι Paine και Condorcet⁵¹. Η έκθεση που συνέταξε ο Λόρδος Beveridge

⁴⁹Υφαντόπουλος Γ.Ν, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 94 επ.

⁵⁰Υφαντόπουλος Γ.Ν, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 95 επ

⁵¹ Stedman Jones G., An End to Poverty? A Historical Debate, εκδ. Columbia University Press, 2004.

προς την αγγλική κυβέρνηση το 1942 έλαβε μεγάλης αποδοχής από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ και έγινε σύμβολο της ανωτερότητας του ελεύθερου κόσμου έναντι του Άξονα⁵². Σημαντικό παράγοντα για την εγκαθίδρυση του εν λόγω μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης αποτέλεσαν τα λόγια του τότε Υπουργού Υγείας της Μ. Βρετανίας Aneurin Bevan⁵³ κατά την διάρκεια της ομιλίας του στο Κοινοβούλιο τον Ιούλιο του 1948 «Το κόστος λειτουργίας του συστήματος θα μειωθεί μακροχρόνια, γιατί καθώς η κατάσταση υγείας του πληθυσμού θα βελτιώνεται διαρκώς και λιγότεροι πόροι θα διατίθενται για τη χρηματοδότηση του συστήματος»⁵⁴. Πρόκειται για ένα σύστημα καθολικής κάλυψης, ενιαία και ομοιόμορφη, αυτό σημαίνει πως οι παροχές δεν είναι εξαρτώμενες από το εισόδημα και κατ'επέκταση από τις εισφορές κάθε δικαιούχου πολίτη (– εργαζομένου ή εργοδότη). Υπάρχουν παροχές όπως οι οικογενειακές, η ασθένεια και η μητρότητα οι οποίες χρηματοδοτούνται από τη φορολογία⁵⁵, ενώ οι υπόλοιπες από ενιαία -καθολική εισφορά.

Το ανωτέρω σύστημα καλείται και αγγλοσαξωνικό⁵⁶ καθώς έχει ενστερνιστεί από την ομώνυμη χώρα. Αξίζει εδώ, να σημειωθεί πως μια παραλλαγή του παρόντος συστήματος ακολούθησαν και μάλιστα υιοθέτησαν οι χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου. Αργότερα το σύστημα αυτό εφάρμοσε το γνωστό σε εμάς ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), το οποίο ακολούθησαν όλες οι ανωτέρω χώρες, βεβαίως και η Ελλάδα, άλλωστε εξ αυτού του λόγου θα γίνει ιδιαίτερη μνεία και θα αναλυθεί το καθεστώς λειτουργίας του ΕΣΥ, καθώς πρόκειται για κοινωνική παροχή η οποία συνεχίζει να υφίσταται ακόμη και σήμερα εν έτει 2021. Αξίζει, πριν εκτεθούν οι βασικές συνιστώσες της σύστασης και λειτουργίας του ΕΣΥ⁵⁷, να αναφερθεί πως βασικός άξονας δυνάμει του οποίου δομήθηκε είναι η μη επιβολή τιμής από τον Κρατικό μηχανισμό στις υπηρεσίες υγείας, καθώς οι εν λόγω παροχές κατέχουν χαρακτήρα κοινωνικού δικαιώματος και για αυτό το λόγο το κράτος δεν περιμένει ταυτόχρονη αντιπαροχή από τους πολίτες προκειμένου να απολαύουν την παροχή αυτή. Σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στο εν γένει σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού, καθότι πηγή χρηματοδότησης της συγκεκριμένης παροχής αποτελεί το σύστημα φορολογίας. Το ΕΣΥ συνίσταται σε ορισμένα βασικά συστατικού χαρακτήρα ιδιαίτερα γνωρίσματα⁵⁸:

1. Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται, ως ελέχθη ανωτέρω, από τη φορολογία.

⁵² Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 36 επ.

⁵³ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 100 επ.

⁵⁴ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 97.

⁵⁵ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 47 επ.

⁵⁶ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 44 επ.

⁵⁷ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 97 επ.

⁵⁸ Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 99 επ.

2. Πρόκειται για καθολική και πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, σε αντίθεση με το Μικτό Σύστημα Υγείας, δυνάμει του οποίου η κάλυψη του πληθυσμού είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη.
3. Η χάραξη της υγειονομικής πολιτικής τελείται δυνάμει των αναγκών του πληθυσμού.
4. Στο πλαίσιο του ΕΣΥ λαμβάνει χώρα ένας διαχωρισμός ανάμεσα στα επίπεδα υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο. Βάσει αυτού η κεντρική διοίκηση στοχεύει στην προσαρμογή της υγειονομικής πολιτικής στον εκάστοτε πληθυσμό, αγροτικό, ημιαστικό και αστικό.

1.5.3 Τα μικτά συστήματα.

Στις μέρες μας τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι μεικτά και συνδυάζουν χαρακτηριστικά των δύο βασικών συστημάτων (Bismarck και Beveridge)⁵⁹. Αναλυτικότερα για τον τρόπο που γίνεται η ανάμειξη, τα συστήματα τύπου Bismarck αντλούν στοιχεία άλλοτε από την καθολικότητα, άλλοτε από την ομοιομορφία για την καταβολή των παροχών ή για το ύψος των εισφορών, άλλοτε από την χρηματοδότηση από τη φορολογία και άλλοτε από την ενιαία οργάνωση κ.λ.π. Από την άλλη τα συστήματα Beveridge εισάγουν τις ανομοιόμορφες εισφορές, τη δυνατότητα εξόδου από το κρατικό σύστημα κ.ά.

Συνδυασμό των χαρακτηριστικών των δύο συστημάτων εμφανίζουν οι Κάτω Χώρες, όπου η κύρια ασφάλιση οργανώνεται με βάση τις ιδέες του λόρδου Beveridge και η επικουρική⁶⁰ με βάση τις ιδέες του Bismarck.

Ως μικτά συστήματα νοούνται τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των χωρών που εφαρμόζουν ένα μεικτό σύστημα ασφάλισης και έχει συνιστώσες από το Ηπειρωτικό μα και από το Αγγλοσαξωνικό σύστημα. Τα μεικτά συστήματα λαμβάνουν στη σύστασή τους στοιχεία και από τα

⁵⁹Ο Palier B., La reforme des retraites, εκδ. PUF, Quesais-je?, 2014, σ.17-18, κατατάσσει τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης σε: α) παραδοσιακά τύπου Bismarck, β) μοντέρνα τύπου Bismarck (Σουηδία, Νορβηγία, Καναδάς, Ηνωμένο Βασίλειο πριν το 1986 κ.α). γ) τα συστήματα περισσότερων πυλώνων (Δανία, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο μετά το 1986, Αυστραλία, Σουηδία κ.α.), τα οποία προσθέτουν στον πρώτο πυλώνα έναν δεύτερο που είναι υποχρεωτικός, λειτουργεί συνήθως σε επαγγελματικό επίπεδο, χρηματοδοτείται από εισφορές και ακολουθεί ντο κεφαλαιοποιητικό σύστημα, και δ) τα συστήματα τύπου Beveridge που αρκούνται σε έναν πυλώνα, υποχρεωτικό, που χορηγεί ελάχιστες-βασικές παροχές και σε έναν δεύτερο, προαιρετικής συμπληρωματικής ασφάλισης, που λειτουργεί με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα σε επαγγελματικό ή σε ατομικό επίπεδο. Παρατηρεί ότι οι χώρες που τα καταφέρνουν καλύτερα στην αντιμετώπιση της φτώχειας είναι εκείνες που έχουν ένα πρώτο πυλώνα με βασικές παροχές σε όλο τον πληθυσμό, όπως είναι οι σκανδιναβικές χώρες και εκείνες που χορηγούν υψηλές ελάχιστες συνταξιοδοτικές παροχές, όπως η Γαλλία.

⁶⁰Οι όροι «επικουρική ασφάλιση», «συμπληρωματική ασφάλιση» και «επαγγελματική ασφάλιση» είναι ταυτόσημοι, αλλά στην Ελλάδα έχει καθιερωθεί ο όρος της επικουρικής ασφάλισης. Σημαίνουν ασφαλιστική προστασία συμπληρωματική της κύριας.

δύο μοντέλα με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται μέθοδοι στις οποίες εντοπίζεται το στοιχείο της καθολικότητας ή της ομοιομορφίας σχετικά με τον τρόπο καταβολής των παροχών ή την πρόσληψη χρηματοδότησης από το σύστημα φορολόγησης ή το σύστημα ενιαίας οργάνωσης ή ακόμη το σύστημα ανομοιομορφών εισφορών. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα έχουν συστήσει το μοντέλο κοινωνικής τους ασφάλισης οι Κάτω Χώρες, ωστόσο το μοντέλο τους είναι δομημένο ως εξής, περισσότερες συνιστώσες από το αγγλοσαξωνικό σύστημα και χρησιμοποιούν και το επικουρικό σύστημα ασφάλισης⁶¹.

1.5.4 Το ελληνικό σύστημα.

Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πρωτοεμφανίστηκε περί το 19^ο αιώνα, κατάσταση η οποία σταδιακά και προοδευτικά εγκαθιδρύθηκε ως μόνιμο και βασικό σύστημα ασφάλισης. Βασικοί πυλώνες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν πρώτον το Σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και δεύτερον το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί δημόσια και υποχρεωτική παροχή που έχει συλλογικό χαρακτήρα και κινείται δυνάμει των αρχών της καθολικότητας, της μη διάκρισης εξ ου και η ομοιογένεια, της υποχρεωτικότητας, της ανταποδοτικότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης, της αλληλεγγύης που στόχο έχει να περιορίσει το χάσμα γενεών, καθώς συνδέεται με τη μισθωτή αλλά και εξαρτημένη εργασία και με τα συνταξιοδοτικά ταμεία⁶². Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί επί του πρακτέου το σύστημα παροχής κοινωνικής ασφάλισης πρόκειται για ένα συνταξιοδοτικό κεφάλαιο που εισρέει εισόδημα από τις εισφορές των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτό, καθώς και επιπλέον εισόδημα από τις επενδύσεις των περιουσιακών στοιχείων που σχηματίζονται από τις προηγούμενες εισφορές. Οι εκροές του κεφαλαίου είναι κυρίως οι συντάξεις (και συμπληρωματικές παροχές) προς τα άτομα του συνόλου Α και τα έξοδα λειτουργίας του Ταμείου. Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης προκύπτει από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης στηρίζεται κατά

⁶¹ Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δημόσιο δίκαιο της υγείας – Οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας δικαιώματα του χρήστη – δημόσια υγεία, σελ 38 επ.

⁶² Συνταξιοδοτικό Ταμείο είναι ένα σύστημα (Σ) που αποδίδεται υπό τη μορφή συνάρτησης ως εξής: $\Sigma = (A, \Pi, \Delta, K)$

A = Ασφαλισμένοι, π.χ. A1=Εργαζόμενοι, A2=Συνταξιούχοι, A3=Δικαιούχοι Συντάξεων

Π = Περιουσία, π.χ. Π1=Μετρητά, Π2=Ομόλογα ή εν γένει το σύνολο των περιουσιακών στοιχείων

Δ = Διαχειριστές, π.χ. Δ1= Διοικητής, Δ2= ΔΣ, Δ3= Αναλογιστής, Δ4 = Υπάλληλοι Διαχείρισης

K = Κανονισμός, καθορίζει τις σχέσεις μεταξύ των A, Π και Δ αλλά και τις σχέσεις με άλλα στοιχεία εκτός συστήματος

βάση σε ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης⁶³ (κράτος, εργοδότες, εργαζόμενοι) και από τα επαγγελματικά ταμεία⁶⁴ χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Κεφάλαιο 2: Πηγές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης.

2.1 Κρατικές πηγές.

2.1.1 Το Σύνταγμα.

Καταρχάς προκειμένου να επιχειρηθεί μια σαφής έκθεση της εγκαθίδρυσης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στο άρθρο 22 παρ.5 του Συντ. του 1975, όπου για πρώτη φορά για τα δεδομένα της δημοσιονομικής πολιτικής καθιερώθηκε σύστημα κοινωνικής παροχής σύμφωνα με το Ηπειρωτικό μοντέλο⁶⁵, χαρακτηριστικά αναφέρει « το κράτος μεριμνά για την ασφάλιση των εργαζομένων». Σύμφωνα με το οποίο η ασφάλιση συνδέεται άρρηκτα με την εργατική απασχόληση. Περαιτέρω, έλαβε χώρα αναθεώρηση του Συντάγματος, προκειμένου να ακολουθηθεί το αγγλοσαξωνικό σύστημα, το οποίο συνιστά καθολική, ενιαία και ομοιόμορφη κάλυψη ανεξάρτητη από το επάγγελμα του κάθε πολίτη που προκύπτει από τη φορολογία. Η κοινωνική ασφάλιση⁶⁶ είναι παροχή που θεμελιώνεται στην κορωνίδα των νομοθετημάτων, ωστόσο παρόλο που αποτελεί δικαίωμα και με ατομικό αλλά και κοινωνικό χαρακτήρα, δεν γεννά αξιώσεις κατά του κρατικού μηχανισμού. Στη διαμόρφωση του δικαίου κοινωνικής ασφάλισης συμβάλλουν και άλλες συνταγματικές διατάξεις, όπως το άρθρο 2, παρ. 1 (σεβασμός για την προστασία της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου), άρθρο 5 παρ. 1 (ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας), άρθρο 25, παρ. 1 (κοινωνικό κράτος δικαίου)⁶⁷ και το άρθρο 4 παρ. 2 (συμμετοχή των Ελλήνων

⁶³Η χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος ασφάλισης χρηματοδοτούνται από:

εισφορές εργαζομένων

εισφορές εργοδοτών

τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού

κοινωνικούς πόρους (έμμεσοι φόροι)

έκτακτη κρατική επιχορήγηση

πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

⁶⁴Οι βασικές παροχές καλύπτονται από εισφορές επί των μισθών των εργαζομένων.

⁶⁵Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δημόσιο δίκαιο της υγείας – Οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας δικαίωμα του χρήστη – δημόσια υγεία, σελ. 39 επ.

⁶⁶Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 45 επ.)

⁶⁷Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά Σπηλιωτόπουλος Επ., «Η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου. Σκέψεις για την ερμηνεία της παρ. 1 του άρθρου 25 του Συντάγματος», Σύνταγμα. Ελληνική πολιτεία. Ευρωπαϊκή Συμπολιτεία. Αφιέρωμα στον Δημήτρη Θ. Τσάτσο, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2004, σ. 440 κε, η αναθεωρημένη το 2001 παρ.1 του άρθρου 25 του Συντάγματος δεν επιβάλλει στο νομοθετικό όργανο να εκδίδει νομοθετικές πράξεις ούτε δημιουργεί δικαίωμα των διοικουμένων να αξιώνουν την έκδοση τέτοιων πράξεων. Ο Στεργίου Α., αναπτύσσει διεξοδικά την σημασία της αρχής του κοινωνικού κράτους, ιδίως ως ερμηνευτικού κανόνα για την εφαρμογή του Συντάγματος, «Σχετικά με την αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου», στα πέντε χρόνια μετά τη συνταγματική αναθεώρηση του 2001, Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2006, σ. 532 κε.

εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής αλληλεγγύης) και το άρθρο 17 παρ. 1 (προστασία των περιουσιακών δικαιωμάτων)⁶⁸. Το Σύνταγμα καθιερώνει σύστημα τύπου Bismarck, καθώς μόνο σε αυτό εντοπίζεται σύνδεση της ασφάλισης με την επαγγελματική απασχόληση. Το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση συνιστά κοινωνικό δικαίωμα, με κύρια υποχρέωση του κράτους τη διασφάλιση άσκησης του δικαιώματος αυτού από τους πολίτες⁶⁹. Συνεπώς το κράτος εμφανίζεται ως εγγυητής της κοινωνικής ασφάλειας⁷⁰.

2.1.2 Πηγές Δικαίου

Πηγές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης έχουν αποτελέσει εκτός από το Σύνταγμα και τα πρότυπα μοντέλα, όπως έως τώρα έχει αναφερθεί, και η Νομολογία που έχει διαμορφωθεί κατά την πάροδο των ετών μα και από τα νομοθετήματα. Ωστόσο πέραν αυτών σημαντικό ρόλο έχουν διαδραματίσει οι διεθνείς σχέσεις της χώρας μας με τις άλλες χώρες. Περαιτέρω, πρόκειται για τις διεθνείς συμβάσεις όπως άλλωστε αυτές αναφέρονται στο άρθρο 28 παρ. 1 Συντ.⁷¹ που επί της ουσίας πρόκειται για συμφωνίες κοινωνικών ασφαλίσεων που αφορούν τους μισθωτούς και ως βασική επιδίωξη έχουν τη διατήρηση των ασφαλιστικών προσδοκιών αλλά και δικαιωμάτων όσων πολιτών μετοικούν μεταβαλλόμενοι σε επαγγελματικοί μετανάστες ώστε να απολαύουν κοινωνική ασφάλιση και στη νέα χώρα κατοικίας. Εκτός από τις διμερείς συμβάσεις, κομβικό ρόλο και πηγή αποτελούν και οι πολυμερείς συμβάσεις όπως είναι η υπ. αριθμόν 102/1952 ΔΣΕ που συνήφθη από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας σχετικά με τα κατώτατα όρια κοινωνικής ασφάλισης, η υπ. Αριθμόν 118/1962 ΔΣΕ σχετικά με την ίση μεταχείριση των εντόπιων και των αλλοδαπών πολιτών σχετικά με την απολαβή των κοινωνικών παροχών. Τέλος, ιδιαίτερη σπουδαιότητα έχουν διεθνείς κώδικες, όπως επί παραδείγματι ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κοινωνικής Ασφάλειας καθώς και ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης.

⁶⁸ Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 44 επ.

⁶⁹ Η κοινωνική ασφάλιση χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές και δευτερευόντως από το ΑΕΠ. Στην Ελλάδα οι κρατικές ρυθμίσεις και οι επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα η χορήγηση παροχών χωρίς να έχουν προηγηθεί αναλογιστικές μελέτες ή να έχουν προβλεφθεί οι απαιτούμενες για την χρηματοδότηση των παροχών εισφορές κ.λ.π., έχουν καταστήσει ολοένα και περισσότερο αναγκαία τη κρατική χρηματοδότηση. Αυτό όμως αποτελεί μια από τις παθολογίες του ελληνικού συστήματος παρα κανόνα λειτουργίας των ασφαλιστικών συστημάτων.

⁷⁰ Σύμφωνα με τον Στεργίου Α., στο Δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης, ό.π., σ. 169, το κράτος συμμετέχει άμεσα στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να διευρυνθεί ο κοινωνικός και αναδιανεμητικός της ρόλος.

⁷¹ Σύνταγμα ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ - Οργάνωση και λειτουργίες της Πολιτείας > ΤΜΗΜΑ Α' - Σύνταξη της Πολιτείας
'Άρθρο 28: (Κανόνες του διεθνούς δικαίου και διεθνείς οργανισμοί)

1. Οι γενικά παραδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις, από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου. Η εφαρμογή των κανόνων του διεθνούς δικαίου και των διεθνών συμβάσεων στους αλλοδαπούς τελεί πάντοτε υπό τον όρο της αμοιβαιότητας.

2.1.3 Υπερεθνικού χαρακτήρα γενικές αρχές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης

Πρόκειται για γενικές αρχές, οι οποίες προκύπτουν από όλες τις πηγές του εν λόγω δικαίου όχι μόνο όσες γεννώνται και αφορούν εξ ολοκλήρου την ελληνική έννομη τάξη, αλλά και όλα τα περαιτέρω νομοθετήματα και κώδικες που έχουν συσταθεί από διμερείς ή και πολυμερείς σχέσεις της χώρας μας με άλλες και παρουσιάζονται ως κάτωθι :

Η αρχή της οικονομικής βιωσιμότητας και της επάρκειας των παροχών, η οποία απορρέει από την κορωνίδα των νομοθετημάτων που δεν είναι άλλη παρά το Σύνταγμα όπου στο άρθρο 22 παρ. 5 ορίζει ότι «*Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει*», τίθεται μερικώς και με διάθεση ερμηνευτικής προσέγγισης από το νομοθέτη λόγος για την αρχή της αναλογικότητας, που εμμέσως πλην σαφώς με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στο φορολογούμενο πολίτη να μετέχει τόσο όση είναι η δυνατότητά του και να λαμβάνει κοινωνικές παροχές χωρίς να έχει επιβαρυνθεί δυσανάλογα. Εδώ εντοπίζεται και μια διάθεση προώθησης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας καθώς η παροχή προκύπτει από τη φορολογία και όχι από το κράτος⁷². Περαιτέρω, προκειμένου να αποδοθεί με απλό τρόπο η έννοια της βιωσιμότητας, ως μένει ως ο λόγος εσόδων εξόδων όταν αυτά βρίσκονται σε ισορροπία και δημιουργούν ισοζύγιο στη μεταξύ τους εξίσωση, τότε λοιπόν όταν δεν υπερβαίνουν οι δαπάνες τα έσοδα μπορεί να επιτευχθεί η βιωσιμότητα καθώς με ευκολία θα προσφέρονται οι κοινωνικές παροχές.

Η αρχή της εκπόνησης αναλογιστικών μελετών που αποσκοπούν στη σαφή μελέτη των εσόδων και των κοινωνικών δαπανών ώστε να καταστεί σαφώς με αριθμητικά δεδομένα και ποσοστιαίες μονάδες η απόδοση τους και να δημιουργείται ανανεούμενη σαφής εικόνα της επίτευξης ή μη της βιωσιμότητας. Με τη μαθηματική αυτή πρακτική που εφαρμόζεται καθίσταται ευκολότερος ο έλεγχος της ομαλότητας ή μη της ροής των εσόδων – δαπανών και το κατά πόσο είναι δυνατή η αποφυγή των κοινωνικών κινδύνων ή ακόμη το κατά πόσον είναι εφικτό να προστατευθεί ο ίδιος ο πολίτης με τις κοινωνικές παροχές από όσους κοινωνικούς κινδύνους ελλοχεύουν. Γιατί σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί το γεγονός πως όλο το παρόν ζήτημα που μελετάται είναι άμεσα συνυφασμένο με την οικονομική κατάσταση του εκάστοτε πολίτη και της χώρας, την κοινωνική και πολιτική περιρρέουσα ατμόσφαιρα, τη δυναμική της παραγωγικής ικανότητας της χώρας κλπ. Συνεπώς οι συνεχείς μελέτες όχι μόνο αναπαριστούν μια κατάσταση αλλά πολλές φορές προλαμβάνουν άσχημες εξελίξεις⁷³.

⁷² Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ 53 επ.

⁷³ Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 54-55.

Η αρχή της εκπόνησης μελετών για τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των μειώσεων των συντάξεων, όπου με την Ολομέλεια του ΣτΕ 2287-2290/2015⁷⁴ κρίθηκε παντελώς αντισυνταγματική η οποιαδήποτε περικοπή των συντάξεων χωρίς να έχει προκύψει πολύ συγκεκριμένη μελέτη σχετικά με το επιζητούμενο, καθώς πρόκειται για κομβικό παράγοντα στην καθημερινότητα αλλά και σε όλη τη δυναμική της οικονομικής ζωής της χώρας⁷⁵.

Η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης όπου εμφανώς πρόκειται, όχι για μελέτη και όχι για αριθμητικές παραστάσεις που οδηγούν και καθορίζουν μελέτες, μα για έννομο αγαθό το οποίο αποτελεί κινητήριο και συστατικό παράγοντα προκειμένου να ευδοκιμήσει η ανάπτυξη του κοινωνικού συνόλου, η ευνομία, η ευημερία, το ίδιο το κράτος πρόνοιας και δικαίου. Αποτελεί βασικά και μείζονος σημασίας αρχή που είναι ο μοχλός της καθημερινής και πολύ περισσότερο όλης της συνύπαρξης στην ανθρώπινη ιστορία⁷⁶.

Η αρχή της ανταποδοτικότητας, όπου εντάσσει σύμφωνα με το Ν. 4387/2016 το διαχωρισμό της σύνταξης σε εθνική και σε ανταποδοτική, με μια προσπάθεια σύντομης απόδοσης της αρχής αυτής, επί της ουσίας πρόκειται για το μέρος της σύνταξης το οποίο απαντά στις εργοδοτικές εισφορές του πολίτη⁷⁷.

Η αρχή της εύνοιας των ασφαλισμένων – χρηστή διοίκηση, σύμφωνα με την οποία γεννάται η υποχρέωση των ασφαλιστικών οργάνων να υιοθετούν τη λιγότερο επαχθή ερμηνεία για τους ασφαλισμένους με βάση την επιείκεια υπέρ του Ασφαλισμένου.

2.1.4 Οι γενικές αρχές του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης

- Η αρχή της κανονιστικής ρύθμισης της ασφαλιστικής σχέσης, η οποία εν ολίγοις σημαίνει την όσο δυνατό καθίσταται εφικτή προάσπιση αλλά και εξασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος, καθώς όλες οι θεσπίσεις νομοθετημάτων για το κράτος δικαίου, πρόνοιας, αλληλεγγύης συγκλίνουν στην προσπάθεια επίτευξης κοινής ειρηνικής συμβίωσης που θα επιφέρουν ως άμεσο αποτέλεσμα μια ισορροπημένη ανάπτυξη⁷⁸.
- Η αρχή της ευρείας ερμηνείας των ασφαλιστικών διατάξεων υπέρ του ασφαλισμένου και της προστασίας του ασφαλιστικού δεσμού από λάθη και παραλείψεις τρίτων, που επί της ουσίας δεν είναι κάτι παραπάνω πέρα από τη δικλείδα προστασίας του ασφαλισμένου καθώς αυτός

⁷⁴Ολομέλεια του ΣτΕ 2287-2290/2015, Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ.

⁷⁵Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 56- 57.

⁷⁶Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 58-59.

⁷⁷Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 60 επ.

⁷⁸Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 63 επ.

φέρεται ως το βαλλόμενο μέρος εκ των δύο συμβαλλόντων στην έννομη σχέση της ασφάλισης και των εισφορών⁷⁹.

- Η αρχή που λαμβάνονται υπόψιν τα πραγματικά περιστατικά – οι πραγματικές καταστάσεις, σε αυτήν την περίπτωση επί της ουσίας πρόκειται περί της υπαγωγής των πραγματικών περιστατικών στο θεωρητικό νομοθετικό πλαίσιο, που σημαίνει την επαλήθευση της εργασίας, των εισφορών, της δυνατότητας για ασφαλιστική παροχή, την ύπαρξη κινδύνου κλπ⁸⁰.
- Η αρχή της τυπικής ασφάλισης πρόκειται για μια αρχή που επί της ουσίας είναι η αρμόδια να προστατεύει το φορολογούμενο σε περιπτώσεις που ανυπαίτια έχει καταστεί υπερήμερος δανειστής, εάν θεωρηθεί δόκιμος ο όρος αν και με γνώση της γράφουσας αποδίδεται έστω και καταχρηστικά προκειμένου να αποδοθεί μια σχετική εξήγηση⁸¹.
- Η αρχή της προστασίας του τυπικού κεφαλαίου, σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για ενεργοποίηση του εν λόγω δικαιώματος, προς κοινωνική ασφάλιση, καθώς σε περίπτωση ανώμαλης εξέλιξης της έννομης σχέσης, δεν αποκαθίσταται η ζημία, που σημαίνει πως για να υπάρξει η προστασία του τυπικού κεφαλαίου, πρέπει το δικαίωμα του ασφαλιζόμενου να έχει ενεργοποιηθεί, διαφορετικά εάν δεν επιστρέφονται εισφορές ακόμη και εάν αυτό συνεπάγεται τη μη απολαβή κοινωνικών παροχών⁸².
- Η αρχή της ενότητας της ασφαλιστικής περίπτωσης που σημαίνει πως ο υπό σοβαρή κατάσταση της υγείας του ο ασφαλιζόμενος διατηρεί το δικαίωμα να λαμβάνει παροχές εάν επιδεινωθεί η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ωστόσο πάντα *mutatis mutandis*⁸³.
- Η αρχή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη λειτουργία του ΟΚΑ στον οποίο υπάγονται, όπου βέβαια πρόκειται για μια δικλείδα προστασίας και μια ξεκάθαρη προσπάθεια για διαφανείς διαδικασίες κατά την οποία στον ίδιο κρατικό μηχανισμό (ΟΚΑ), δραστηριοποιούνται μέλη και από τις δύο πλευρές των συμβεβλημένων στην έννομη σχέση της κοινωνικής ασφάλισης⁸⁴.
- Η αρχή της ενημέρωσης και της διαφάνειας, η οποία συνιστά συνέχεια και ολοκλήρωση των ανωτέρω αρχών, δεδομένου ότι με απόλυτο και σαφή τρόπο επιβάλλεται η διαφάνεια των ενεργειών εκατέρωθεν μέσω της θέασης των μελετών, ερευνών και δεδομένων ώστε να το γνωρίζουν αμφότερες πλευρές⁸⁵.

⁷⁹ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 73 επ.

⁸⁰ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 76 επ.

⁸¹ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 78 επ.

⁸² Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 79 -80 επ.

⁸³ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 82 επ.

⁸⁴ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 84 επ.

⁸⁵ Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, σελ. 86 επ.

Κεφάλαιο 3: Ιστορία και οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης.

3.1 Οργανωτικά χαρακτηριστικά

Μεγάλη είναι η προϊστορία των κοινωνικών ασφαλίσεων στον ελλαδικό χώρο. Ήδη από τον 6^ο π.χ αιώνα συναντάμε στην αρχαία Ελλάδα ίχνη κοινωνικής ασφάλισης κατά της ασθένειας. Είχε καθιερωθεί ο θεσμός των «δημοσιευόντων ιατρών», εκλεγμένων από την πόλη, οι οποίοι πληρώνονταν από ιατρικές εισφορές των πολιτών. Θα μπορούσαν να παραλληλιστούν τα βοηθήματα με τις σημερινές συντάξεις αναπηρίας, από το ιδιαίτερο ταμείο που χορηγούσε στην Αθήνα η «εκκλησία του δήμου», στους ανίκανους για εργασία πολίτες. Ακόμη, ίχνη κοινωνικής ασφάλισης εντοπίζουμε και στον «Αεροπαγίτικο λόγο» του Ισοκράτη «μηδένα των πολιτών στερείσθαι των επιτηδείων». Στην βυζαντινή εποχή εμφανίζεται περίθαλψη των άπορων πολιτών μέσα από τη δημιουργία ορφανοτροφείων, γεροντοκομείων και άλλων κοινωφελών ιδρυμάτων, με βάση τις αρχές της φιλανθρωπίας και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η αγία Ελένη και ο συγκλητικός Εύβουλος θεωρούνται από τους ιδρυτές των πρώτων νοσοκομείων. Την εποχή της τουρκοκρατίας υπήρξε μέριμνα από ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων προκειμένου να δημιουργηθούν ειδικά συστήματα κοινωνικής προστασίας με συντεχνιακή βάση. Για παράδειγμα, υπήρχαν οι συνεταιρισμοί της Ύδρας, των Σπετσών και των Ψαρών, οι οποίοι εξασφάλιζαν υγειονομική περίθαλψη στις χήρες και στα ορφανά από εισφορές υπολογισμένες σε ποσοστό των καθαρών κερδών κάθε ταξιδιού⁸⁶.

3.1.1 Ιστορική αναδρομή.

3.1.1.1 Η περίοδος 1860-1934 και η ίδρυση του ΙΚΑ

Η κοινωνική ασφάλιση εμφανίζεται στην Ελλάδα το 1861 και η ανάπτυξή της συμπίπτει με τον μετασχηματισμό της αγροτικής οικονομίας σε βιομηχανική. Το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) είναι ο πρώτος ιστορικά ασφαλισμένος οργανισμός. Ιδρύεται το 1836 και λειτουργεί το 1861. Η χρονική περίοδος από το 1860 μέχρι το 1930 θεωρείται ως η κλασική περίοδος των κοινωνικών ασφαλίσεων, διότι οι τότε εξελίξεις είχαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος έως και σήμερα. Η απόλυτη ελευθερία της οικονομίας και η σχετική βιομηχανοποίηση της παραγωγής, ήδη από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, συντέλεσαν στην άσκηση πίεσης στον νομοθέτη, ώστε να λειτουργήσουν αρκετοί ασφαλιστικοί φορείς προκειμένου

⁸⁶ Η ιστορική εξέλιξη και το Νομικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Προστασίας της Παιδικής Ηλικίας.

να προστατευτούν οι εργαζόμενοι τόσο στον ιδιωτικό όσο στον δημόσιο τομέα. Πιο συγκεκριμένα, η νομοθετική δραστηριότητα παρατηρείται αμέσως μετά το 1860, χρονιά αφετηρία σύμφωνα με τους μελετητές για τον βιομηχανικό μετασχηματισμό στην ελληνική οικονομία. Εν συντομία με το άρθρο 31 του Ν.Χ για τα μεταλλεία δημιουργήθηκε ταμείο προστασίας των μεταλλωρύχων από τα ατυχήματα και με το ΒΔ της 31-5-1882 ιδρύθηκε ειδικό ταμείο για την υλοποίηση της προστασίας. Πρώτος ασφαλιστικός φορέας είναι το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο που ιδρύθηκε με Διάταγμα στις 18-12-1836. Την ίδια χρονιά καθιερώθηκε η συνταξιοδότηση των δημοσίων υπαλλήλων και ακολούθησε η ίδρυση των λοιπών ασφαλιστικών φορέων. Με το ΒΔ της 15^{ης} Μαΐου 1920 κωδικοποιείται προγενέστερη νομοθεσία για την ίδρυση αλληλοβοηθητικών ταμείων και λίγο αργότερα με τον Ν.2868/22 Περι υποχρεωτικής ασφάλισης των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων, που κωδικοποιήθηκε από το ΒΔ 8/21.12.1923, συγκροτήθηκαν ασφαλιστικά ταμεία στις μεγάλες ιδιωτικές επιχειρήσεις, καθώς καθιερώθηκαν ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση, οργάνωση και λειτουργία των ταμείων ασφάλισης μισθωτών στις βιομηχανικές, βιοτεχνικές και εμπορικές επιχειρήσεις⁸⁷.

Η νεότερη περίοδος ξεκινά επί πρωθυπουργίας Ελ.Βενιζέλου, όταν το 1929 προτείνει την δημιουργία εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας των πολιτών, ο διορατικός Βενιζέλος αντιλαμβάνεται ότι ο μεγάλος αριθμός των ΟΚΑ δημιουργεί ανισότητες ως προς την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και προτείνει την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και προτείνει τη δημιουργία εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας. Συγκεκριμένα, στις 7 Απριλίου 1929, κατά τη διάρκεια προεκλογικής ομιλίας στη Θεσσαλονίκη, ο Βενιζέλος θα δηλώσει: «Συνετάχθη ήδη και προσχέδιον νόμου «περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εξ ατυχημάτων εν τη εργασία και επαγγελματικών ασθενειών παθόντων», το οποίο απεστάλει προς τας εργατικές οργανώσεις και τα εμπορικά και βιομηχανικά επιμελητήρια δια να ακουσθούν αι γνώμαι των αμέσως ενδιαφερομένων και να κατορθωθεί η αρτιωτέρα σύνταξις του σχετικού νομοσχεδίου. Και με την ψήφισιν άλλωστε του νομοσχεδίου τούτου δεν πρέπει να θεωρηθή ότι εξαντλείται η μέριμνα, την οποίαν οφείλει το κράτος και η κοινωνία δια την διαρκή βελτίωσιν της θέσεως του εργατικού κόσμου. Η μέριμνα θα είναι πάντοτε ανεπαρκής, εφ' όσον δεν καθιερωθή παρ' ημίν η ασφάλις κατά της ασθενείας, ανικανότητος, γήρατος και θανάτου⁸⁸».

Το όραμα του Βενιζέλου δεν έχει κατορθωθεί να πραγματοποιηθεί ως σήμερα, ωστόσο σημαντικό βήμα προς την υλοποίηση του ήταν η ίδρυση και λειτουργία ενός πρωταρχικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ιδρύθηκε το 1932 ο γενικός φορέας ασφάλισης των μισθωτών, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Βάση για την ίδρυση του νέου αυτού φορέα αποτέλεσε ο νόμος

⁸⁷Πετρόγλου Αντ., Δίκαιον κοινωνικής ασφαλίσεως, ό.π., 24 κε.

⁸⁸Εφημερίδα «Ελεύθερον Βήμα» της 8.4.1929 (Πληροφορία Αγαλλοπούλου, Κοινωνικά Ασφαλίσεις, 1955, σελ.23, υποσ.1) και Αγγαλόπουλος Χρ., ό.π., σ.22 και 23, που αναφέρεται στην προεκλογική ομιλία του Ελ. Βενιζέλου στη Θεσσαλονίκη την 7^η Απριλίου 1929, κατά την προεκλογική περίοδο των πρώτων γερούσιαστικών εκλογών.

5733/1932, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση ενός ταμείου υποχρεωτικής ασφάλισης για τους μισθωτούς και τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα όσον αφορά στην προστασία της μητρότητας, στους κινδύνους γήρατος, εργατικού ατυχήματος, ασθένειας και θανάτου⁸⁹.

3.1.1.2 Η περίοδος από το 1934-2010

Ωστόσο, ο Νόμος 5733/1932 πριν ακόμη τεθεί σε εφαρμογή, αντικαταστάθηκε από τον Νόμο 6296/1934 που έφερε την ονομασία «περί ιδρύσεων του Ιδρύματος Κοινωνικών ασφαλίσεων»⁹⁰. Ο εν λόγω Νόμος, προέβλεπε αυστηρότερους όρους παροχής των εκάστοτε επιδομάτων με την παράλληλη μείωση των εισφορών των ασφαλισμένων και την διατήρηση κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων υψηλότερων εν συγκρίσει με το Ι.Κ.Α. παροχών⁹¹, ενώ άρχισε να εφαρμόζεται από 19/12/1937 στις περιοχές της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης και μόνο από το 1938 στις υπόλοιπες περιοχές της Ελληνικής επικράτειας⁹². Με την έναρξη της εφαρμογής του Νόμου 6296/1934 εγκαινιάζεται και η πρώτη φάση της ιστορικής εξέλιξης του Ι.Κ.Α., η οποία καλύπτει την περίοδο 1937-1950 και σηματοδοτείται από την ύπαρξη μικρού αριθμού εργαζομένων και χαμηλού επιπέδου παροχών⁹³. Με τον Ν 6298/1934⁹⁴, ο οποίος, μολονότι δεν καθιερώνει εθνικό σύστημα ασφαλιστικής προστασίας, δημιουργεί το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων(ΙΚΑ), ο οποίος υποχρεωτικά θα κάλυπτε τους ανασφάλιστους μισθωτούς. Το ΙΚΑ καθίσταται ο «γενικός οργανισμός ασφάλισης μισθωτών», οι δε προϋφιστάμενοι ασφαλιστικοί οργανισμοί μισθωτών καλούνται «ειδικοί οργανισμοί ασφάλισης μισθωτών»⁹⁵. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε σε μια χρονική περίοδο κατά την οποία η Ελλάδα ταλανίζονταν από ποικίλα κοινωνικοοικονομικά αλλά και πολιτικά προβλήματα. Μετά την Μικρασιατική καταστροφή του 1922 και την επακόλουθη μεγάλη ένταση προσφυγικής εισροής, η συνεχόμενη μείωση των μισθών, η υποαπασχόληση και η ανεργία αποτέλεσαν τα βασικά χαρακτηριστικά της Ελληνικής οικονομίας. Μετά την Αγροτική Μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε από την κυβέρνηση του Νικόλαου Πλαστήρα προς αποκατάσταση των προσφύγων που εγκαταστάθηκαν στην ύπαιθρο και επαναφορά της οικονομίας

⁸⁹Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 5733/1932, σελ. 1-20

⁹⁰Τσαλίκης Γ., Η θεμελίωση της Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2008, σελ. 189

⁹¹Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 6296/1934

⁹²Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α., ΙΝΕ-ΓΕΣΕΕ, Αθήνα, 1993, σελ. 19

⁹³Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., όπου και πριν, σελ. 21

⁹⁴Το νομοσχέδιο συνέταξε ο Χρ. Αγαλλόπουλος Βλ. Πετρόγλου Αντ., στο ίδιο.

⁹⁵Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, (2013), σ. 115.

σε επίπεδο ισορροπίας⁹⁶, η Ελλάδα διανύει μια δεκαετία (1923-1932) κατά την οποία ιδρύεται ένας μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων⁹⁷.

Ως εκ τούτου η σχετική νομοθεσία όχι μόνο δεν καθιέρωσε ένα γενικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αφού διατήρησε τους προηγούμενους ασφαλιστικούς φορείς, αλλά δεν κατέστη ικανή να παρεμποδίσει και τη δημιουργία νέων. Επιπλέον αξίζει να αναφερθούν δύο νομοθετήματα μέσα από τα οποία επεκτάθηκαν στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού οι κοινωνικές ασφαλίσεις: Το Ν. 6234/34 για την ασφάλιση των επαγγελματιών και των βιοτεχνών Ελλάδας, καθώς και το Ν.4169/61 για την ασφάλιση των αγροτών⁹⁸.

Μέχρι το 1951 το ΙΚΑ λειτουργούσε με βάση τον ιδρυτικό νόμο και στη συνέχεια με βάση τον ΑΝ 1846/1951, που επανειλημμένα τροποποιήθηκε. Με τον Ν 3029/2002 μετονομάστηκε σε Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ). Την περίοδο 1934-1980 η ασφαλιστική προστασία επεκτείνεται και σταδιακά ασφαλιζεται το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Την ίδια χρονική περίοδο ιδρύονται οργανισμοί επικουρικής ασφάλισης, προκειμένου το ποσοστό αναπλήρωσης του εισοδήματος να διατηρείται υψηλό. Αντίστοιχα με όσα ισχύουν για την κύρια ασφάλιση, προβλέπεται ότι διατηρούνται οι ειδικοί οργανισμοί ασφάλισης μισθωτών, εφόσον παρέχουν την ελάχιστη ασφαλιστική προστασία του γενικού, δηλαδή του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών του ΙΚΑ (ΙΚΑ-ΤΕΑΜ) που με τον Ν.3029/2002 αποκτά νομική προσωπικότητα και μετονομάζεται σε Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ)⁹⁹. Ο μεγάλος αριθμός ΟΚΑ, συγκεκριμένα 361, που λειτουργούσαν το 1980, δημιουργούσε προβλήματα αναφορικά με την υπαγωγή στην ασφάλιση και την εφαρμογή των διατάξεων για τη διαδοχική και πολλαπλή ασφάλιση¹⁰⁰.

Την περίοδο 1980-1990 αυξάνονται σημαντικά οι παροχές, χωρίς όμως από την ανάλογη ύπαρξη αναλογιστικών μελετών, κάτι που αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα της «βραδείας ανάπτυξης της ασφαλιστικής συνείδησης», όπως επισημαίνει ο Π. Κυριακούλάκος¹⁰¹. Θα ήταν παράλειψη στο σημείο αυτό, αφενός να μην αναφερθεί μία εκ των σημαντικότερων παρεμβάσεων, ήτοι αυτή στον τομέα της υγείας εν έτη 1983 με την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)¹⁰² και

⁹⁶Τσαλίκης Γ., Η θεμελίωση της Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2008, σελ. 95-97

⁹⁷Βλ. κεφ. 3, στοιχείο 3.Α, σελ. 19-28 του παρόντος, καθώς επίσης και Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α., ΙΝΕ-ΓΕΣΣΕΕ, Αθήνα, 1993, σελ. 18-19

⁹⁸Κρεμάλης, Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ.122 επ.

⁹⁹Άρθρο 3, παρ.1, εδ. 2 του Ν.997/1979 Σύσταση ταμείου επικουρικής ασφάλισης μισθωτών, όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 56, παρ.1 του ν.1140/1981 και στη συνέχεια αντικαταστάθηκε από το άρθρο 18, παρ. 3 του ν.1902/1990.

¹⁰⁰Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, (2013), σ. 116

¹⁰¹Κυριακούλάκος Π., « Η ασφαλιστική συνείδησιςπροϋπόθεσις προόδου του θεσμού της κοινωνικής ασφαλίσεως, ΕΔΚΑ 1968, σ.129».

¹⁰²Βλ. Ν.1397/1983

αφετέρου να μην σημειωθεί ότι οι όποιες παρεμβάσεις διατελέστησαν ισχυροποίησαν μεν τον κοινωνικό ρόλο του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά το αποδυνάμωσαν οικονομικά και οδήγησαν στη δημιουργία επιπρόσθετων ελλειμμάτων, ιδίως όσον αφορά το Ι.Κ.Α.. Η περίοδος 1990-2008 διακρίνεται από την προσπάθεια εξορθολογισμού της διοίκησης και της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συσσωρευμένα εσωτερικά προβλήματα. Κατά την επόμενη περίοδο (1990-2004), έλαβαν χώρα δύο σημαντικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης, που επηρέασαν κατά το μέγιστο την οργάνωση και τη λειτουργία του Ι.Κ.Α.. Η πρώτη, ολοκληρώθηκε με την ψήφιση του Νόμου 2084/1992, «σύμφωνα με τον οποίο οι ασφαλιζόμενοι διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς που υπάγονταν σε κάποιο ασφαλιστικό καθεστώς μέχρι την 31.12.1992, η ασφάλιση των οποίων θα εξακολουθούσε να υπάγεται στις μέχρι τότε ισχύουσες διατάξεις και σε όσους ασφαλιζόνταν για πρώτη φορά μετά την 01/01/1993, για τους οποίους προβλέπονταν αυστηρότερες προϋποθέσεις χορήγησης παροχών και αυστηρότερος προσδιορισμός του ύψους τους. Η δυσμενής μεταχείριση των νέων ασφαλισμένων αλλά και το σύνολο των σχετικών παρεμβάσεων, αντανάκλυναν την εκ μέρους των ιθυνόντων επιλογή της βιωσιμότητας του Ι.Κ.Α. και του ασφαλιστικού συστήματος εν γένει έναντι της κοινωνικής αποτελεσματικότητάς του. Η δεύτερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια, ολοκληρώθηκε με την έπειτα από διετείς διαλόγους ψήφιση του Νόμου 3029/2002 υπό τον τίτλο «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», ο οποίος και εισήγαγε σημαντικές μεταβολές στο ασφαλιστικό καθεστώς των μισθωτών. Με τις εν λόγω μεταβολές, επιχειρείται η απλοποίηση των διαδικασιών υπαγωγής στην ασφάλιση, καθώς και η βελτίωση της μεταχείρισης των ασφαλισμένων¹⁰³.

Στο διεθνή χώρο οι κοινωνικές ασφαλίσεις κάνουν την εμφάνισή τους στις 17.11.1881. Ο Γερμανός καγκελάριος Bismarck το 1880 θέσπισε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Το μεικτό σύστημα υγείας διέπεται από τις αρχές του Πρωτοτύπου του, ενώ η Γερμανία και η Γαλλία εμφανίζονται από τους κυριότερους εκφραστές του. Συγκεκριμένα στην Γερμανία ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης εκφράζεται μέσα από κλάδους ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κατηγοριών, ενώ στη Γαλλία έχει οργανωθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλισης της υγείας, στο πλαίσιο λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων¹⁰⁴.

Πολλοί θεωρούν τη Δυτική Γερμανία χώρα που διαπλάστηκε ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων, καθώς καθιερώθηκε εκεί σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων, με χρηματοδότηση από εισφορές εργοδοτών και μισθωτών. Στην Αγγλία οι κοινωνικές ασφαλίσεις εισάγονται στις 16.12.1911 με νομοθέτημα που κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, αναπηρίας και

¹⁰³ Αιτιολογική Έκθεση Σχεδίου Νόμου από Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, 2008, σελ. 4

¹⁰⁴ Υφαντόπουλος (2006) Τα οικονομικά της υγείας – Θεωρία και πολιτική, σελ. 36 επ

ανεργίας. Το 1942 αναμορφώθηκε το σύστημα στο πλαίσιο του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης, στηριζόμενο στο υπόδειγμα του λόρδου Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρά την έντονη βιομηχάνιση της Γαλλίας υπήρξε μια καθυστέρηση ως προς την καθιέρωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, εξαιτίας των θιγόμενων επαγγελματικών κύκλων (εργοδοτών και γιατρών) και των ανεξάρτητων ταμείων αλληλοβοήθειας της εποχής. Στη Σοβιετική Ένωση ο κλάδος ασφάλισης ασθενείας αποτελούσε κρατική μέριμνα ήδη από το 1912, σύμφωνα μάλιστα με νομοθέτημα του 1969 η ιατρική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν από ιατρικές υπηρεσίες¹⁰⁵.

Στο διεθνή χώρο η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων προέκυψε όχι μόνο με πρωτοποριακές ρυθμίσεις εθνικών νομοθεσιών, αλλά και με σημαντικές διακηρύξεις και διεθνείς συμβάσεις. Με την διακήρυξη της Φιλαδέλφειας του 1944 τέθηκαν οι βάσεις της κοινωνικής δικαιοσύνης σε διεθνή κλίμακα. Η Διακήρυξη της Φιλαδέλφειας επιβεβαίωνε την ίση αξιοπρέπεια όλων των ανθρώπων. Επισημάνθηκε κάτω από τις αρχές του Ατλαντικού Χάρτη (14.08.1941) ότι «η φτώχεια οπουδήποτε κι αν βρίσκεται αποτελεί κίνδυνο για την ευημερία όλων». Επαγγελλόταν την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη και επέβαλλε να μη μεταχειριζόμαστε την εργασία σαν εμπόρευμα. Διακήρυσσε ότι το χρήμα και η οικονομία δεν είναι αυτοσκοποί αλλά μέσα στην υπηρεσία των ανθρώπων. (Γιαλκέτσης) Η εξασφάλιση στοιχειωδών εισοδημάτων και πλήρων ιατρικών φροντίδας στα άτομα που έχριζαν προστασίας, κατέστη αυτοσκοπός. Μεταξύ άλλων γίνεται πρόβλεψη για ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), στον Καταστατικό Χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1948), στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα (1976), στον Καταστατικό Χάρτη της ΔΟΕ (1919), στην Διακήρυξη της ΔΟΕ στην Φιλαδέλφεια (1944), στην Διακήρυξη της ΔΟΕ για την Κοινωνική Δικαιοσύνη για μια Δίκαιη Παγκοσμιοποίηση (2008) και σε πληθώρα άλλων κειμένων, καθιστώντας σαφές ότι το δικαίωμα της εργασίας σε ασφαλή και υγιή χώρο αποτελεί έναν από τους πλέον θεμελιώδεις τομείς μίας ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής. Πιο συγκεκριμένα στο Καταστατικό Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, διατάξεις που αφορούν την διακήρυξη της Φιλαδέλφειας είναι το άρθρο 53 και τα άρθρα 21-25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (10.12.1948)¹⁰⁶. Επιπλέον, το 1952 στην 35^η Διεθνή Συνδιάσκεψη Εργασίας, ορίστηκε η κατάρτιση διεθνούς σύμβασης (με αριθμό 102) για τα ελάχιστα όρια κοινωνικής ασφάλειας, η οποία καθιστά σήμερα την πιο συστηματική καταγραφή των κοινωνικών παροχών.

¹⁰⁵Κρεμάλης, Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ.80 επ.

¹⁰⁶Κατά το έτος 1942 έγινε η Αμερικάνικη Διάσκεψη Εργασίας στο Σαντιάγο της Χιλής προτάθηκε « η αληθινή και ορθολογισμένη οικονομία των πλουτοπαραγωγικών πηγών και των ανθρωπίνων αξιών που αναπτύσσει την ηθική και ψυχική υγεία των εργαζομένων».

3.1.1.3 Η περίοδος μετά το 2010

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της οικονομικής και δημοσιονομικής κατάστασης της χώρας, την αδυναμία να αντιμετωπίσει τα νέα δεδομένα της οικονομικής κρίσης και την δέσμευσή της απέναντι σε κράτη-μέλη της ΕΕ και σε διεθνείς οργανισμούς να προβεί στην υιοθέτηση μιας σειράς από μέτρα και μεταρρυθμίσεις. Οι δεσμεύσεις αυτές είναι τα λεγόμενα « μνημόνια », που θα οδηγούσαν σε οικονομική ανασυγκρότηση και ανάκαμψη¹⁰⁷. Τα μέτρα αντιμετώπισης της κρίσης έφεραν εκτός από σειρά μεταρρυθμίσεων και μια νέα τάξη πραγμάτων στην κοινωνική ασφάλιση. Η νέα αυτή κατάσταση εγκαινιάζεται με διαρθρωτικά μέτρα ήδη από το 2010 που έχουν στόχο: την διασφάλιση των επαρκών παροχών, την βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος με τη μικρότερη δυνατή δημοσιονομική επιβάρυνση και τη λήψη νέων μέτρων με κοινωνικά δίκαιο τρόπο. Παράλληλα με τις δημοσιονομικές δαπάνες σημειώνεται μείωση και στις συνταξιοδοτικές δαπάνες, με στόχο να μην υπερβαίνουν το 15,5% του ΑΕΠ και να ισοβαθμίσουν όσο το δυνατόν με το μέσο όρο των αντίστοιχων ποσοστών στην Ευρώπη, που βρίσκεται περίπου στο 12,9% του ΑΕΠ. Την περίοδο 2010-2012 σημειώθηκαν με τους περισσότερους νόμους μειώσεις στις συντάξεις άνω των 1000€ και στις επικουρικές άνω των 300€, μέτρα που κρίθηκαν συνταγματικά αρχικά από το ΣτΕ με την απόφαση 668/2012 της Ολομέλειας, κρίθηκαν στην πορεία αντισυνταγματικά μετά το Ν 4093/2012, με τις αποφάσεις της Ολομέλειας του ΣτΕ 2287-2290/2015. Επιπλέον, μετά το τρίτο μνημόνιο άρχισε μια διαδικασία «ασφαλιστικής μεταρρύθμισης» και θεσπίστηκε ο Ν 4387/2016 που προβλέπει την ύπαρξη δύο οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, ενός κύριου και ενός οργανισμού επικουρικής ασφάλισης και εφάπαξ παροχών.

3.1.1.4 Κυριότερες νομοθετικές τροποποιήσεις για τα δημόσια νοσοκομεία

Μεταξύ των νομοθετημάτων που θεσπίστηκαν στον κλάδο των δημόσιων νοσοκομείων αξίζει να υπογραμμισθεί αρχικά ο Ν. 4238/ 2014¹⁰⁸ με τίτλο "Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις", δυνάμει του οποίου συστάθηκε ένα ενιαίο,

¹⁰⁷ Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, (2013), σ. 117

¹⁰⁸ Νόμος 4238/2014 - ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014.

αποκεντρωμένο και καθολικό Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Ο ΕΟΠΥΥ διατηρεί μόνον την αρμοδιότητα χρηματοδότησης, καθώς όλες οι λειτουργίες παροχής μεταβιβάζονται σε ένα νέο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (το ΠΕΔΥ). Περαιτέρω, ο νόμος αυτός θέσπισε στη διάταξη του άρθρου 1 την υποχρέωση του ελληνικού κράτους να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και φροντίδας της υγείας των πολιτών. Σημειωτέον ότι οι υπηρεσίες αυτές οφείλουν να παρέχονται σε έκαστο πολίτη του ελληνικού κράτους και μάλιστα ανεξαρτήτως της κοινωνικής, οικονομικής, επαγγελματικής, ασφαλιστικής κατάστασης και του τόπου κατοικίας του.

Επιπροσθέτως, κατά την χρονική περίοδο διακυβέρνησης ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝΕΛ καταργήθηκε η υποχρέωση καταβολής της αμοιβής εξέταστρου των 5 ευρώ δυνάμει της υπ' αριθμόν Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 Κοινής Υπουργικής Απόφασης¹⁰⁹. Ειδικότερα προβλέφθηκε η κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και πιο συγκεκριμένα η κατάργηση της αριθμ. Υ3Α/ΓΠ/οικ. 7829/Φ.15/1991 (ΦΕΚ 514/Β') κοινής υπουργικής απόφασης με τίτλο «Καθορισμός αμοιβής εξεταστών εξωτερικών ιατρικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων» στο σύνολό της, καθώς και της παραγράφου 1 της αριθμ. Υ3α/ΓΠ.οικ. 88618/11-09-2002 (ΦΕΚ 1223/Β') κοινής υπουργικής απόφασης που φέρει τον τίτλο «Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες».

Περαιτέρω, στο πλαίσιο των νομοθετικών τροποποιήσεων στο χώρο των δημόσιων νοσοκομείων αξίζει να αναφερθεί η Κ.Υ.Α. υπ' αριθμόν Υ4α/ΓΠ/οικ.48985 Κ.Υ.Α. με τίτλο "Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών". Επρόκειτο για μία Κοινή Υπουργική Απόφαση, η οποία κατά την χρονική στιγμή έκδοσής της αποτέλεσε σοβαρή ανακούφιση όχι μόνο στους ανασφάλιστους, μα πολύ περισσότερο στους ασφαλισμένους πολίτες, οι οποίοι ακόμη και με την κατοχή των βιβλιαρίων όφειλαν να καταβάλλουν το ποσό των 5 ευρώ καθώς και του ενός ευρώ για τη συμμετοχή. Χωρίς να χρειαστεί να ελεγχθούν εν προκειμένω τα οικονομικά αποτελέσματά της εφαρμογής της σε μακροπρόθεσμο χρονικό διάστημα, εκτιμάται πως αποτέλεσε σημαντικό βοήθημα για το σύνολο των πολιτών, καθότι με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η συμμετοχή του εκάστοτε πολίτη χωρίς οικονομική επιβάρυνση στην ιατρική και φαρμακευτική κάλυψη. Αποτελεί αναμφίβολα μια παροχή που αφορά το σύνολο των πολιτών, καθολική, ενιαία και με σκοπό την ομοιογένεια, την ομοιομορφία και την εξάλειψη της διάκρισης στον τομέα υγείας που

¹⁰⁹Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/2016 - ΦΕΚ 908/Β/4-4-2016.

εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη. Ωστόσο, αξίζει να τονιστεί ότι η εν λόγω Κοινή Υπουργική Απόφαση καταργήθηκε με την αριθ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/2016 - ΦΕΚ 908/Β/4-4-2016.

Τέλος, αξιοσημείωτος είναι ο Νόμος 4368/2016¹¹⁰, ο οποίος επέφερε μια σημαντική και καινοτόμο διευκόλυνση, προκειμένου να παρέχεται ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη με μόνη την παροχή του αριθμού ΑΜΚΑ στις υπηρεσίες των νοσοκομείων, του ΠΕΔΥ, των Κέντρων Υγείας, των Δημοτικών Ιατρείων και στις άλλες Δημόσιες Δομές Υγείας και χωρίς πλέον να απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίων υγείας. Αποτελεί νομοθέτημα μείζονος σημασίας, καθώς με αυτόν τον τρόπο δόθηκε η δυνατότητα στους ανασφάλιστους πολίτες και στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες να αποκτήσουν δικαίωμα στην κοινωνική παροχή της κάλυψης σχετικά με τον κίνδυνο των καταστάσεων υγείας, χωρίς ωστόσο ταυτόχρονα να υποβάλλονται στην υποχρέωση της ασφάλισης, καθώς είναι τεκμαρτά δεδομένο πως για να χρησιμοποιεί κανείς βιβλιάριο υγείας προαπαιτούμενη θεωρείται η ύπαρξη νόμιμης εργασιακής σχέσης, από την οποία προκύπτει έπειτα το δικαίωμα του εργαζομένου στην αξίωση της παροχής της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης που ενέχεται στην κοινωνική ασφάλιση.

Περαιτέρω, η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από φαρμακεία με ποσοστό συμμετοχής, τα οποία βεβαίως βρίσκονται σε σύμβαση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εκτός από τα φάρμακα με υψηλό κόστος που θα χορηγούνται από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όπως άλλωστε επικυρώνει και η έκδοση της ΚΥΑ 25132/04-04-2016, η οποία αφορά τα οριζόμενα σχετικά με την εξασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Τούτο συνιστά σημαντική προσαρμογή στα δεδομένα της οικονομικής κρίσης και τα αποτελέσματα που έχει επιφέρει στην άνοδο της ανεργίας, σταθερά μειωμένο ποσοστό του ΑΕΠ, σταθερή διατήρηση του στασιμοπληθωρισμού κλπ. Με αυτόν τον τρόπο έχει αναβαθμιστεί το ΕΣΥ ως προς τον βασικό τρόπο λειτουργίας του, ήτοι ως προς την αρωγή όλων των πολιτών χωρίς διακρίσεις και την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής αυτής παροχής στον πολίτη.

Πιο συγκεκριμένα, η διάταξη του άρθρου 33 του Ν.4368/2016 καθιερώνει το δικαίωμα των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην ελεύθερη πρόσβαση στις Δημόσιες Δομές Υγείας και στην νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

¹¹⁰Νόμος 4368/2016 - ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016.

Επιπροσθέτως αξίζει να αναφερθούν οι μονάδες, στις οποίες δύναται και δικαιούται ο εκάστοτε ανασφάλιστος πολίτης (σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται και οι ασφαλισμένοι, καθώς και πως και τα μέλη της οικογένειάς τους, τα οποία έχουν απωλέσει χάσει τις ασφαλιστικές τους καλύψεις λόγω οφειλών και δεν δικαιούνται παροχών υγείας), οι οποίες είναι οι κάτωθι αναφερόμενες :

- Νοσοκομεία του ν.δ 2592/1953 (ΦΕΚ 254τ.Β’).
- Νοσηλευτικά ιδρύματα εποπτευόμενα και επιχορηγούμενα από το Υπουργείο Υγείας.
- Ν.Π.Ι.Δ., τα οποία εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας.
- Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ν.2716/1999(ΦΕΚ 96τ.Α’)
- Μονάδες πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Νοσοκομεία και Δημοτικά Ιατρεία εποπτευόμενα και επιχορηγούμενα από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων.
- Ιδρύματα αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας εποπτευόμενα από το Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής αλληλεγγύης.

3.1.2 Έννοια και διακρίσεις ενοποιήσεων

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης διαφέρουν μεταξύ τους τόσο σε οργάνωση όσο και σε διοίκηση, επειδή αξιολογούνται τα ιστορικά, οικονομικά, δημογραφικά και ψυχολογικά δεδομένα της κοινωνίας. Η εξέλιξη της ιστορίας των κοινωνικών ασφαλίσεων στα διάφορα κράτη φανερώνει πως τα περισσότερα κράτη διαμορφώθηκαν κάτω από πιέσεις οργανωμένων κοινωνικών ομάδων. Στη χώρα μας ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων καθιερώθηκε μέσα από κινητοποιήσεις ισχυρών επαγγελματικών ομάδων, εξ αυτού του λόγου, εξάλλου, απαρτίζεται από περιστασιακές ρυθμίσεις χωρίς ενιαίες αρχές. Στη διάρθρωση των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η δομή της οικονομίας της κάθε χώρας. Μάλιστα ο Κυριακούλάκος υποστηρίζει πως ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης καθορίζεται από το μέσο ετήσιο εισόδημα και την κατανομή του συγκριτικά με το κόστος ζωής¹¹¹. Τα οικονομικά δεδομένα είναι εκείνα που καθορίζουν αν οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης θα είναι συμπληρωματικές ή αναπληρωματικές του εισοδήματος των πολιτών. Κατά αυτόν τον τρόπο τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης διαμορφώνονται είτε σε ένα ενιαίο ή σε πολλαπλότητα ασφαλιστικών συστημάτων.

Το ενιαίο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης λειτουργεί με μια κρατική υπηρεσία ή με ένα ή περισσότερους αυτοδιοικούμενους οργανισμούς. Οι ασφαλιστικοί φορείς δεν είναι αυτόνομοι και ασκούν μόνο τη δημόσια εξουσία που τους παραχώρησε η πολιτεία, ανεξάρτητα από τις

¹¹¹Υφαντόπουλος Γ.Ν., Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας, σελ. 250 επ.

αυτοδιοικούμενες ή όχι οργανωτικές δομές τους. Ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα μπορεί να υπάρξει για έναν ή περισσότερους ασφαλιστικούς κλάδους. Η χρηματοδότηση των ενιαίων συστημάτων βασίζεται σε φορολογική επιβάρυνση των πολιτών με βάση τα εισοδήματά τους, χωρίς να αποκλείεται και η έμμεση φορολόγηση. Η προστασία της υγείας για παράδειγμα σε ένα ενιαίο σύστημα εξασφαλίζεται μέσα από την παροχή ομοιόμορφων υπηρεσιών από αποκεντρωμένες υγειονομικές μονάδες.

Από τις αρχές αυτές διέπεται και το άρθρο του Ν. 1397/83 που ορίζει ότι : « 1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού».

Στον αντίποδα υπάρχει η πολλαπλότητα συστημάτων, κατά την οποία η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής ασφάλισης γίνεται μέσα από αυτόνομους φορείς δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες που αντιμετωπίζουν άτομα ορισμένης κοινότητας.

Με την διάκριση της κοινωνικής ασφάλισης σε διάφορα ασφαλιστικά καθεστώτα κρίνεται ότι διευκολύνεται η δημιουργία ασφαλιστικής συνείδησης και απλουστεύεται η διοίκηση λόγω του περιορισμένου αριθμού ασφαλιζόμενων προσώπων. Εν τούτοις τα μειονεκτήματα στα πολλαπλά συστήματα υπερτερούν και παρατηρείται ότι όπου καθιερώθηκαν, εντάθηκαν οι κοινωνικές ανισότητες. Οι ανισότητες στον τομέα των παροχών φανερώνονται είτε με κενά στην ασφαλιστική προστασία είτε μέσα από την υπερασφάλιση μιας συγκεκριμένης ομάδας.

Στη χώρα μας υπάρχει πολλαπλότητα συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούν σύμφωνα με τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό του 1984, πιο συγκεκριμένα υπάρχουν 340 αυτοτελείς ασφαλιστικοί φορείς, ενώ κοινωνική ασφάλιση στο προσωπικό τους παρέχουν οι Δήμοι, ο ΟΛΠ και η ΔΕΗ. Το δημόσιο άλλωστε ενέχει τη διοικητική και οικονομική ευθύνη για τις συντάξεις και την κάλυψη ασθένειας των υπαλλήλων του. Είναι γεγονός ότι οι μέχρι σήμερα κυβερνήσεις απέφυγαν τα αναμορφωτικά προγράμματα σε μεγάλη έκταση, λαμβάνοντας υπόψη το πολιτικό κόστος. Μεθοδικές προσεγγίσεις για μια ενιαία αντιμετώπιση της κοινωνικής ασφάλειας δεν υπήρξαν, αντιθέτως εξαιτίας των σποραδικών προσπαθειών, άλλες έμειναν στο στάδιο του σχεδιασμού, ενώ άλλες πήραν και μορφή συγκεκριμένων νομοθετικών μέτρων. Στα πλαίσια της πολλαπλότητας συστημάτων, τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να περιοριστεί η άνιση ασφαλιστική μεταχείριση ανάμεσα σε ασφαλισμένους και σε συνταξιούχους¹¹².

¹¹²Κρεμάλης, Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 158 επ.

3.1.2.1 Οι ενοποιήσεις του Ν. 4387/2016¹¹³

Δυνάμει της παρ. 1 του άρθρου 51 του ν. 4387/2016 συστήθηκε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία «Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης» (Ε.Φ.Κ.Α.), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει την έδρα του στην Αθήνα. Από 1.1.2017, οπότε και άρχισε η λειτουργία του ως φορέα κύριας κοινωνικής ασφάλισης, εντάχθηκαν στον Ε.Φ.Κ.Α. αυτοδίκαια οι υφιστάμενοι φορείς κύριας κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με τα άρθρα 53 επ. του ν. 4387/2016 και ο Ε.Φ.Κ.Α. κατέστη οιοονεί καθολικός διάδοχος αυτών. Το Ν.Α.Τ. και ο Ο.Γ.Α. εξακολουθούν, και μετά την κατά τα ως άνω ένταξή τους, να διατηρούν αυτοτελή νομική προσωπικότητα για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων. Ειδικά ως προς το Δημόσιο, περιέρχονται στον Ε.Φ.Κ.Α. οι εν γένει αρμοδιότητες που αφορούν στις συντάξεις του Δημοσίου, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 53 του ν. 4387/2016, με την επιφύλαξη των οριζομένων στην παρ. 3 του άρθρου 4 του ν. 4387/2016. «Η ύπαρξη ενός ενιαίου φορέα ασφάλισης πέραν του ότι υλοποιεί τη βασική αρχή ισονομίας που χαρακτηρίζει το νέο σύστημα, απλοποιεί τις εν γένει κοινωνικοασφαλιστικές διαδικασίες».¹¹⁴

Σκοπός του Ε.Φ.Κ.Α. αποτελεί η κάλυψη των υπακτέων στην ασφάλιση του Ε.Φ.Κ.Α. προσώπων για τους ασφαλιστικούς κινδύνους που προβλέπονται από την οικεία νομοθεσία με την προβλεπόμενη στο νόμο αυτόν χορήγηση, α. μηνιαίας κύριας σύνταξης, λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στους ασφαλισμένους ή/και στα μέλη της οικογενείας τους, β. η χορήγηση προσυνταξιοδοτικών και άλλων παροχών στους συνταξιούχους και στους μέχρι τις 31.12.1992 ασφαλισμένους του Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ), οι οποίοι, έως την έναρξη ισχύος του παρόντος, έχουν θεμελιώσει δικαίωμα λήψης της παροχής, καθώς και στους συνταξιούχους προσυνταξιοδοτικού καθεστώτος του ΕΤΕΑ (τ. ΕΤΕΑΜ) σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 26 του Ν. 3455/2006 (Α'84), γ. παροχών ασθένειας σε χρήμα, δ. ειδικών προνοιακών επιδομάτων και κάθε άλλης παροχής σε χρήμα ή υπηρεσιών, για τις οποίες καθίσταται αρμόδιος ο Ε.Φ.Κ.Α. (παρ. 2 του άρθρου 51 του ν. 4387/2016).

Με το άρθρο 51^Α του ν. 4387/2016, όπως προστέθηκε με το άρθρο 1 του ν. 4670/2020, ο Ε.Φ.Κ.Α. μετονομάστηκε από την 1.3.2020 σε «Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης», αποκαλούμενος στο εξής «e-Ε.Φ.Κ.Α.» και εντάχθηκε σε αυτόν από την 1.3.2020 το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών (Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π.), το οποίο καταργήθηκε και ο e-Ε.Φ.Κ.Α. κατέστη οιοονεί καθολικός διάδοχος αυτού. Στον e-Ε.Φ.Κ.Α. εντάχθηκαν ο Κλάδος Επικουρικής Ασφάλισης και ο Κλάδος Εφάπαξ Παροχών του Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π. με πλήρη οικονομική, λογιστική και περιουσιακή αυτοτέλεια έκαστος. Ο e-Ε.Φ.Κ.Α. έχει ως σκοπό την ασφαλιστική

¹¹³ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4387 ΦΕΚ Α'85/12.5.2012

¹¹⁴Αιτιολογική έκθεση (2016):26.

κάλυψη όλων των υπακτέων στην ασφάλιση προσώπων του Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π., για τους ασφαλιστικούς κινδύνους που προβλέπονται από την οικεία νομοθεσία, και τη χορήγηση των παροχών του Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π..

Με την παρ. 1 του άρθρου 17 του ν. 3918/2011 συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως φορέας κοινωνικής ασφάλισης τελών υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι: α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας όπως ισχύει κάθε φορά. β) Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. γ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. δ. Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και των φαρμάκων. ε. Η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης σε ασφαλισμένους που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν δικαιούνται υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης από οποιονδήποτε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ). στ. Η ανάπτυξη και τήρηση ηλεκτρονικών συστημάτων παρακολούθησης συμφωνιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, για την παροχή ιατροτεχνολογικών προϊόντων και προϊόντων ειδικής διατροφής και φαρμάκων με βάση την έκβαση θεραπείας του ασθενούς, με δυνατότητα παρακολούθησης δεικτών απόδοσης, στα οποία ενσωματώνεται η προτεινόμενη ιατρική θεραπεία (παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 4238/2014, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 182 του ν. 4270/2014 και την παρ. 3 του άρθρου 87 του ν. 4600/2019).

«Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ υπό την υβριδική μορφή του πληρωτή-διαμεσολαβητή που συγκεντρώνει τις εισφορές και αποζημιώνει μέρος των υπηρεσιών, αναπαράγει και διαιώνίζει τη λειτουργία της προηγούμενης κατάστασης. Επιπλέον, περιοδικά, επιλέγεται μια ιδιότυπη μορφή συμψηφισμού των απαιτήσεων του ΕΣΥ από τον ΕΟΠΥΥ στο ύψος της κρατικής χρηματοδότησης του πρώτου, η οποία ουσιαστικά στερεί από την πλευρά του πληρωτή οποιαδήποτε δυνατότητα ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων φροντίδων προς τους ασφαλισμένους του».¹¹⁵

¹¹⁵ ΔιαΝΕΟσις (2020):91.

Πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι:

α. Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η επιχορήγηση αυτή αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, βάσει του άρθρου 35 του ν. 2084/1992 (ΦΕΚ 165 Α') και του ΌΑΕΕ και την κρατική συμμετοχή για τον ΌΓΑ.

β. Οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου – εργοδότη. Οι πόροι του Ο.Π.Α.Δ. που προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δικαιούχων του.

γ. Η προβλεπόμενη εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε ποσοστό 4%. Η εισφορά 2,55% των

συνταξιούχων του Δημοσίου αυξάνεται από 1.1.2012 κατά 0,70% και από 1.1.2013 κατά 0,75% και διαμορφώνεται τελικά σε 4%. Στις περιπτώσεις ασφαλιστικών οργανισμών που η εν λόγω εισφορά είναι μικρότερη από το παραπάνω τελικό ποσοστό, αυτή από 1.1.2012 διαμορφώνεται στο 4%.

δ. Τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους υπέρ των αντίστοιχων φορέων και Κλάδων Υγείας που εντάσσονται, οι πρόσδοδοι περιουσίας τους, η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών αυτών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο που προβλέπεται από την οικεία νομοθεσία ή άλλες γενικές διατάξεις νόμων.

ε. Πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών.

στ. Ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών.

ζ. Δωρεές,

κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία.

η. Τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις διεθνείς συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας καθώς και τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) ή Τομείς Υγειονομικής Περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους.

θ. Είσπραξη των ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία σύμφωνα με τα άρθρα 34 και 35 του παρόντος νόμου. ι) έσοδα ιδίως από την αξιοποίηση Εθνικών και Ευρωπαϊκών Πόρων, την αξιοποίηση της περιουσίας του οργανισμού, την αξιοποίηση των δεδομένων του οργανισμού κ.λπ. (παρ. 1 του άρθρου 19 του ν. 3918/2011 όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 4676/2020 και την παρ. 5 του άρθρου 90 του ν. 4368/2016).

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν, κατ' αρχήν, ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης

Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος (παρ. 2 του άρθρου 17 του ν. 3918/2011).

Εν συνεχεία με την ΚΥΑ Φ.80000/ΟΙΚ.32115/2009/11 (Β'3010/29.12.2011) η οποία εκδόθηκε σε εφαρμογή της εξουσιοδοτικής διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 17 του ν. 3918/2011, μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ από 01.01.2012 οι παρακάτω Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας των εντασσόμενων φορέων:

Α. Από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Οι Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, το Πολυϊατρείο τ. ΤΑΞΥ Αττικής, τα Τοπικά Ιατρεία, τα Διαγνωστικά Κέντρα και Ιατρικής της Εργασίας, τα Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής, τα Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής, τα Ειδικά Διαγνωστικά - Θεραπευτικά Κέντρα, οι Σταθμοί Άμεσης Βοήθειας (ΣΑΒ), οι Υγειονομικές Υπηρεσίες που δεν αποτελούν οργανικές μονάδες και λειτουργούν μέχρι σήμερα ενταγμένες στις υπηρεσίες ασφάλισης του Ιδρύματος, τα Τμήματα Φαρμακευτικού των Περιφερειακών και Τοπικών Υποκαταστημάτων του Ιδρύματος.

Β. Από τον ΟΠΑΔ: Όλες οι Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.)

Γ. Από τον ΟΓΑ: Τα Τμήματα Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης των Περιφερειακών Υποκαταστημάτων του.

Δ. Από τον ΟΑΕΕ: Τα Τμήματα Περίθαλψης και Υγειονομικού των Περιφερειακών του Διευθύνσεων.

Περαιτέρω, με την παρ. 17 του άρθρου 13 του Ν. 4052/2012 (Α'41), εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ από την 1.4.2012 ο Οίκος Ναύτου, την 1.5.2012 ο κλάδος υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ και την 1.6.2012 ο κλάδος υγείας του ΕΤΑΑ.

Εντούτοις τα χαμηλά επίπεδα της οικονομικής μεγέθυνσης των τελευταίων ετών, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και οι νέες μορφές ευέλικτης απασχόλησης που αλλάζουν βαθμιαία τις εργασιακές σχέσεις, έχουν καταστήσει το χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ από τον Κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές επισφαλή. Ήδη διατυπώνεται η άποψη ότι «... το αρχικό σχέδιο συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ χρειάζεται ριζική αναμόρφωση σχετικά με την αναπροσαρμογή των εισφορών στους πρώην ασφαλισμένους των Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) κλπ. και ακόμη απαιτείται η σχετική πρόβλεψη για την κάλυψη των ανέργων αλλά και των

αυτοαπασχολουμένων που δεν έχουν ασφαλιστική ικανότητα και οι οποίοι διακόπτουν την εργασιακή τους δραστηριότητα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης».¹¹⁶

3.2 Το νομικό καθεστώς των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης

3.2.1 Η έννοια του οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης

Ασφαλιστικός φορέας ονομάζεται η οργάνωση προσώπων και μέσω των σε ενιαία διοίκηση προς εκπλήρωση των επιδιώξεων ενός κοινωνικοασφαλιστικού προγράμματος¹¹⁷. Οι ασφαλιστικοί φορείς διακρίνονται κυρίως σε ν.π.δ.δ, αλλά υπάρχουν και φορείς που λειτουργούν με την μορφή ν.π.ι.δ, χωρίς να αποκλείεται να αποτελούν ειδικούς λογαριασμούς ή υπηρεσίες άλλων νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Προβληματική εμφανίζεται σήμερα η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλειας με την ιδιωτική πρωτοβουλία. Πιο συγκεκριμένα η σύσταση ασφαλιστικών φορέων με σ.σ.ε έχει απαγορευτεί σύμφωνα με το άρθρο 21§ 3Ν. 3239/55¹¹⁸, επίσης μετά την αποκλειστική ανάθεση της αμοιβαίας ασφάλισης σε αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς, (Ν 4364/2016) καθίσταται σχεδόν αδύνατη η ίδρυση αλληλοβοηθητικών σωματείων. Συμπληρωματικά μέσα από την απλή επίκληση συνταγματικών διατάξεων για την προστασία της συνδικαλιστικής ελευθερίας (άρθρα 12 § 1 και 23 § 1 του Σ.), που καλύπτουν και τα αλληλοβοηθητικά σωματεία ή ταμεία του άρθρου 12 Ν. 281/1914¹¹⁹, δεν προκύπτει περιθώριο ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Ο συνταγματικός νομοθέτης θέλησε η κοινωνική ασφάλιση να αποτελεί αποκλειστικά κρατική μέριμνα (άρθρο 22 § 4 του Συντ.). Παρατηρείται εν τούτοις στη χώρα μας μεγάλος αριθμός αλληπάλληλων νομοθετικών επεμβάσεων που αυξομειώνει την εξάρτηση των ασφαλιστικών φορέων από την κρατική εξουσία. Πιο συγκεκριμένα άλλες φορές δημιουργούνται αυτοτελείς ασφαλιστικοί οργανισμοί, όπως για παράδειγμα το <<Ταμείο υγείας δημοτικών και κοινοτικών υπαλλήλων>> (άρθρο 1 Ν. 1422/84) και άλλες φορές αφαιρείται η νομική προσωπικότητα από συγκεκριμένους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως η μετατροπή του <<Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών>> σε απλό κλάδο του ΙΚΑ (άρθρο 6 § 1Ν. 1358/83¹²⁰)¹²¹.

Φορείς κύριας ασφάλισης είναι οι οργανισμοί που ιδρύθηκαν για να χορηγούν τις βασικές παροχές κοινωνικής προστασίας, σε ορισμένη κοινότητα ασφαλισμένων. Συνιστούν συνήθως ν.π.δ.δ. και διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς.

¹¹⁶ ΔιαΝΕΟσις (2020):93.

¹¹⁷Υφαντόπουλος Γ.Ν., Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, σελ. 95 επ.

¹¹⁸Ν. 3239/1955 (ΦΕΚ 125/Α` 20.5.1955)Περί τρόπου ρυθμίσεως των συλλογικών διαφορών εργασίας, συστάσεως Εθνικού Γνωμοδοτικού Συμβουλίου Κοινωνικής Πολιτικής και τροποποιήσεως και συμπληρώσεως διατάξεων ενίων εργατικών νόμων

¹¹⁹Νόμος 281/1914 - ΦΕΚ 171/25-6-1914 : Περί σωματείων.

¹²⁰Νόμος 1358/1983 - ΦΕΚ 64/Α/24-5-1983

Ν.1358/1983 : Αναγνώριση και εξαγορά του χρόνου της στρατιωτικής υπηρεσίας των ασφαλισμένων των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, αρμοδιότητας του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλες διατάξεις.

¹²¹Κρεμάλης (1985), Δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων, σελ.240, επ.

Οι γενικοί φορείς κύριας ασφάλισης είναι απόρροια ιδιαίτερων νομοθετημάτων και καλύπτουν ανομοιογενείς κατηγορίες εργαζομένων. Τις προϋποθέσεις αυτές τις συμπληρώνουν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ν. 6298/1934¹²²), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ν.4169/61¹²³), το Ταμείο Ασφάλισης Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (Ν. 6364/1934)κ.ά.

Οι ειδικοί φορείς έχουν συνήθως νομικό υπόβαθρο το γνωστό μας Ν.2868/22¹²⁴, που επέβαλε την υποχρεωτική ασφάλιση του προσωπικού σε επιχειρησιακό επίπεδο. Καλούνται και με τον όρο «ειδικά ταμεία κύριας ασφάλισης» και καλύπτουν αποκλειστικά τους εργατοϋπαλλήλους μιας βιομηχανικής, μιας βιοτεχνικής ή εμπορικής επιχείρησης, όπως το «Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Ιονικής Λαϊκής Τράπεζας», το «Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού Ασφαλιστικής Εταιρείας Η ΕΘΝΙΚΗ».

Φορείς επικουρικής ασφάλισης είναι οι οργανισμοί που έχουν συσταθεί προκειμένου να βελτιώσουν τη θέση των ασφαλισμένων, συμπληρώνοντας τις βασικές ασφαλιστικές παροχές. Οι περισσότεροι έχουν την μορφή ν.π.δ.δ., χωρίς να λείπουν αλληλοβοηθητικά ταμεία επικουρικής ασφάλισης ή ασφαλιστικοί φορείς από σ.σ.ε μεταξύ εργοδοτών και εργαζόμενων. Ως γενικός φορέας επικουρικής ασφάλισης (σύνταξης) για τους μισθωτούς είναι σήμερα το ΙΚΑ, μετά την ενσωμάτωση σ'αυτό του «Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών» (πρβ. Άρθρα 1 §1 Ν. 997/79¹²⁵ και 6 § 1 Ν. 1358/83). Το αίτημα για καθολική επικουρική ασφάλιση σε όλους τους μισθωτούς έλαβε μεγάλη ανταπόκριση με την ίδρυση του TEAM, σύμφωνα με το άρθρο 3§2 Ν. 997/79, η υπαγωγή των μισθωτών θα γινόταν σταδιακά χωρίς να ενισχυθεί από τα προβλεπόμενα ΠΔ. Συγκεκριμένα με το άρθρο 1 ΠΔ 633/82¹²⁶ επεκτάθηκε η ασφάλιση του TEAM στους μισθωτούς που δεν είχαν μέχρι τότε επικουρική ασφάλιση. Σήμερα το TEAM υπάγεται στο ΙΚΑ. Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της η κύρια ασφάλιση δεν μπορούσε να χορηγήσει ικανοποιητικές παροχές, για αυτό το λόγο δημιουργήθηκαν αρκετοί ειδικοί φορείς επικουρικής ασφάλισης μισθωτών και ανεξάρτητων επαγγελματιών. Απόρροια της δράσης ισχυρών κοινωνικών ομάδων υπήρξε η δημιουργία ανεξάρτητου επικουρικού ταμείου με αποτέλεσμα το 1979 να καλύπτεται επικουρικά μόνο το 45% των εργαζομένων και ιδίως όσοι το είχαν λιγότερο ανάγκη¹²⁷.

Παράλληλα σχεδόν με τη δημιουργία φορέων κύριας ασφάλισης άρχισαν να ιδρύονται και οργανισμοί επικουρικής ασφάλισης, με σκοπό τη χορήγηση πρόσθετων παροχών με περιοδικό ή εφάπαξ χαρακτήρα. Φορείς επικουρικής ασφάλισης είναι και τα ταμεία αρωγής δημοσίων

¹²²Ν. 6298/1934 (ΦΕΚ 346/Α` 10.10.1934)Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων

¹²³Ν. 4169/61 [ΦΕΚ 81 τ. Α`] ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

¹²⁴Ν 2868/1922: ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΡΓΑΤΩΝ-ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

¹²⁵Νόμος 997 ΦΕΚ Α`287/28.12.1979

Περί συστάσεως Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών και ετέρων τινών διατάξεων.

¹²⁶Π.Δ. 633 της 9/13.10.82. Υπαγωγή στην ασφάλιση του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών όλων των επικουρικά ανασφάλιστων της Χώρας. (Α` 129).

¹²⁷Κρεμάλης, Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σελ. 240 επ.

υπαλλήλων. Πάντως παρά τις ανώμαλες συνθήκες ίδρυσης και λειτουργίας των φορέων επικουρικής ασφάλισης, κρίνεται αναγκαία η ύπαρξή τους καθώς πολλές φορές έρχονται να συμπληρώσουν τις παροχές της κύριας ασφάλισης.

Κατά το έτος 1861 εισήχθη ο θεσμός της επικουρικής ασφάλισης με την ίδρυση των Μετοχικών Ταμείων Στρατού και Ναυτικού, καθώς και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων. Από τους φορείς επικουρικής ασφάλισης, που εποπτεύονται σήμερα από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, αρχαιότερο θεωρείται το Ταμείο Επικουρικής Ασφαλίσεως και Πρόνοιας Προσωπικού Εμπορικών, Βιοτεχνικών, Βιομηχανικών και Επαγγελματικών Επιμελητηρίων, που ιδρύθηκε το 1925. Ιδιαίτερα η δεκαετία 1930-1940 χαρακτηρίζεται από την ίδρυση και ανάπτυξη των επικουρικών ταμείων οπότεν ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αναπτύσσουν ταμεία επικουρικής ασφάλισης, όπως οι αρτοποιοί (1936), οι εργάτες μεταλλείων (1935), οι εργαζόμενοι στις εταιρίες τσιμέντων (1937) και λιπασμάτων (1939). (Γ.Προβόπουλος-Ι.Υφαντόπουλος, 1990)

Η διαδικασία για την οργάνωση ταμείων επικουρικής ασφάλισης με τη μορφή των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου ξεκίνησε από τον χώρο των τραπεζών το 1948 με την ίδρυση του Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως Προσωπικού Εμπορικής Τραπεζής και του Μετοχικού Ταμείου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος και Κτηματικής. Στη συνέχεια επεκτείνεται και σε άλλες τράπεζες, έτσι τις επόμενες χρονιές (1949, 1950, 1951) ιδρύονται, ο Λογαριασμός Επικουρήσεως Προσωπικού Εθνικής Τραπεζής της Ελλάδος, το Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Τραπεζής Πίστεως και ο Ειδικός Λογαριασμός Επικουρήσεως Μελών Ταμείου Υγείας Προσωπικού Αγροτικής Τραπεζής Ελλάδος. (Στοιχεία απο Κοινωνικό Προϋπολογισμό, 2003).

Μέρος δεύτερο: Η οικονομική λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης

Κεφάλαιο 4: Η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης

Οι πόροι των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (εισφορές, κρατική χρηματοδότηση, κοινωνικοί πόροι)

Η αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου του ν. 4387/2016 διαπίστωνε ότι το κοινωνικό – ασφαλιστικό σύστημα δεν ήταν βιώσιμο. «Εξαρχής οι παροχές δεν υπολογίζονταν βάσει αναλογιστικών μελετών, αλλά με (...) άναρχο και πελατειακό τρόπο (...). Τα αποθεματικά των ταμείων διασπαθίσθηκαν αρχικά με την υποχρέωση κατάθεσης τους στην Τράπεζα της Ελλάδος με μηδενικά ή ελάχιστα επιτόκια, στη συνέχεια εξανεμίσθηκαν από το PSI».¹²⁸

¹²⁸ Αιτιολογική έκθεση (2016):1.

Η κρατική επιχορήγηση στα ταμεία κύριας ασφάλισης από το 2000 έως το 2015 (Ποσά σε εκατ. ευρώ)									
Φ.Κ.Α.	2000-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Σύνολο %	
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	21.865,29	2.549,94	4.066,05	3.982,25	3.190,00	2.818,00	2.935,00	41.406,53	26,81%
ΤΑΠΟΤΕ	3.619,84	665,48	560	534,51	535	535	534,6	6.984,43	4,52%
ΟΑΠ ΔΕΗ	3.646,25	604,88	600	578,7	759	578,7	578,7	7.346,23	4,76%
ΟΓΑ	41.495,68	5.890,75	5.699,00	4.740,00	3.848,00	3.488,00	3.277,40	68.438,83	44,31%
ΟΑΕΕ	6.187,08	1.322,48	1.356,00	1.638,00	1.795,00	1.455,00	1.324,20	15.077,76	9,76%
ΕΤΑΑ-πρώην ΤΑΝ	1.127,44	49	42	43	25	27	26	1.339,44	0,87%
NAT	7.660,80	1.106,00	1.130,00	1.000,00	1.040,00	960	948,9	13.845,7	8,97%
ΣΥΝΟΛΟ	85.602,38	12.188,53	13.453,05	12.516,46	11.192,00	9.861,70	9.624,80	154.438,92	100,00%
% ΑΕΠ		5,39%	6,45%	6,45%	6,13%	5,51%	5,47%		

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών

«Κατά την διάρκεια της κρίσης ο αριθμός των ασφαλισμένων μειώθηκε, ενώ ο αριθμός των συνταξιούχων αυξήθηκε σημαντικά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες αμοιβές των μισθωτών, επί των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές υπονομεύει περισσότερο την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος. Ενόψει της κατάστασης αυτής, το κράτος επεμβαίνει, όπως έχει συνταγματική υποχρέωση, για να καλύψει τα εκρηκτικά ελλείμματα που αναπόφευκτα προκύπτουν, επιπλέον της συμμετοχής του στο πλαίσιο της ισχύουσας σήμερα τριμερούς κρατικής χρηματοδότησης. Ενδεικτικά, στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. η κρατική επιχορήγηση αποτελεί το 39% των εσόδων του ταμείου, στον Ο.Γ.Α. το 90% και στο Ν.Α.Τ. το 92%».¹²⁹

Η εξέλιξη της συνταξιοδοτικής δαπάνης πριν και μετά τα νέα μέτρα															
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		2017		2018		2019	
								Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
Σύνολο δαπάνης συντάξεων	32.555	31.558	32.388	32.176	28.851	29.476	30.006	30.525	30.112	30.928	30.203	31.474	30.356	32.062	30.754
ως % του ΑΕΠ	13,71%	13,96%	15,53%	16,57%	15,81%	16,46%	17,05%	17,40%	17,16%	17,05%	16,65%	16,67%	16,08%	16,29%	15,63%

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η εξέλιξη του ελλείμματος των ταμείων κύριας ασφάλισης πριν και μετά τα νέα μέτρα															
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		2017		2018		2019	
								Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
ΕΙΣΦΟΡΕΣ κύριας σύνταξης-ΠΑΡΟΧΕΣ κύριας σύνταξης	-15.755	-15.479	-17.215	-18.390	-15.363	-15.942	-16.320	-16.688	-16.507	-16.968	-16.503	-17.298	-16.453	-17.762	-16.726
ως % του ΑΕΠ	6,63%	6,85%	8,26%	9,47%	8,42%	8,90%	9,27%	9,51%	9,41%	9,36%	9,10%	9,16%	8,71%	9,03%	8,50%

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Πόρους του κλάδου κύριας ασφάλισης και λοιπών παροχών του e-Ε.Φ.Κ.Α. αποτελούν: α. Τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων και εργοδοτών, οι πρόσοδοι περιουσίας, η απόδοση των κεφαλαίων και των αποθεματικών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο και πόρος που θεσμοθετείται υπέρ αυτού. β. Τα έσοδα από τις προβλεπόμενες εισφορές υπέρ των φορέων, τομέων, κλάδων και λογαριασμών που εντάσσονται στον e-Ε.Φ.Κ.Α., σύμφωνα με το άρθρο 53, οι πρόσοδοι περιουσίας, καθώς και η απόδοση των κεφαλαίων και των αποθεματικών αυτών και κάθε άλλο έσοδο

¹²⁹ Αιτιολογική έκθεση (2016):1.

και πόρος που προβλέπεται από διάταξη νόμου. γ. Η επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για τη χρηματοδότηση της εθνικής σύνταξης (παρ. 1 του άρθρου 56 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 3 του ν. 4670/2020).

«Για τον προσδιορισμό του ποσοστού των εισφορών επί του πραγματικού εισοδήματος, όπως και εν γένει για τον προσδιορισμό της οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος ελήφθησαν υπόψη, πέραν των υφιστάμενων κανονιστικών ρυθμίσεων, αναλογιστικές μελέτες-προβολές της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής, οι οποίες συντάχθηκαν με επιστημονική βοήθεια από την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή».¹³⁰

Το συνολικό ποσοστό εισφοράς κύριας σύνταξης ασφαλισμένου μισθωτού και εργοδότη ορίζεται σε 20% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των εργαζομένων με εξαίρεση τις κοινωνικού χαρακτήρα έκτακτες παροχές λόγω γάμου, γεννήσεως τέκνων, θανάτου και βαριάς αναπηρίας. Το ανωτέρω ποσοστό κατανέμεται κατά 6,67% σε βάρος των ασφαλισμένων και κατά 13,33% σε βάρος των εργοδοτών, συμπεριλαμβανομένων από την 1.1.2017 και του Δημοσίου και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, με την επιφύλαξη των διατάξεων των παραγράφων 4 και 5 του ν. 4387/2016 (εδ. 1, 2 της παρ. 1 του άρθρου 38 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 34 του ν. 4670/2020).

Για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών, οι αυτοτελώς απασχολούμενοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες ασφαλισμένοι του Ε.Φ.Κ.Α. κατατάσσονται από την 1.1.2020 σε έξι (6) ασφαλιστικές κατηγορίες με ελεύθερη επιλογή τους. Ο ασφαλισμένος μπορεί, με αίτησή του, να επιλέξει ανώτερη ασφαλιστική κατηγορία από αυτή που υπάγεται ή, εφόσον βρίσκεται σε ανώτερη ασφαλιστική κατηγορία, να επιλέξει κατώτερη. Η κατάταξη σε μία από τις έξι είναι υποχρεωτική. Αν ο ασφαλισμένος δεν επιλέξει ασφαλιστική κατηγορία, κατατάσσεται υποχρεωτικά στη πρώτη (άρθρο 39 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 35 του ν. 4670/2020). Από την 1.1.2020 θεσπίζεται ειδική ασφαλιστική κατηγορία για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών νέων ελεύθερων επαγγελματιών και αυτοτελώς απασχολούμενων για πέντε (5) έτη από την έναρξη ασκήσεως του επαγγέλματος κατόπιν αιτήσεώς τους. Χρήση του ευεργετήματος αυτού είναι δυνατή μόνο μία φορά (παρ. 3, 4 του άρθρου 39 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 35 του ν. 4670/2020).

Για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών οι ασφαλισμένοι του πρώην ΟΓΑ, κατατάσσονται από την 1.1.2020 σε έξι (6) ασφαλιστικές κατηγορίες με ελεύθερη επιλογή τους. Ο ασφαλισμένος μπορεί, με αίτησή του, να επιλέξει ανώτερη ασφαλιστική κατηγορία από αυτή που υπάγεται ή, εφόσον βρίσκεται σε ανώτερη ασφαλιστική κατηγορία, να επιλέξει κατώτερη. Η κατάταξη σε μία από τις έξι είναι υποχρεωτική. Αν ο ασφαλισμένος δεν επιλέξει ασφαλιστική κατηγορία,

¹³⁰ Αιτιολογική έκθεση (2016):2.

κατατάσσεται υποχρεωτικά στη πρώτη (άρθρο 40 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 36 του ν. 4670/2020).

Πόρους του κλάδου επικουρικής ασφάλισης και του κλάδου εφάπαξ παροχών του e-Ε.Φ.Κ.Α. αποτελούν τα έσοδα από τις προβλεπόμενες εισφορές υπέρ των αντίστοιχων κλάδων του ταμείου Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π., που εντάσσεται στον e-Ε.Φ.Κ.Α., οι πρόσοδοι περιουσίας, καθώς και η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών αυτών και κάθε άλλο έσοδο και πόρος που προβλέπεται στην οικεία νομοθεσία και στα άρθρα 35 και 77 του ν. 4387/2016 (Α' 85) ή άλλες διατάξεις νόμων (παρ. 3 του άρθρου 56 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 3 του ν. 4670/2020).

Από την 1.1.2017, η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των μισθωτών και των λοιπών κατηγοριών που υπάγονται στον ΕΟΠΥΥ, των οποίων οι ασφαλιστικές εισφορές κλάδου σύνταξης υπολογίζονται κατά τα προβλεπόμενα του ν. 4387/2016, ορίζεται σε ποσοστό 7,10% επί των πάσης φύσεως αποδοχών και κατανέμεται κατά ποσοστό 6,45% για παροχές σε είδος, εκ του οποίου 2,15% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 4,30% βαρύνει τον εργοδότη, και ποσοστό 0,65% για παροχές σε χρήμα, εκ του οποίου 0,40% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 0,25% βαρύνει τον εργοδότη (παρ. 1 του άρθρου 41 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 37 του ν. 4670/2020).

Από την 1.1.2020 για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών κλάδου υγείας, οι αυτοτελώς απασχολούμενοι και οι ανεξάρτητοι επαγγελματίες κατατάσσονται σε έξι (6) ασφαλιστικές κατηγορίες (παρ. 2 του άρθρου 41 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 37 του ν. 4670/2020), ενώ από την 1.1.2020 η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του πρώην ΟΓΑ ορίζεται επίσης βάσει έξι (6) ασφαλιστικών κατηγοριών (παρ. 5 του άρθρου 41 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 37 του ν. 4670/2020).

«... η δημόσια δαπάνη υγείας βρίσκεται ήδη από το 2011 κάτω του στόχου του 6% ενώ στη συνέχεια προσέγγισε περίπου το 5%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας εμφανίζεται ως αρκετά «ανθεκτική» στην ύφεση, με σχετικά χαμηλότερα ποσοστά μείωσης. Ένα πλήθος σχετικών δεδομένων για την Ελλάδα, αναδεικνύουν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της σύνθεσης της δαπάνης υγείας που σχετίζεται με την υψηλή συμβολή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, η ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρα προσεγγίζει διαχρονικά το 35-40% της συνολικής δαπάνης υγείας»¹³¹.

¹³¹ ΔιαΝΕΟσις (2020):89.

Πρόσθετοι πόροι του ασφαλιστικού συστήματος από 1.1.2017 είναι 1. Τα ποσά των επιβληθέντων προστίμων των άρθρων 23 και 24 του Ν. 3996/2011, με εξαίρεση το ποσοστό 20% που αποτελεί έσοδο του προϋπολογισμού του σώματος επιθεώρησης εργασίας, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 14 του Ν. 3996/2011, και 2. Το 20% των εσόδων που προκύπτουν από την εκποίηση και εκμετάλλευση ακινήτων του Δημοσίου ή των Ν.Π.Δ.Δ. ή των δημοσίων επιχειρήσεων των οποίων το μετοχικό κεφάλαιο ανήκει εξ ολοκλήρου, άμεσα ή έμμεσα, στο Δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ., εξαιρουμένων όσων έχουν μεταβιβαστεί στο Ταμείο Αξιοποίησης Ιδιωτικής Περιουσίας Ελληνικού Δημοσίου, σύμφωνα με το Ν. 3986/2011 (παρ. 1 και 2 του άρθρου 49 του ν. 4387/2016).

Κεφάλαιο 5: Οι κοινωνικοασφαλιστικές παροχές.

Τα είδη των κοινωνικοασφαλιστικών παροχών.

i. Κύρια σύνταξη

Η κύρια σύνταξη είναι το ποσό που καταβάλλεται μηνιαίως στους συνταξιούχους ως αναπλήρωση του εισοδήματος μετά την αποχώρησή τους από την ενεργό απασχόληση και αποτελείται από το άθροισμα της εθνικής και της ανταποδοτικής σύνταξης. Ειδικώς για τους δημόσιους λειτουργούς, υπαλλήλους και στρατιωτικούς, σύνταξη είναι το ποσό που καταβάλλεται σε αυτούς, μετά την έξοδό τους από την υπηρεσία, ως συνέχεια της αμοιβής τους, το οποίο, για λόγους δημοσιονομικής βιωσιμότητας και λογιστικής ενότητας του συστήματος, υπολογίζεται σε αντιστοιχία με το άθροισμα της εθνικής και της ανταποδοτικής σύνταξης (άρθρο 2 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 22 του ν. 4670/2020).

Η εθνική σύνταξη καταβάλλεται από τον Ε.Φ.Κ.Α. σε όλους, όσοι θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης εξ ιδίου δικαιώματος ή ανικανότητας ή κατά μεταβίβαση, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις (παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 4387/2016). Για την πρώτη εφαρμογή του ν. 4387/2016 η εθνική σύνταξη ορίζεται σε τριακόσια ογδόντα τέσσερα (384) ευρώ μηνιαίως και καταβάλλεται ακέραια εφόσον έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον 20 έτη ασφάλισης. Το ποσό της εθνικής σύνταξης βαίνει μειούμενο κατά 2% για κάθε έτος ασφάλισης που υπολείπεται των 20 ετών, εφόσον έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον 15 έτη ασφάλισης (εδ. 1, 2 της παρ. 6 του άρθρου 7 του ν. 4387/2016). Η εθνική σύνταξη χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άρθρο 2 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 22 του ν. 4670/2020). Η εθνική σύνταξη θεσπίζεται «ώστε να εξασφαλισθεί επαρκής αναπλήρωση εισοδήματος και για τους μακροχρόνια ανέργους, όσους εργάζονται με ατυπικές

μορφές εργασίας ή αμείβονται με χαμηλούς μισθούς. Η πρόληψη της φτώχειας με την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης για τον κάθε ηλικιωμένο είναι ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους της κοινωνικής ασφάλισης. Κατά τη διάρκεια της κρίσης δημοσίου χρέους η προστασία κατά της φτώχειας των ηλικιωμένων αποκτά διάσταση απόλυτης προτεραιότητας, δεδομένου ότι, σύμφωνα με τη Eurostat (SILC 2014), το 23, 1% των ατόμων άνω των 65 ετών ζουν στο όριο της φτώχειας. Ο προσδιορισμός του επιπέδου της Εθνικής Σύνταξης σε 384 Ευρώ έγινε με βάση το 60% του διάμεσου εισοδήματος, σύμφωνα με τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης». ¹³²

Η ανταποδοτική σύνταξη είναι το ποσό της σύνταξης, που αντιστοιχεί στην καταβολή ασφαλιστικών εισφορών βάσει των συντάξιμων αποδοχών, του χρόνου ασφάλισης και του ποσοστού αναπλήρωσης (άρθρο 2 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 22 του ν. 4670/2020). «Για τον προσδιορισμό των ποσοστών αναπλήρωσης εισοδήματος της αναλογικής/ανταποδοτικής σύνταξης, επί του πραγματικού εισοδήματος, όπως και εν γένει για τον προσδιορισμό της οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος ελήφθησαν υπόψη, πέραν των υφιστάμενων κανονιστικών ρυθμίσεων, αναλογιστικές μελέτες-προβολές της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής, οι οποίες συντάχθηκαν με επιστημονική βοήθεια από την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή». ¹³³

ii)Επικουρική σύνταξη

Η επικουρική σύνταξη είναι το ποσό που καταβάλλεται μηνιαίως στους συνταξιούχους ως συμπληρωματική παροχή της κύριας σύνταξης μετά την αποχώρησή τους από την ενεργό απασχόληση κατόπιν καταβολής μηνιαίων ασφαλιστικών εισφορών ανεξάρτητων των εισφορών της κύριας σύνταξης (άρθρο 2 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 22 του ν. 4670/2020).

iii)Εφάπαξ παροχή

Η εφάπαξ παροχή είναι το ποσό που καταβάλλεται άπαξ στους συνταξιούχους μετά την αποχώρησή τους από την ενεργό απασχόληση κατόπιν καταβολής ατομικών εισφορών πέραν των εισφορών

¹³² Αιτιολογική έκθεση (2016):2.

¹³³ Αιτιολογική έκθεση (2016):3.

κύριας και επικουρικής ασφάλισης (άρθρο 2 του ν. 4387/2016 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 22 του ν. 4670/2020).

iv) Παροχές ασθένειας σε είδος και σε χρήμα

Οι διατάξεις που αφορούν στην υπαγωγή στην ασφάλιση για παροχές ασθένειας σε είδος και σε χρήμα, καθώς και το είδος, την έκταση, το ύψος, τα δικαιούχα πρόσωπα και τη διαδικασία χορήγησης των παροχών σε χρήμα, των εντασσόμενων στον Ε.Φ.Κ.Α. φορέων, τομέων, κλάδων και λογαριασμών, εξακολουθούν να ισχύουν, όπως ίσχυαν κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, μέχρι την έκδοση του Κανονισμού Ασφάλισης και Παροχών του Ε.Φ.Κ.Α. (παρ. 1 του άρθρου 32 του ν. 4387/2016).

Για τη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας και παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε είδος από 1.1.2020 και εφεξής απαιτούνται για μεν τους μισθωτούς η πραγματοποίηση τουλάχιστον πενήντα (50) ημερών εργασίας κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ή κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από την ημερομηνία προσέλευσης ή επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, για τους δε μη μισθωτούς η συμπλήρωση δύο (2) τουλάχιστον μηνών ασφάλισης κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος, ή κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από την ημερομηνία προσέλευσης ή επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου και εφόσον έχουν καταβληθεί οι απαιτούμενες ασφαλιστικές εισφορές σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ειδικές ρυθμίσεις προβλέπονται για το έτος 2020 (παρ. 8 του άρθρου 41 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 31 του ν. 4670/2020).

v) Παροχές υγείας

Οι παροχές υγείας, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησης τους, οι δικαιούχοι των παροχών αυτών και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης, καθορίζονται από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος με τον ΕΚΠΥ επιδιώκει να εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση όλων των δικαιούχων του ΕΟΠΥΥ, σε υπηρεσίες υγείας που αποσκοπούν στην πρόληψη, στη διατήρηση, στην προαγωγή, στη βελτίωση και στην αποκατάσταση της υγείας τους (παρ. 1 του άρθρου 1 της ΚΥΑ ΕΑΛΕ/ΓΠ/80157/18 (Β' 4898), η οποία εκδόθηκε σε εφαρμογή της εξουσιοδοτικής διάταξης του άρθρου 30 του ν. 3918/2011).

Ως παροχές υγείας νοούνται: α. η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, β. η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που περιλαμβάνει, γ. οι φυσιοθεραπευτικές πράξεις, δ. η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία σε ενήλικες, ε. η φαρμακευτική περίθαλψη, στ. η οδοντιατρική περίθαλψη (προληπτική, θεραπευτική, προσθετική), ζ. η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία σε Παιδιά και Εφήβους, η. η νοσοκομειακή

περίθαλψη, θ. η αποζημίωση αποκλειστικής νοσοκόμας σε δημόσια νοσοκομεία, ι. η αποζημίωση μετακίνησης ασθενών για ιατρικό σκοπό, ια. η αποζημίωση δαπανών τοκετού, ιβ. η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ιγ. οι παροχές υγείας σε είδος σε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και λοιπές χώρες, ιδ. η αποζημίωση θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, τεχνικών μέσων υγείας - πρόσθετη περίθαλψη, ιε. η αποζημίωση της λουτροθεραπείας, η χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας και κάθε άλλης αποζημίωσης που θα αποφασίσει το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ ή θα θεσπιστεί με νόμο. ιστ. Οι θεραπείες αποκατάστασης σε εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς (παρ. 2 του άρθρου 1 της ΚΥΑ ΕΑΛΕ/ΓΠ/80157/18 (Β' 4898).

Ως «δικαιούχοι» νοούνται: α. οι άμεσα ασφαλισμένοι των Κλάδων Υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, β. τα μέλη της οικογένειας τους, που σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα, δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης, γ. όσοι υπάγονται στην εφαρμοστέα νομοθεσία του ΕΟΠΥΥ ως αρμόδιου φορέα του τόπου διαμονής/ κατοικίας, δυνάμει των Κανονισμών 883/2004 και 987/2009 για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας και των όρων των διμερών συμφωνιών κοινωνικής ασφάλειας και δ. κάθε πολίτης που θα υπαχθεί με νομοθετική ρύθμιση στις παροχές του ΕΟΠΥΥ, ανεξάρτητα αν διαθέτει ή όχι ασφαλιστική ικανότητα (παρ. 1 του άρθρου 2 και άρθρο 3 της ΚΥΑ ΕΑΛΕ/ΓΠ/80157/18 (Β' 4898).

vi) Προνοιακά Επιδόματα Κοινωνικής Αλληλεγγύης ηλικιωμένων και υπερηλίκων

Στους ανασφάλιστους υπερήλικες και στους συνταξιούχους σύνταξης γήρατος, αναπηρίας και θανάτου που πληρούν τις προϋποθέσεις των άρθρων 92 και 93 του ν. 4387/2016 καταβάλλονται τα προβλεπόμενα στις ρυθμίσεις αυτών ειδικά προνοιακά επιδόματα, η δαπάνη για την καταβολή των οποίων βαρύνει τον Κρατικό Προϋπολογισμό (άρθρο 91 του ν. 4387/2016).

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ), το οποίο θεσπίστηκε με το άρθρο 20 του Ν. 2434/1996 (Α' 188), καθώς και με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου «Μέτρα Ενίσχυσης των χαμηλοσυνταξιούχων», (Α' 211), η οποία κυρώθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2453/1997 (Α' 4), όπως έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν, καταβάλλεται αποκλειστικά σε ήδη συνταξιούχους, καθώς και σε δικαιούχους σύνταξης γήρατος, αναπηρίας και θανάτου των εντασσόμενων στον Ε.Φ.Κ.Α. κατ' άρθρο 53 οργανισμών κύριας ασφάλισης, καθώς και της Τράπεζας της Ελλάδος, εκτός των συνταξιούχων του ΟΓΑ των οποίων η συνταξιοδότηση αρχίζει πριν από την έναρξη ισχύος του ν. 4387/2016, καταβάλλεται από 01.06.2016 έως τις 31.12.2019 (εδ.

1 παρ. 1 του άρθρου 92 του ν. 4387/2016 όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 9^Α του άρθρου 2 του ν. 4393/2016).

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερήλικων καταβάλλεται από τον ΟΓΑ στους ανασφάλιστους υπερήλικες και σε αυτούς που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης εφόσον πληρούν τις νόμιμες προϋποθέσεις (άρθρο 93 του ν. 4387/2016).

Σχέση ασφαλισμένων και συνταξιούχων μετά τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού			
	Αριθμός ασφαλισμένων	Αριθμός συνταξιούχων	Αναλογία συνταξιούχων/ασφαλισμένων
2015	4.138.881	2.653.016	1:1,56
2016	4.159.032	2.625.284	1:1,58
2020	4.265.955	2.528.114	1:1,69
2030	4.526.029	2.374.957	1:1,92
2040	4.479.124	2.677.950	1:1,67
2050	4.069.179	2.816.751	1:1,44
2060	3.813.598	2.767.128	1:1,37

*Αφορά ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, Δημόσιο
Πηγή: Εθνική Αναλογιστική Αρχή, Απρίλιος 2016*

Μέρος τρίτο: Ερευνητικό πλαίσιο και ανάλυση δεδομένων

Κεφάλαιο 6: Ερευνητικό πλαίσιο

6.1 Απογραφικά στοιχεία

Πληθυσμό στην παρούσα έρευνα αποτέλεσαν όλοι οι ασφαλισμένοι που επέλεξαν να επισκεφτούν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου για τα έτη 2012-2019. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο εργάστηκε η ερευνήτρια για το έτος 2019-2020 ως διοικητικός υπάλληλος στην γραμματεία τακτικών ιατρείων, με συνέπεια η πρόσβαση και η άντληση των δεδομένων να ήταν ευκολότερη, για τη διεξαγωγή της έρευνας, σεβόμενη πάντα το νόμο περι προστασίας προσωπικών δεδομένων. Πρόκειται για μελέτη περίπτωσης, τα δεδομένα οργανώθηκαν αρχικά ανα έτος σε διαγραμματική απεικόνιση, προκειμένου να φαίνεται η συνολική προσέλευση ανα έτος και ανα ιατρείο. Καταγράφηκαν συνολικά 162.865 επισκέψεις μέσα σε 8 χρόνια, για τα έτη 2012-2019 και αφορά συνολικά 1.825 ημέρες χωρίς τις αργίες και συγκεκριμένα τις ημέρες που λειτουργούσαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Κορίνθου, δηλαδή Δευτέρα με Παρασκευή από τις 7.00 πμ έως τις 15.00 μμ. Αποκλείστηκαν άτομα που δεν ήταν ασφαλισμένα σε κάποιο ταμείο.

6.2 Ερευνητικό Εργαλείο

Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα εργασίας της ερευνήτριας στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου κατά το έτος 2019-2020. Πρόκειται για την άντληση των δεδομένων επισκέψεων για τα έτη 2012 έως 2019, μέσα από τα σύστημα μηχανογράφησης του νοσοκομείου, συγκεκριμένα τα προγράμματα medico και το Ηδίκια. Στη συνέχεια, έγινε διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων με βάση το έτος και κάθε τακτικό ιατρείο μέσω υπολογιστικών φύλλων του προγράμματος Excel.

6.3 Σκοπός της έρευνας

Η μειωμένη δημόσια χρηματοδότηση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας (π.χ. αριθμός ιατρών, νοσηλευτών, κλινών, ύψος λειτουργικών δαπανών) κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης κατά τα έτη 2010-2018, πιθανολογείται ότι συσχετίζεται αιτιατά με την εξέλιξη των μεγεθών της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση των μεταβολών που παρατηρήθηκαν ως προς τη εξέλιξη των μεγεθών της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο της Κορίνθου κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισή τους με τις επιπτώσεις της μειωμένης δημόσιας χρηματοδότησης της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

6.4 Μεθοδολογία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι μία μελέτη περίπτωσης. Για την αποτύπωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο της Κορίνθου χρησιμοποιεί εμπειρικά δεδομένα της νοσολογικής κίνησης του νοσοκομείου Κορίνθου και ιδίως των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, κατά το χρονικό διάστημα 2012 – 2019.

6.5 Περιορισμοί της μελέτης

Παρουσιάζονται ορισμένοι περιορισμοί του σχεδιασμού της μελέτης περίπτωσης. Αρχικά, είχε επιλεγεί σαν αντικείμενο μελέτης το σύνολο των ανασφάλιστων, όμως πριν την ψήφιση του νόμου 4368/2016, για τη δωρεάν πρόσβαση των ανασφάλιστων στις μονάδες υγείας, στους οποίους

συμπεριλαμβάνονται ευρύτερες πληθυσμιακές κατηγορίες, όπως οι άποροι ή οι εργαζόμενοι με διακοπή εργασιακής σχέσης, δεν υπάρχει σαφή καταγραφή.

Ως αντικείμενο έρευνας υπήρξαν οι ασφαλισμένοι Έλληνες και στους πίνακες του παραρτήματος οι επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά. Παρατηρήθηκε σημαντική καθυστέρηση στην χορήγηση των αιτούμενων δεδομένων από τη διοίκηση του νοσοκομείου, λόγω αρχικών επιφυλάξεων ως προς το ζήτημα προστασίας των δεδομένων. Περαιτέρω, λόγω των περιορισμών που επιβλήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας απαγορεύτηκε η επίσκεψη ερευνητικού προσωπικού σε όλες τις υγειονομικές μονάδες, ανεξαρτήτου βαθμίδας. Κατά συνέπεια στάθηκε αδύνατη η συγκέντρωση συγκριτικών δεδομένων από νοσοκομεία ίδιας δυναμικότητας με το νοσοκομείο Κορίνθου (Αγρινίου, Άρτας και Καλαμάτας), καθώς ως πρώτη προτεραιότητα τέθηκε η προστασία του προσωπικού και η άμεση ανάγκη διαχείρισης του μεγάλου κύματος προσέλευσης ασθενών στα νοσοκομεία.

Κεφάλαιο 7: Ανάλυση δεδομένων

Αποτελέσματα

Το σύνολο των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Κορίνθου κατά την περίοδο από 01.01.2012 έως 31.12.2019 ανέρχεται σε 162.865. Οι επισκέψεις αυτές κατανέμονται στα επιμέρους ιατρεία ποσοστιαία όπως εμφανίζεται στο γράφημα 9, παράρτημα.

Σύμφωνα με τα δεδομένα των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Κορίνθου κατά το έτος 2012, παρουσιάζεται μια κινητικότητα της τάξης 18.635 τακτικές επισκέψεις, στη συνέχεια κατά τα έτη 2013-2014, σημειώνεται μια αύξηση των επισκέψεων της τάξεως 20.236 και 21.834 επισκέψεις, ενώ για τα έτη 2015-2016 παρατηρείται μια αισθητή μείωση της τάξεως 17.419 και 17.250 επισκέψεις αντίστοιχα. Τέλος, για τα δύο τελευταία έτη μελέτης σημειώνεται μια ανοδική εξέλιξη των επισκέψεων της τάξεως 23.041 και 23.240 αντίστοιχα.

Παρατηρείται αισθητά μεγαλύτερος αριθμός τακτικών επισκέψεων κατά τα έτη 2012-2019 στα εξής ιατρεία : 1) οφθαλμολογικό ιατρείο (30.787), 2) παθολογικό ιατρείο (22.563), 3) ορθοπαιδικό ιατρείο (20.469) και 4) χειρουργικό ιατρείο (18.241). Αντίθετα, χαμηλότερη επισκεψιμότητα για την ίδια χρονική περίοδο εμφανίζουν : 1) το ιατρείο αμφιβληστροειδούς (6), 2) το ιατρείο ύπνου (15), 3) παιδιατρικό (21) και τέλος το διαβητολογικό ιατρείο (25). Αξίζει να αναφερθεί πως για το έτος

2019- αρχές του 2020 το Γενικό νοσοκομείο Κορίνθου απέκτησε νευροχειρουργικό ιατρείο, το οποίο σταμάτησε τη λειτουργία λόγω μετάθεσης του ιατρού σε άλλο νοσοκομείο. Τακτικό παιδιατρικό ιατρείο δεν λειτουργεί στο νοσοκομείο καθώς οι ιατροί απασχολούνται κυρίως στο ΤΟΜΥ Κορίνθου.(διαγράμματα 9-14-παράρτημα)

Επιπλέον κατά την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι ο αριθμός των τακτικών ιατρείων σημείωσε αυξομειώσεις, οι οποίες εντοπίζονται ως εξής: Το 2012 το Νοσοκομείο διέθετε 21 ιατρεία, το 2013 διέθετε 20, το 2014 διέθετε 22, το 2015 διέθετε 19, το 2016 διέθετε 17, το 2017 διέθετε 24, το 2018 διέθετε 27 και τέλος το 2019 διέθετε 27. Μεγαλύτερος αριθμός ιατρείων εμφανίστηκε τα έτη 2017,2018 και 2019, ενώ χαμηλότερος αριθμός ιατρείων εμφανίστηκε κατά τα έτη 2015 και 2016, όπως φαίνεται και στα διαγράμματα 1 έως 8-παράρτημα.

Συμπεράσματα

Καθώς τελείωσε το ανωτέρω πόνημα, είναι εύλογο να οδηγηθούμε σε ορισμένα συμπεράσματα που αφορούν το επιζητούμενο, αν τελικά το δημόσιο νοσοκομείο μια επαρχιακής πόλης, ανταποκρίθηκε στη ζήτηση για νοσοκομειακή περίθαλψη με ικανοποιητική προσφορά ιατρικών υπηρεσιών.

Το δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης καθώς ερευνήθηκε, διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για έναν κλάδο δικαίου που εκτείνεται σε όλες σχεδόν τις εκφάνσεις των ζητημάτων οικονομικής φύσης που αντιμετωπίζει ο κάθε πολίτης και το κράτος. Περαιτέρω, αξίζει να σημειωθεί πως εκτός από τα κάθε αυτά οικονομικά ζητήματα, άπτεται και των συνεπειών που αυτά επιφέρουν, το οποίο σημαίνει πως αντικείμενο του δικαίου της κοινωνικής ασφάλισης πέραν από την κοινωνική παροχή είναι η προσπάθεια εξάλειψης ή τουλάχιστον περιορισμού και αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων, όπως αυτοί διαμορφώνονται ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές συνθήκες.

Η οικονομική κρίση δείχνει να έχει επηρεάσει το δημόσιο νοσοκομείο. Έχοντας πρόσβαση σε δεδομένα από το 2012, παρατηρείται μια αύξηση σε σχέση με τις τακτικές επισκέψεις της προηγούμενης χρονιάς, το 2013 υπήρξε «το κουπόνι για δωρεάν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα». Το κουπόνι κάλυπτε μια περίοδο τεσσάρων μηνών, και μέχρι τρεις επισκέψεις σε γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια (για τις εγκύους η διάρκεια χρήσης του κουπονιού ανέρχεται σε εννέα μήνες). Σύμφωνα με τις αρχικές οδηγίες, επιλέξιμοι θεωρούνταν οι ανασφάλιστοι που πριν απολέσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη ήταν ασφαλισμένοι σε ένα από τα ταμεία που συγχωνεύθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

Ενδεχομένως η συνεχιζόμενη ανοδική πορεία, μπορεί να αποδοθεί ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς

η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Χαρακτηριστικά το 2014 σημειώθηκαν 21.834 επισκέψεις, με τη λειτουργία 22 τακτικών ιατρείων, ενώ κατά τα έτη 2015-2016, καταγράφηκαν 17.419 και 17.250 επισκέψεις αντίστοιχα. Είναι άξιο αναφοράς ότι το 2015 δόθηκε η χαμηλότερη χρηματοδότηση στο ΕΣΥ και καταργήθηκε η υποχρέωση καταβολής της αμοιβής εξετάστρου των 5 ευρώ, συνεπώς ήταν εύλογο να αναμένουμε αύξηση στην επισκεψιμότητα στα τακτικά ιατρεία, ωστόσο σημειώθηκε μεγάλη μείωση, η οποία ενδεχομένως μπορεί να αποδοθεί στην παύση της λειτουργίας ορισμένων ιατρείων. Χαρακτηριστικά για το έτος 2015 δεν λειτούργησαν τα εξής ιατρεία :το αντιυπερτασικό, το αμφιβληστροειδούς και το διαβητολογικό, ενώ το 2016 δύο ακόμα δεν λειτούργησαν : το νευρολογικό και το οδοντιατρικό. Σημειωτέον ότι το 2016 ψηφίστηκε ο ν.4368/2016, που εξασφάλιζε την δωρεάν πρόσβαση και διεξαγωγή εξετάσεων των ανασφάλιστων στις δημόσιες μονάδες υγείας. Συνεπώς, η ολοένα και ανοδική επισκεψιμότητα για τα έτη 2017 έως και 2019, μπορεί να αποδοθεί στην ψήφιση του νόμου αυτού, αλλά και στην ανταπόκριση από μέρους του νοσοκομείου στην αυξημένη ζήτηση για παροχές υγείας. Συγκριμένα, παρατηρείται ήδη από το 2017 η προσθήκη ιατρείων και ειδικοτήτων που δεν λειτούργουσαν πριν, όπως η λογοθεραπεία, το ιατρείο ψυχολογίας και το αιματολογικό-ογκολογικό ιατρείο. Στη συνέχεια, σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθει ακόμη περισσότερο στις αυξημένες ανάγκες δημιουργεί το 2018 δερματολογικό-αφροδισιολογικό ιατρείο και παιδοψυχιατρικό, επαναλειτουργεί το αντι-υπερτασικό και το οδοντιατρικό ιατρείο, ενώ εγκαινιάζεται η ψυχιατρική πτέρυγα του Νοσοκομείου.

Πέραν των ανωτέρω, παρατηρήθηκε πως η χώρα μας χρησιμοποιεί ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που έχει συνιστώσες και από το Ηπειρωτικό μα και από το αγγλοσαξωνικό μοντέλο , καθώς αυτό φάνηκε να ανταποκρίνεται και να ενέχει λύσεις σχετικά με τα προβλήματα που άρχισαν να δημιουργούνται μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Έχει αναφερθεί ανά διαστήματα κατά το ρου της παρούσης πως η πηγή εσόδων των κοινωνικών παροχών προκύπτει από τη φορολογία και ορισμένες φορές από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω μορφών επιδομάτων κλπ. Σε αυτό το σημείο αν επιτραπεί στη γράφουσα μια γενική απλοποίηση του συστήματος φορολόγησης, μέσα από μια απλή ματιά ενδέχεται να θεωρηθεί πως εφόσον και το σύστημα φορολόγησης προκύπτει από τον κεντρικό κρατικό μηχανισμό , ίσως εν τέλει (σαφώς με μια απλοποιημένη προσέγγιση), οι δαπάνες για τις κοινωνικές παροχές προκύπτουν από το κράτος το οποίο μέσω διαφόρων πρακτικών και μεθοδολογιών (αποκέντρωση των εξουσιών και δημιουργία πολλαπλών φορέων και οργανισμών), τροφοδοτείται από τους πολίτες με σκοπό φυσικά στην προστασία και εξασφάλιση ενός ασφαλούς και άνετου περιβάλλοντος διαβίωσης για τους ίδιους. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα , πως ίσως τελικά οι πολίτες με το κράτος είναι τόσο άρρηκτα συνδεδεμένοι που ακόμη και οι μη απόλυτα

αποτελεσματικές πρακτικές εφαρμογές οδηγούν στη δημιουργία νέων λύσεων και αναθεώρησης παλαιών εφαρμογών και συστημάτων.

Βιβλιογραφικές πηγές

Σύνταγμα της Ελλάδας 1975 (Α' 111), όπως τροποποιήθηκε το 1986 (Α' 23), το 2001 (Α' 85) και το 2008 (Α' 120).

Ν.Δ. 53/1974 (Α' 256), «Περί κυρώσεως της εν Ρώμη την 4ην Νοεμβρίου 1950 υπογραφείσης Συμβάσεως «δια την προάσπισιν των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών» ως και του Προσθέτου εις αυτήν Πρωτοκόλλου των Παρισίων της 20ης Μαρτίου 1952».

Ν. 4670/2020 (Α' 43), «Ασφαλιστική μεταρρύθμιση και ψηφιακός μετασχηματισμός Εθνικού Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (e-Ε.Φ.Κ.Α.) και άλλες διατάξεις».

Ν. 4486/2017 (Α' 115), «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Ν. 4472/2017 (Α' 74), «Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Ν. 4387/2016 (Α' 85), «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού - συνταξιοδοτικού συστήματος - Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Ν.4238/2014 (Α' 38), «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Ν. 3918/2011 (Α' 31), «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

ΚΥΑ ΕΑΛΕ/ΓΠ/80157/18 (Β' 4898), «Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Αιτιολογική έκθεση (2016), στο σχέδιο νόμου «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος- Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων».

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αγαλλόπουλος (1955), Κοινωνικά Ασφαλίσεις

Αμίτσης Γ., Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, εκδ. Παπαζήση, 2001

ΔιαΝΕΟσις (2020), Το νέο ΕΣΥ. Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2007). Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, Ιούνιος 2017 Πειραιάς.

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία*. Αθήνα: Κριτική.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), Εξέλιξη των δαπανών υγείας και φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ. Αθήνα 2005.

Κασιμάτης Γρ., «Η συνταγματικότητα του καθορισμένου ανώτατου ορίου ασφαλιστικών παροχών», Γνωμοδότηση ΕΚΔΑ 1981, σ.137 κε, επίσης ο ίδιος, «Γνωμοδότηση», ΕΔΚΑ 1981

Κανελλάκη Γ., Διερεύνηση αντιλήψεων ασθενών και ιατρών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των αλλαγών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΟΠΥΥ), διπλωματική εργασία, Παν. Πατρών. Πάτρα 2014.

Κοντιάδης Ξ, Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και στους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2008.

Κρεμάλης Κ., Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1991

Κυριακούλάκος Π., « Η ασφαλιστική συνειδησιςπροϋπόθεσις προόδου του θεσμού της κοινωνικής ασφαλίσεως, ΕΔΚΑ 1968

Κυριόπουλος Γ. (2000), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, στο: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, 12:169–188.

Κώτση Ε., Νικολακοπούλου Κ., Οικονομική κρίση: Οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας, πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Δ. Ελλάδας, Πάτρα 2018.

Λαναράς Κ, Η ασφάλιση στο Ι.Κ.Α., Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 2013.

Ματθαίου Αν., Αλληλεπίδραση κανόνων δικαίου κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας στους κλάδους αναπηρίας, γήρατος και οικογενειακών βαρών, διδακτορική διατριβή, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1996

Μούσης Ν., Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκδ. Παπαζήση, 2002

Οικονόμου Χ., (1999), Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις, στο: Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999):459-536.

Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π., Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2019.

Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π., Το δημόσιο δίκαιο της υγείας – Οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας δικαιώματα του χρήστη – δημόσια υγεία, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2017.

Πετρόγλου Αντ., Δίκαιον κοινωνικής ασφάλισης

Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Ξυδέας Ε., Χλέτσος Μ., Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του Ι.Κ.Α., ΙΝΕ-ΓΕΣΣΕΕ, Αθήνα, 1993

Ρόμπολης Σ., Χλέτσος Μ., (1999), Το σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων στον ορίζοντα του 2000, στο: Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999): 399-430.

Ρούπας Θ., Προβλήματα χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης: Η περίπτωση των αποθεματικών, στο: Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999): 431-458.

Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.), Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους, Αθήνα 2009.

Σίσσουρας Α., Αμίτσης Γ., (1999), Το κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας και οι μηχανισμοί εφαρμογής του στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας, στο: Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999): 537-652.

Σουλιώτης κ.α., Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση, στο: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35 (Συμπλ. 1): 9-16.

Στεργίου Άγγ. / Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ), Η ασφαλιστική μεταρρύθμιση, εκδ. Μ. Τσακουρίδου - Διόνικος, Αθήνα 2010

Στεργίου Άγγ., Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, 2η έκδοση, Σάκκουλα, Αθήνα/Θεσσαλονίκη 2014

Στεργίου Άγγ., Αναπηρία, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1999.

Στεργίου Άγγ, Η συνταγματική κατοχύρωση της κοινωνικής ασφάλισης, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1994.

Στεργίου Άγγ, Η προστασία της μητρότητας στο δίκαιο των κοινωνικών ασφαλίσεων, Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1989.

Τσαλίκης Γ., Η θεμελίωση της Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2008

Υφαντόπουλος Γ.Ν. – Δ. Μπαλούρδος – Κ.Β. Νικολόπουλος, Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 2009.

Υφαντόπουλος Γ.Ν., Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Δαρδάνος, Αθήνα 2009.

Χατζηδημητρίου Φ - Γ. Ψηλός, Ασφαλιστική Νομοθεσία, έκδ. 2^η, Αθήνα, 1991.

Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Ξενογλωσση Βιβλιογραφία

Economou C., et. al., Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development* 2014, 9: 99–115.

Eurofound, Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin 2013.

European Commission, The economic adjustment programme for Greece. European Economy Occasional Papers No 61, European Commission, Directorate General for Economic and Financial affairs, 2010.

Delice, A. (2010). The Sampling Issues in Quantitative Research. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri/Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(4), 2001-2018.

Durand P., Cours de sécurité sociale, Paris 1960

Konkolewsky H.H., «La sécurité sociale requiert «un changement de modèle» pour continuer d'être un pilier du travail décent», Χαιρετισμός του Γενικού Γραμματέα της διεθνούς ένωσης για την Κοινωνική Ασφάλεια (ISSA) στην 104^η Διεθνή Συνδιάσκεψη Εργασίας που διεξήχθη στην Γενεύη την 1.6.2015 και έχει δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα της Ένωσης, <https://www.issa.int>

Matsaganis M. (2011), The welfare state and the crisis: the case of Greece, στο: *J Eur Policy* 2011, 21:501–512.

Giannitsis T., Zografakis S. (2015), Greece: Solidarity and Adjustment in times of crisis, στο: *Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation*, March 2015.

Groenewegen P., Jurgutis A., A future for primary care for the Greek population, στο: *Qual Prim Care* 2013, 21:369–378.

Riedel E., The Human Right to Social Security: Some Challenges, στο *Social Security as a Human Right*, εκδ. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2007.

Palier B., La réforme des retraites, εκδ. PUF, Quesais-je?, 2014

Petit Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue Française, λ. Risk

Pieters D., Social security: an introduction to the basic principles, 2006.

Pieters D., The Social Security Systems of the Member States of the European Union, Intersentia, Antwerp-Oxford-New York, 2002.

Siskou O, et. al. (2014), Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focus on price reductions & cost-sharing rates, στο: *Value Health* 2014, 4C:107–114.

ILO, Provisional Record, 97 Session, Geneva, 2008, Proposed Declaration on Social Justice for a Fair Globalization, καθώς και την ΕΕ, βλ. Centre for European Policy studies (CEPS), Is Social Europe fit for globalization ? A study on the Social Impact of Globalization in the European Union, Financed and Prepared for the European Commission, May

2007, Commission Staff Working Document, Global Europe: Competing in the World, COM (2006) 567 τελικό,

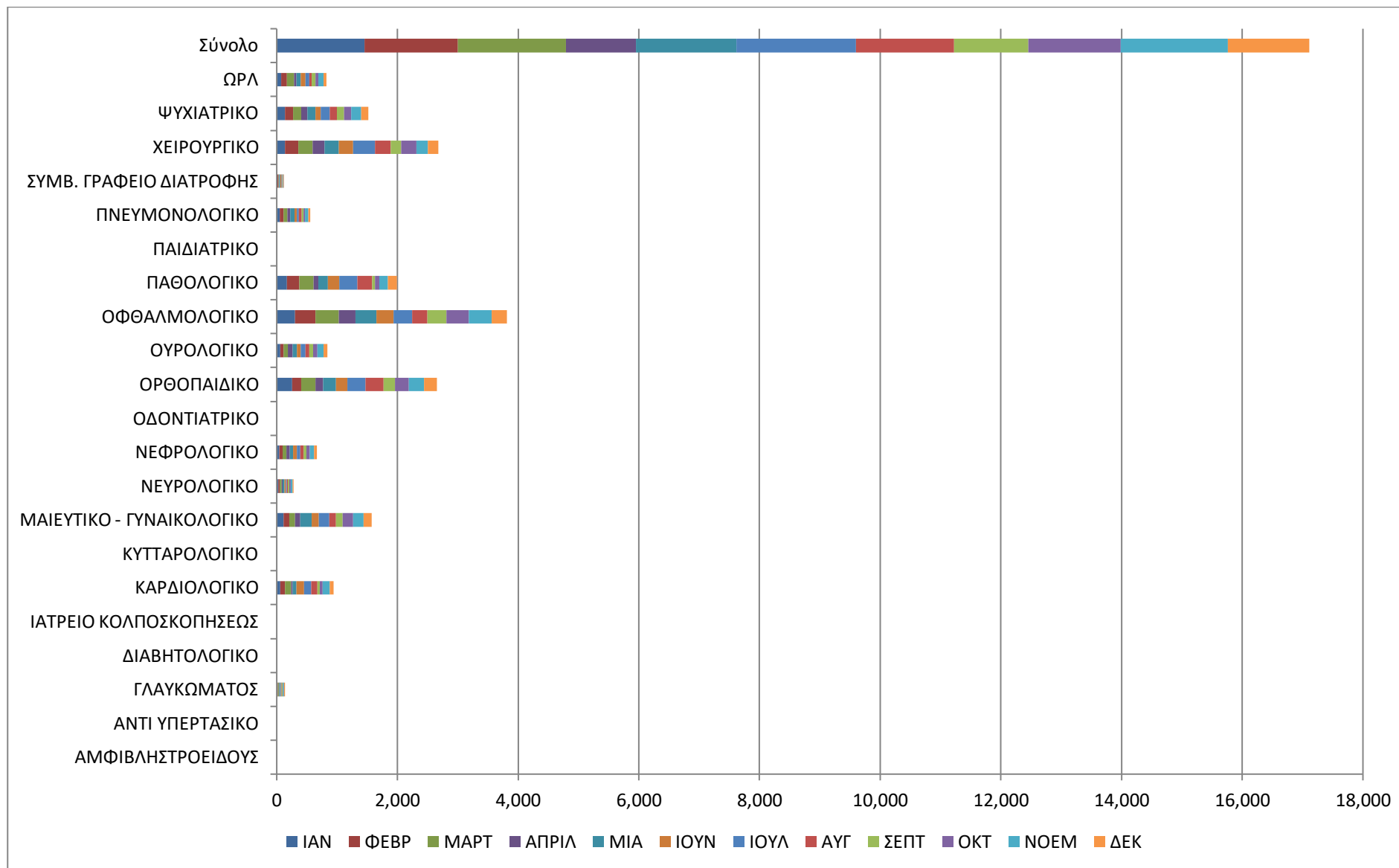
Extending the Benefits of the Social Dimension of Globalization to All,
<http://europa.eu.scadplus/leg/en/cha/cl11913.htm>.

Παράρτημα.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2012 Έως: 31/12/2012**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΙ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2.ΑΝΤΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
3.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	6	10	16	11	14	12	9	7	12	11	16	13	137
4.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
5.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
6.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	61	77	103	24	62	124	119	101	41	45	123	66	946
7.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	2	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	8
8.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	112	93	96	90	185	125	171	110	109	178	172	135	1.576
9.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	29	22	29	18	35	17	20	17	18	30	25	21	281
10.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	45	54	64	54	56	59	58	57	42	59	67	52	667
11.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	5
12.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	254	155	235	126	214	190	295	301	189	233	246	218	2.656
13.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	59	58	70	73	76	58	86	62	61	67	104	68	842
14.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	301	344	383	279	344	289	307	253	310	371	382	254	3.817
15.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	165	210	239	72	164	185	303	243	44	78	142	145	1.990
16.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	7
17.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	52	58	70	47	70	40	32	41	36	26	51	29	552

18.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	14	12	7	11	15	13	9	7	10	8	6	4	116
19.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	138	221	236	201	235	231	363	267	172	249	193	173	2.679
20.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	140	135	129	107	131	91	144	120	119	121	160	122	1.519
21.ΩΡΑ	76	95	113	44	66	86	59	44	60	50	80	54	827
Σύνολο	1.454	1.548	1.792	1.158	1.668	1.522	1.976	1.631	1.230	1.527	1.774	1.355	18.635

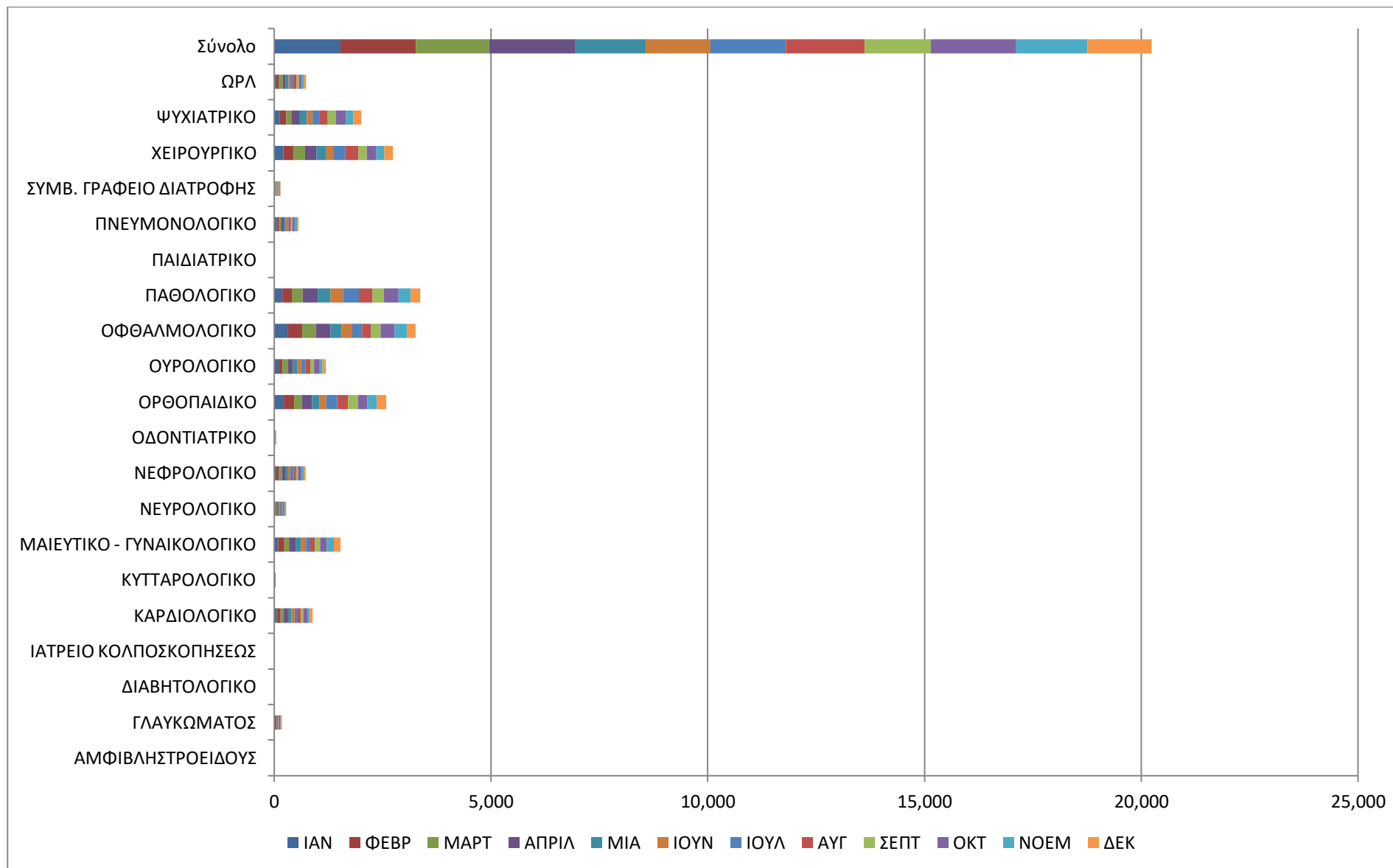


Εικόνα 1. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2012

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2013 Έως: 31/12/2013**

	ΙΑΝ	ΦΕΒΡ	ΜΑΡΤ	ΑΠΡΙΛ	ΜΑΙ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠΤ	ΟΚΤ	ΝΟΕΜ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥ Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
2.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	19	25	19	15	14	12	1	6	6	27	16	22	182
3.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
4.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
5.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	59	87	71	104	77	74	59	87	55	90	58	69	890
6.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	2	5	3	1	2	2	5	4	1	25
7.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	92	138	109	150	125	115	107	107	118	151	159	152	1.523
8.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	24	28	14	31	17	22	22	29	15	31	23	18	274
9.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	47	62	68	74	66	62	72	54	43	76	55	46	725
10.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	0	1	0	0	2	0	14	4	6	2	2	1	32
11.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	223	239	174	234	170	160	249	258	220	226	209	223	2.585
12.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	100	84	133	114	108	82	107	107	87	127	71	66	1.186
13.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	320	323	317	338	249	251	236	203	218	321	282	204	3.262

14.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	188	221	253	344	298	290	362	313	263	331	288	215	3.366
15.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	3	3	0	3	0	0	9
16.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	56	62	36	66	36	38	41	47	36	57	55	26	556
17.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	11	12	18	11	5	16	18	4	10	10	16	6	137
18.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	209	247	258	257	233	172	260	301	198	224	182	197	2.738
19.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	127	146	136	178	165	139	143	201	186	233	171	185	2.010
20.ΩΡΑ	50	67	80	72	57	50	52	87	59	60	48	49	731
Σύνολο	1.525	1.742	1.686	1.991	1.628	1.486	1.748	1.813	1.522	1.975	1.639	1.481	20.236

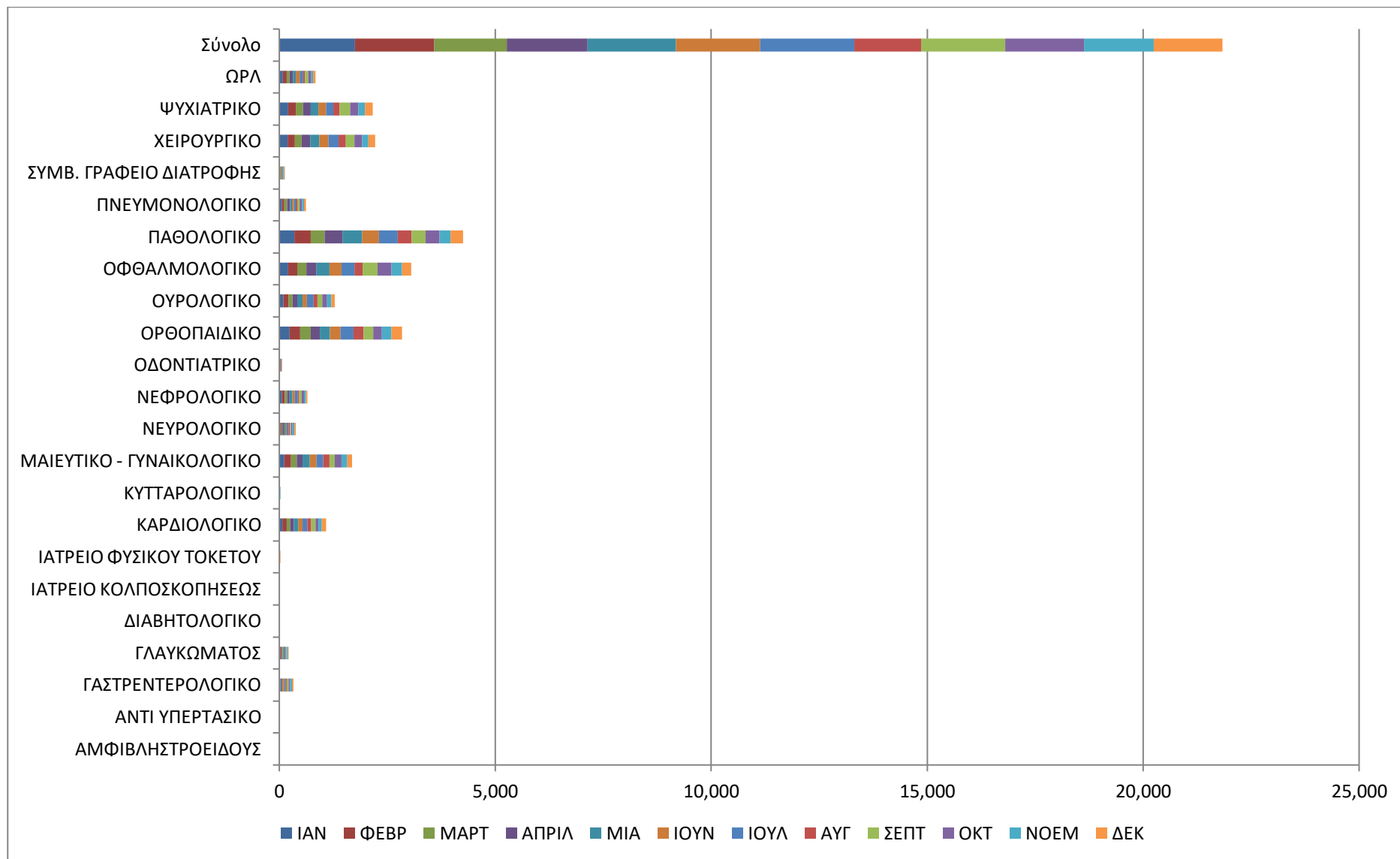


Εικόνα 2. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2013.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2014 Έως: 31/12/2014**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΙ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ
1.ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.ΑΝΤΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	5	25	18	25	44	34	16	45	41	40	35
4.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	28	33	18	17	26	9	22	6	9	18	16	14
5.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	1
7.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	7
8.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	73	95	79	91	96	110	108	87	102	70	77	93
9.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	0	0	0	0	2	1	3	1	2	3	0
10.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	118	149	137	137	164	156	160	146	122	146	137	112
11.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	27	23	20	35	35	34	45	26	31	29	44	34
12.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	57	68	57	59	63	52	70	36	49	59	44	36
13.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	0	3	5	10	0	3	11	2	9	8	2	2
14.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	233	252	247	210	228	244	306	231	222	201	224	244
15.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	94	117	91	116	125	101	153	81	113	113	104	78
16.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	207	214	208	228	305	283	291	194	343	319	255	205

17.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	354	375	320	414	460	390	432	320	325	317	262	286
18.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	63	52	69	65	47	44	48	33	55	48	50	38
19.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	11	17	16	10	9	10	20	0	8	9	11	10
20.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	194	166	153	208	206	208	241	165	195	184	142	158
21.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	210	173	171	178	176	176	165	146	250	184	151	179
22.ΩΡΑ	79	88	74	71	75	80	79	52	75	71	40	55
Σύνολο	1.750	1.832	1.690	1.868	2.040	1.947	2.186	1.544	1.954	1.822	1.614	1.587

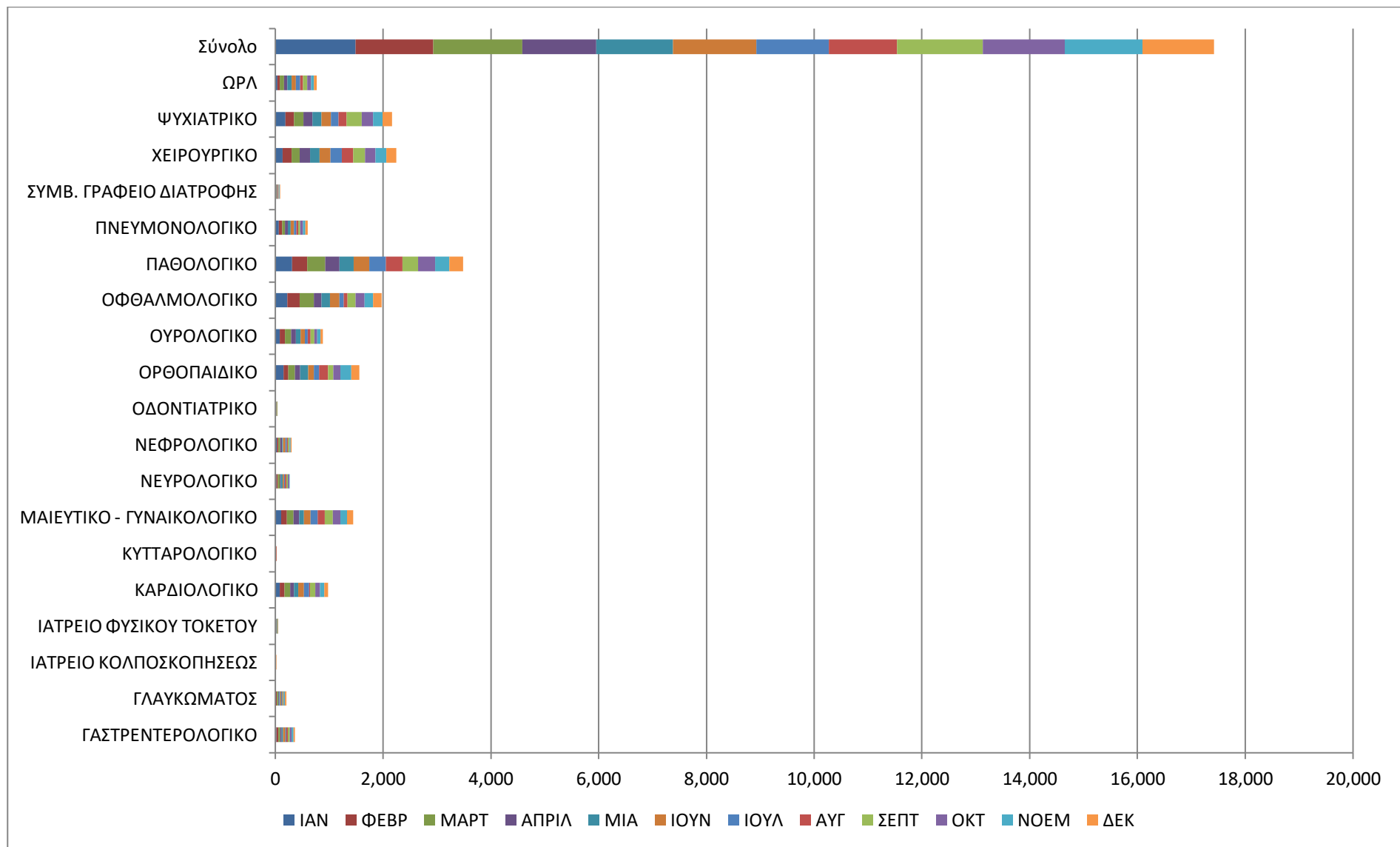


Εικόνα 3. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2014.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2015 Έως: 31/12/2015**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΙ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	17	37	34	30	28	42	22	19	42	29	35	32	367
2.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	15	16	26	13	17	23	14	9	17	13	19	20	202
3.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	1	0	1	1	0	1	0	0	0	3	1	1	9
4.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	5	5	11	12	3	1	0	0	2	0	1	1	41
5.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	82	92	102	66	86	103	95	18	98	92	71	78	983
6.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	3	1	0	3	4	0	2	0	0	0	0	14
7.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	113	102	119	105	92	122	134	130	146	141	124	113	1.441
8.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	22	25	32	19	37	24	21	24	27	24	9	0	264
9.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	26	30	37	31	21	42	27	18	23	12	19	14	300
10.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	2	1	2	3	9	10	1	2	3	0	0	0	33
11.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	156	82	124	102	148	106	95	166	97	136	195	156	1.563
12.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	86	96	108	92	85	81	56	54	65	52	64	46	885
13.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	222	234	256	146	158	172	79	72	151	170	154	155	1.969
14.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	309	287	327	269	260	292	312	306	287	317	268	252	3.486
15.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	69	57	56	46	60	62	36	36	43	49	39	44	597
16.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	7	9	8	2	8	9	8	5	8	8	11	7	90
17.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	135	165	148	201	170	200	219	208	219	196	199	183	2.243

18.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	186	156	183	167	165	174	142	145	285	209	177	174	2.163
19.ΩΡΑ	35	44	82	66	73	82	80	50	78	71	56	52	769
Σύνολο	1.489	1.441	1.657	1.371	1.423	1.550	1.341	1.264	1.591	1.522	1.442	1.328	17.419

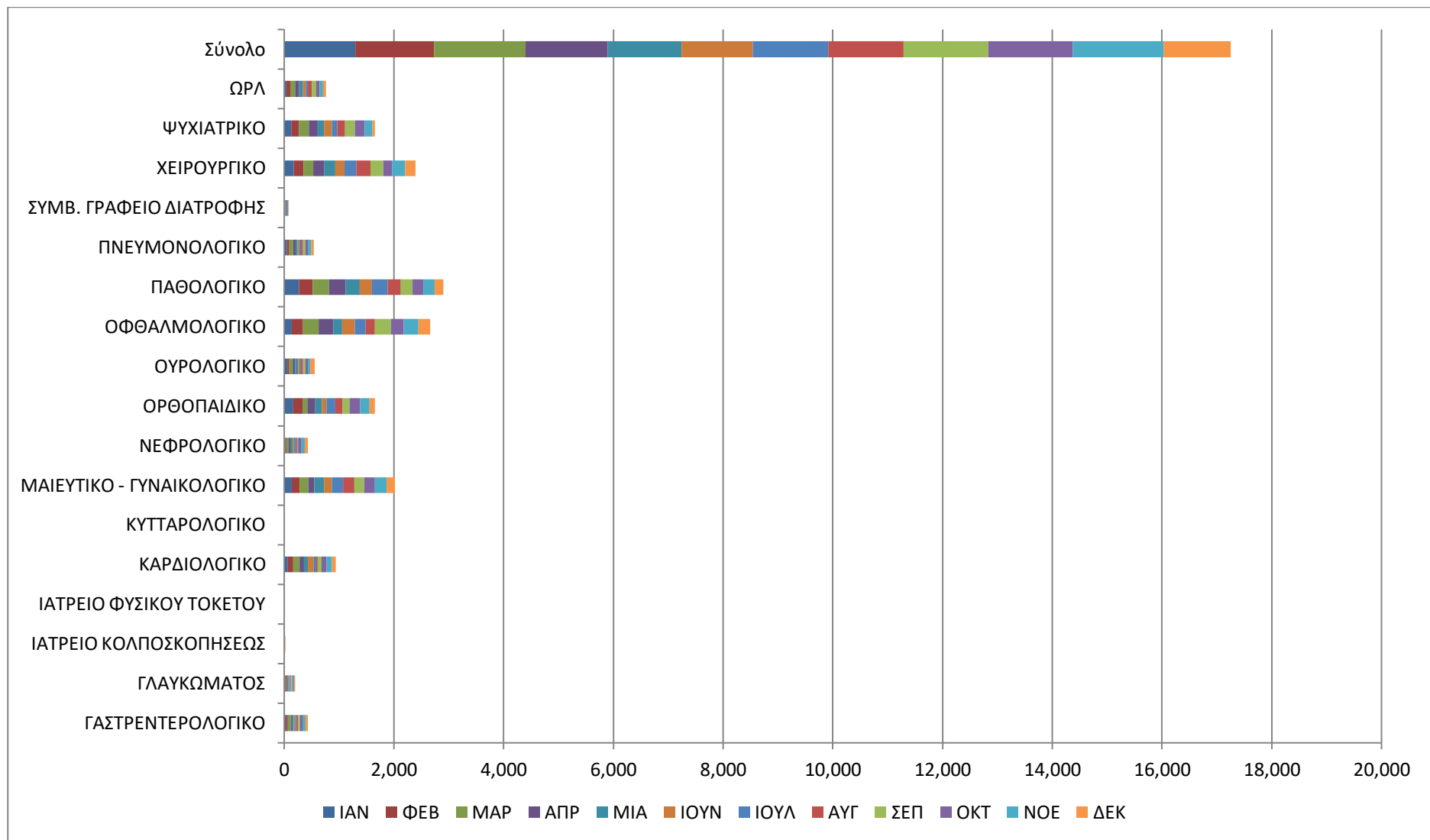


Εικόνα 4. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2015.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2016 Έως: 31/12/2016**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΙΑ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	29	39	50	23	28	34	26	23	40	44	52	44	432
2.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	18	23	19	16	14	9	18	12	17	19	21	17	203
3.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	2	1	9
4.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
5.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	66	96	119	83	65	113	37	31	75	87	94	73	939
6.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
7.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	136	142	163	110	174	147	198	204	183	200	211	151	2.019
8.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	17	22	42	33	38	30	36	16	21	64	62	46	427
9.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	160	169	94	145	125	81	153	140	126	193	172	95	1.653
10.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	57	39	56	47	58	26	24	33	50	41	46	78	555
11.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	135	209	287	261	166	226	202	169	291	231	270	212	2.659
12.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	272	250	295	298	259	228	281	241	212	202	206	158	2.902
13.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	52	43	69	46	36	27	34	36	42	45	65	46	541
14.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	7	14	9	5	6	2	10	0	7	4	13	6	83
15.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	172	180	181	195	200	172	215	261	224	167	239	191	2.397

16.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	132	135	179	161	117	143	99	141	179	183	135	49	1.653
17.ΩΡΑ	43	66	89	75	65	57	39	73	75	61	69	49	761
Σύνολο	1.297	1.433	1.665	1.499	1.351	1.295	1.372	1.381	1.542	1.541	1.658	1.216	17.250

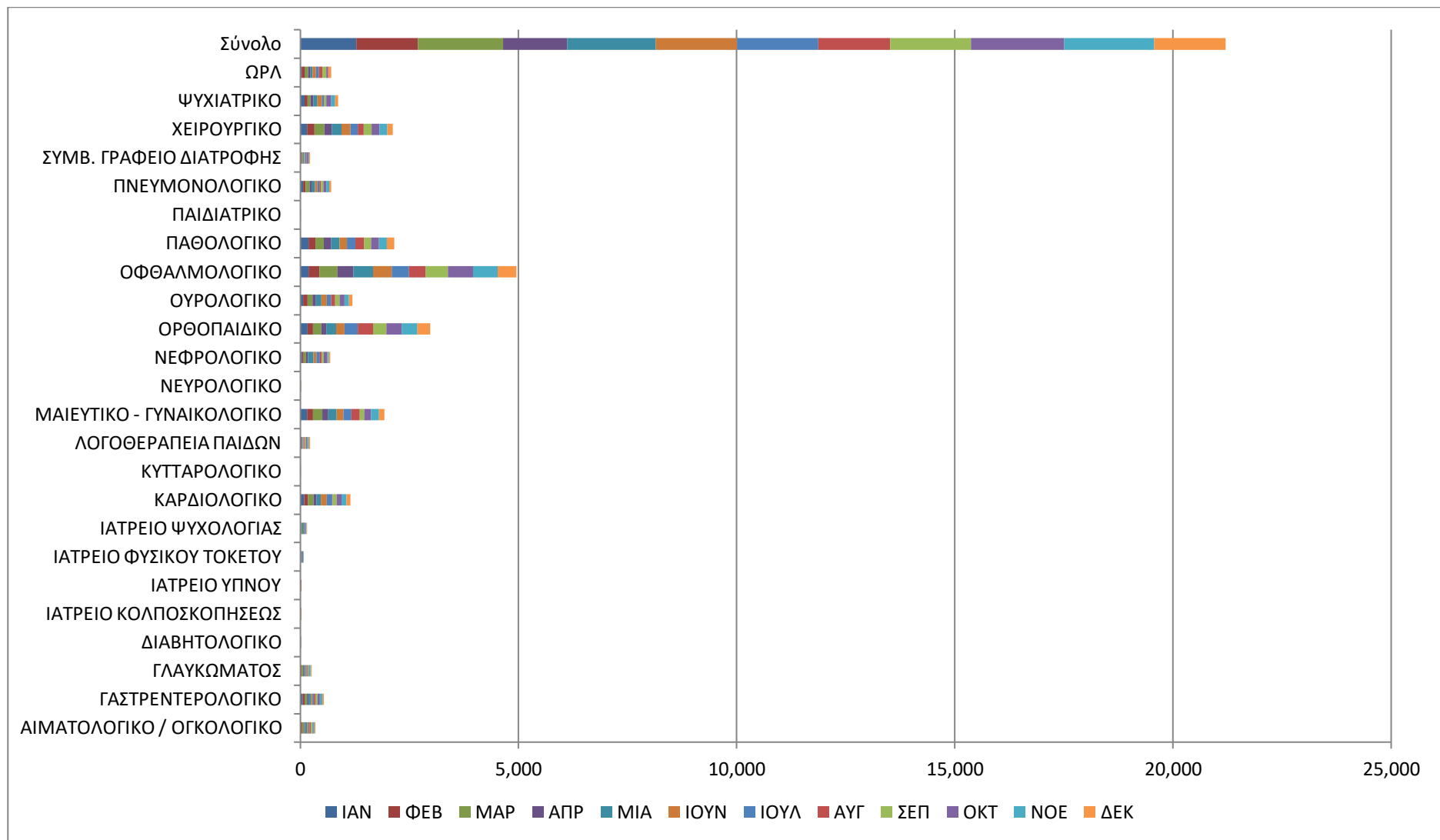


Εικόνα 5. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2016.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2017 Έως: 31/12/2017**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑ Ρ	ΑΠΡ	ΜΙΑ	ΙΟΥ Ν	ΙΟΥ Λ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ / ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	11	33	43	25	39	38	25	27	31	19	33	21	345
2.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	49	48	53	40	49	37	37	28	54	53	49	40	537
3.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	8	21	31	23	31	18	14	18	21	16	31	17	249
4.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
5.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	5
6.ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ	0	2	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6
7.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	0	0	0	15	20	3	11	7	0	8	4	0	68
8.ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	6	16	15	7	13	10	14	5	11	22	21	11	151
9.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	88	87	128	61	108	131	122	17	88	113	117	82	1.142
10.ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
11.ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ	0	0	8	20	23	23	15	18	24	21	37	29	218
12.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	152	132	223	131	191	162	182	185	105	153	181	126	1.923
13.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
14.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	35	41	49	55	122	62	83	39	47	81	30	40	684
15.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	162	124	189	122	216	199	301	350	307	349	366	292	2.977

16.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	61	98	116	76	132	119	103	95	100	115	99	75	1.189
17.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	182	257	417	361	446	432	393	387	509	576	561	425	4.946
18.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	182	162	195	168	195	160	193	204	165	177	184	160	2.145
19.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
20.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	59	62	87	46	77	54	53	33	51	70	66	46	704
21.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	7	20	25	15	15	25	32	10	5	30	19	15	218
22.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	151	176	218	171	222	204	170	134	188	176	178	130	2.118
23.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	99	70	59	75	81	104	46	15	47	108	95	69	868
24.ΩΡΑ	25	66	79	60	44	81	72	79	90	47	0	57	700
Σύνολο	1.279	1.416	1.950	1.473	2.024	1.864	1.866	1.651	1.845	2.134	2.072	1.636	21.210

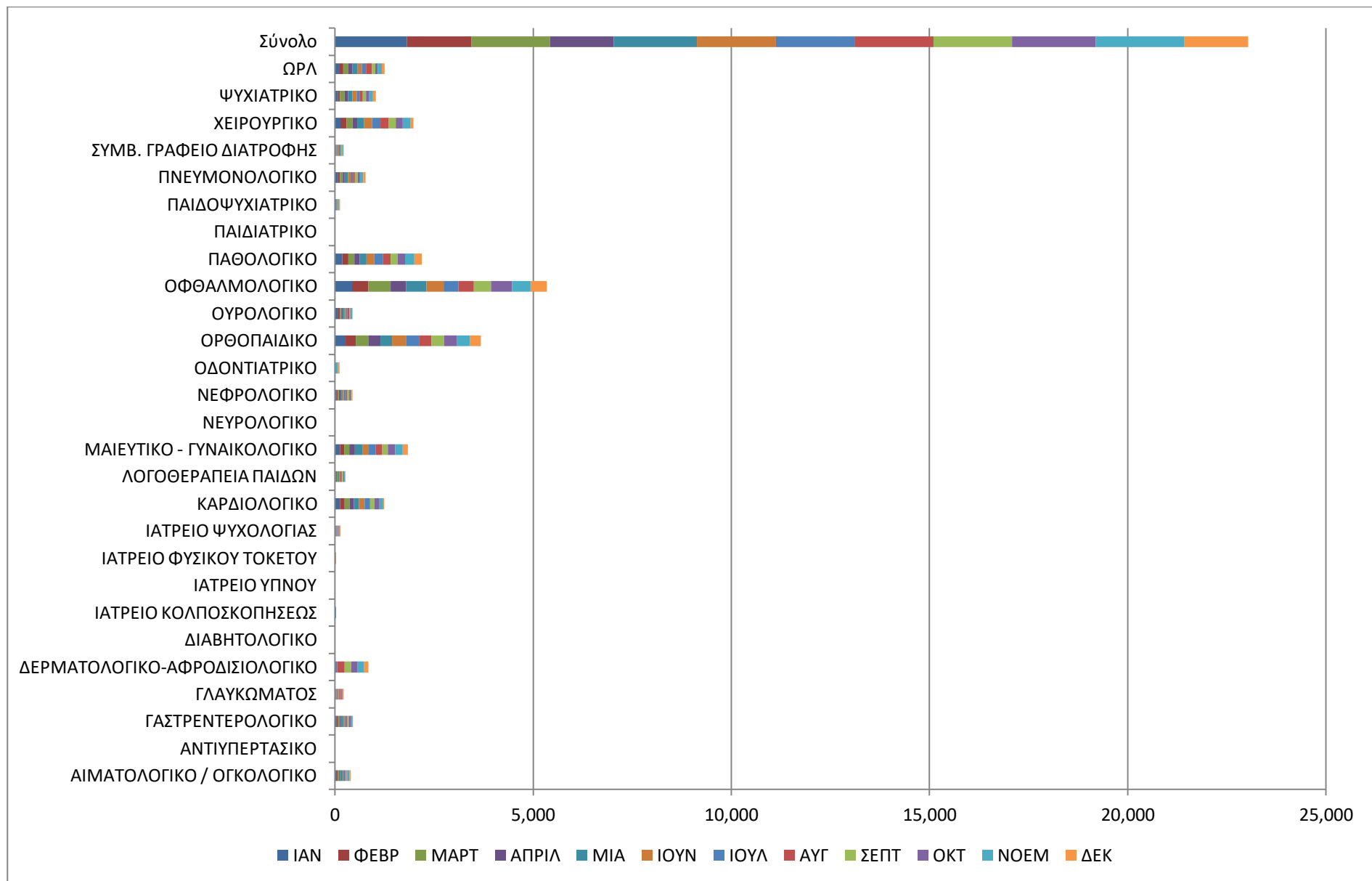


Εικόνα 6. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2017.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2018 Έως: 31/12/2018**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΙ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ / ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	45	26	30	31	66	18	38	22	26	13	46	33	394
2.ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
3.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	39	37	42	38	53	39	37	36	34	43	32	26	456
4.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	20	19	16	16	21	11	12	20	15	21	28	19	218
5.ΔΕΡΜΑΤΟΛ.-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚ.	0	0	0	0	0	0	60	190	164	164	159	101	838
6.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	4
7.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	1	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9
8.ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	2	5
9.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	1	14	24
10.ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	21	14	12	8	16	15	4	10	13	7	9	6	135
11.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	123	124	129	107	125	143	124	18	108	121	91	32	1.245
12.ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ	20	27	21	19	29	25	20	21	24	24	22	20	272
13.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	125	104	137	135	190	165	171	164	143	185	189	128	1.836
14.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
15.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	36	34	35	38	34	48	50	42	43	33	34	19	446
16.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	51	116

17.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	271	254	322	296	301	344	330	321	319	327	331	260	3.676
18.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	66	58	45	34	48	25	37	48	25	27	16	10	439
19.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	436	409	556	394	510	439	373	383	444	520	477	402	5.343
20.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	191	150	151	125	174	202	210	202	180	189	231	187	2.192
21.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
22.ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	0	0	0	11	19	27	16	18	18	15	124
23.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	78	51	67	54	80	64	67	42	70	63	81	60	777
24.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	22	11	16	11	20	29	30	12	23	13	19	21	227
25.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	141	149	153	118	173	203	206	218	177	175	186	78	1.977
26.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	82	46	112	83	127	96	79	76	78	90	95	70	1.034
27.ΩΡΑ	102	112	129	99	127	114	106	146	82	66	105	61	1.249
Σύνολο	1.820	1.627	1.984	1.608	2.097	1.991	1.977	2.000	1.984	2.101	2.236	1.616	23.041

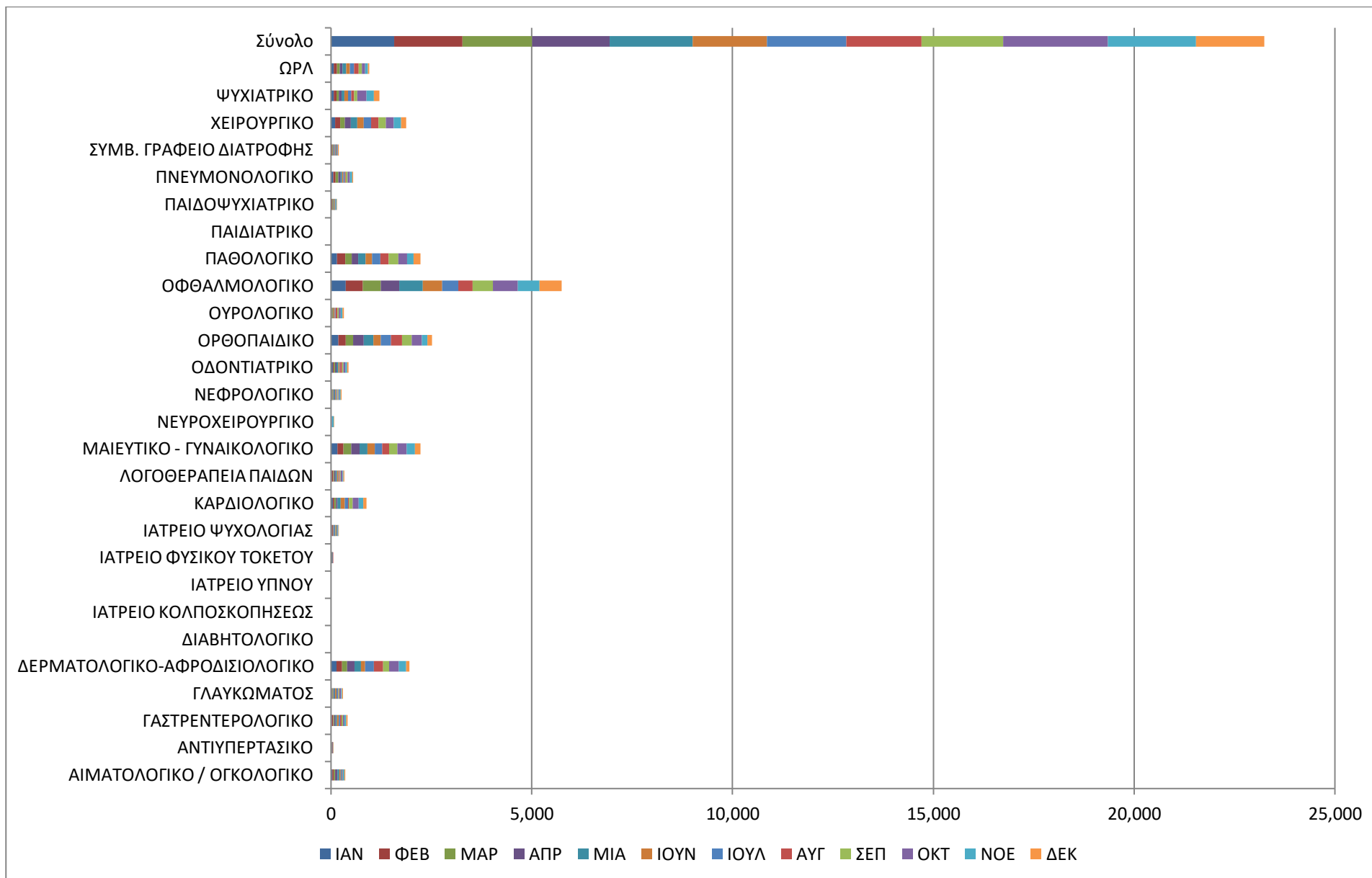


Εικόνα 7. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2018.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ****ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ****ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2019 Έως: 31/12/2019**

	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑ Ρ	ΑΠΡ	ΜΙΑ	ΙΟΥ Ν	ΙΟΥ Λ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ	Σύνολο
1.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ / ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	37	30	39	51	45	33	35	1	17	9	31	25	353
2.ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	4	11	11	4	3	3	1	1	0	2	2	1	43
3.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	20	31	30	36	29	45	33	34	37	42	37	38	412
4.ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	26	12	19	22	26	28	33	16	24	41	29	18	294
5.ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓ.-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛ.	137	138	122	188	161	101	225	224	153	242	180	82	1.953
6.ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7.ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
8.ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
9.ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	7	3	9	6	7	6	6	1	0	0	0	0	45
10.ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	21	19	14	16	7	7	16	18	20	27	14	15	194
11.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	47	32	46	36	84	102	81	23	93	144	110	83	881
12.ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ	18	34	33	30	31	32	19	15	34	41	24	18	329
13.ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	161	148	195	202	204	181	186	175	196	234	203	140	2.225
14.ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	47	5	70
15.ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	22	14	18	26	20	27	22	15	16	24	35	23	262

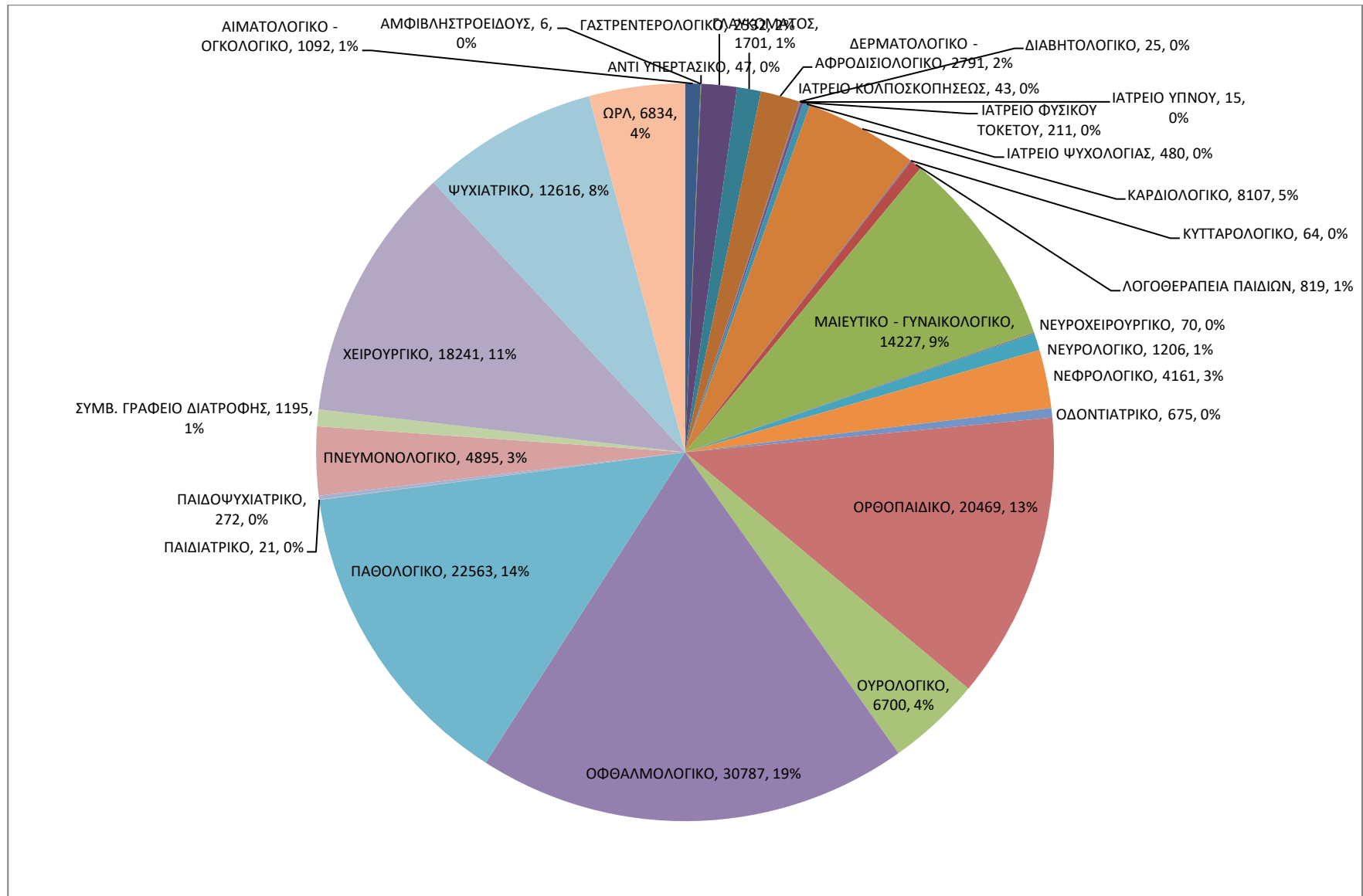
16.ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	40	30	37	34	38	33	17	45	31	50	49	30	434
17.ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	182	187	186	257	239	187	255	276	237	253	142	116	2.517
18.ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	12	13	19	13	5	28	29	37	35	51	48	28	318
19.ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	371	426	440	468	581	478	410	358	504	612	546	545	5.739
20.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	152	201	164	158	191	161	197	210	240	218	161	174	2.227
21.ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
22.ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	9	20	24	10	9	9	5	9	4	11	25	13	148
23.ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	60	57	61	57	43	34	32	24	49	59	52	28	556
24.ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	10	21	25	19	13	17	15	9	13	22	11	18	193
25.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	100	125	116	147	168	159	179	192	175	197	190	121	1.869
26.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	68	66	62	70	71	91	78	67	81	225	189	142	1.210
27.ΩΡΑ	65	78	74	74	92	90	98	116	81	82	71	37	958
Σύνολο	1.572	1.696	1.745	1.926	2.068	1.854	1.973	1.866	2.040	2.604	2.196	1.700	23.240



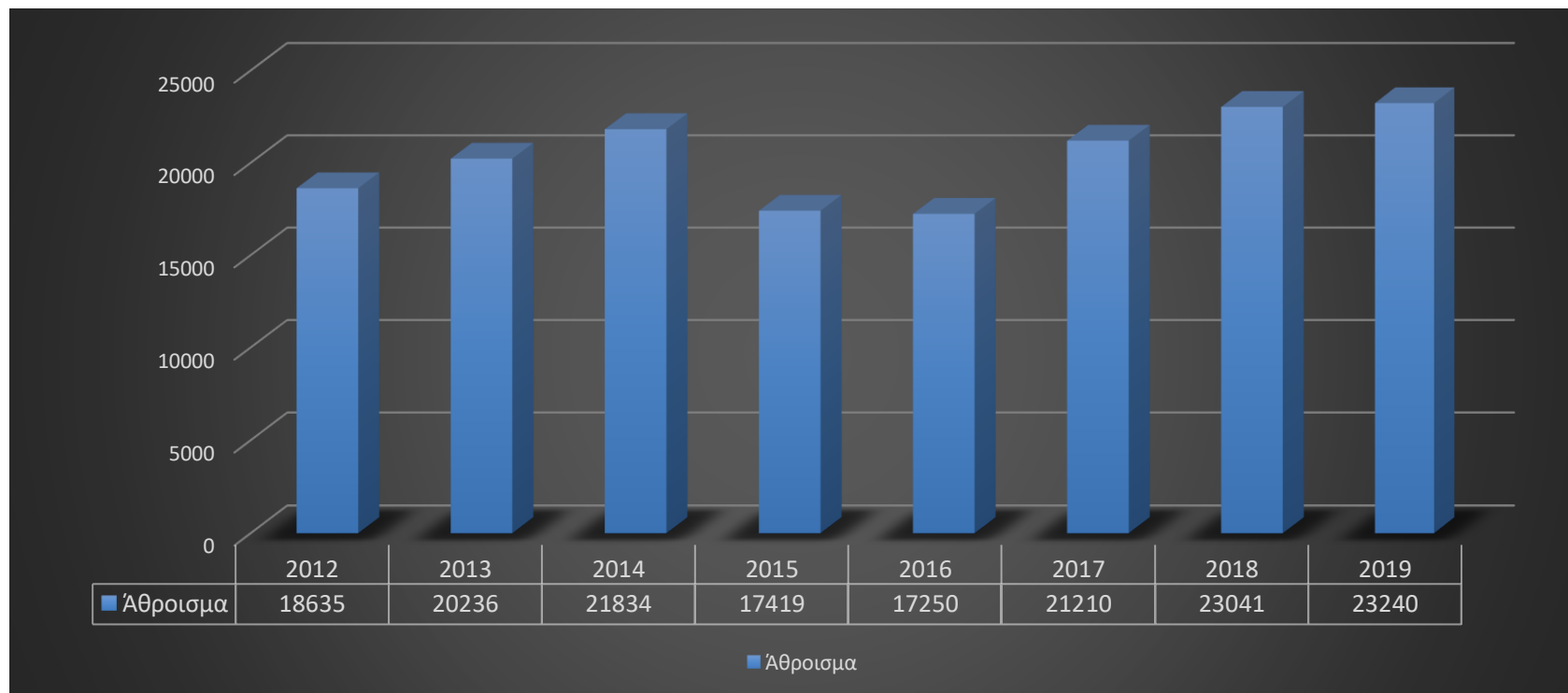
Εικόνα 8. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΟΥΣ 2019.

ΥΓ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ: 6Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ									
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ									
ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ									
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ: Από: 1/1/2012 Έως: 31/12/2019									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ						345	394	353	1092
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ	2	2	2						6
ΑΝΤΙ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	1	0	1				2	43	47
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ			328	367	432	537	456	412	2532
ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	137	182	216	202	203	249	218	294	1701
ΔΕΡΜΑΤΟΛ.- ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛ							838	1953	2791
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	5	1	1			13	4	1	25
ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	2	2	5	9	9	5	9	2	43
ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ						6	5	4	15
ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ			18	41	15	68	24	45	211
ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ						151	135	194	480
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	946	890	1081	983	939	1142	1245	881	8107
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	8	25	14	14	2	1			64
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ						218	272	329	819
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1576	1523	1684	1441	2019	1923	1836	2225	14227
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ								70	70

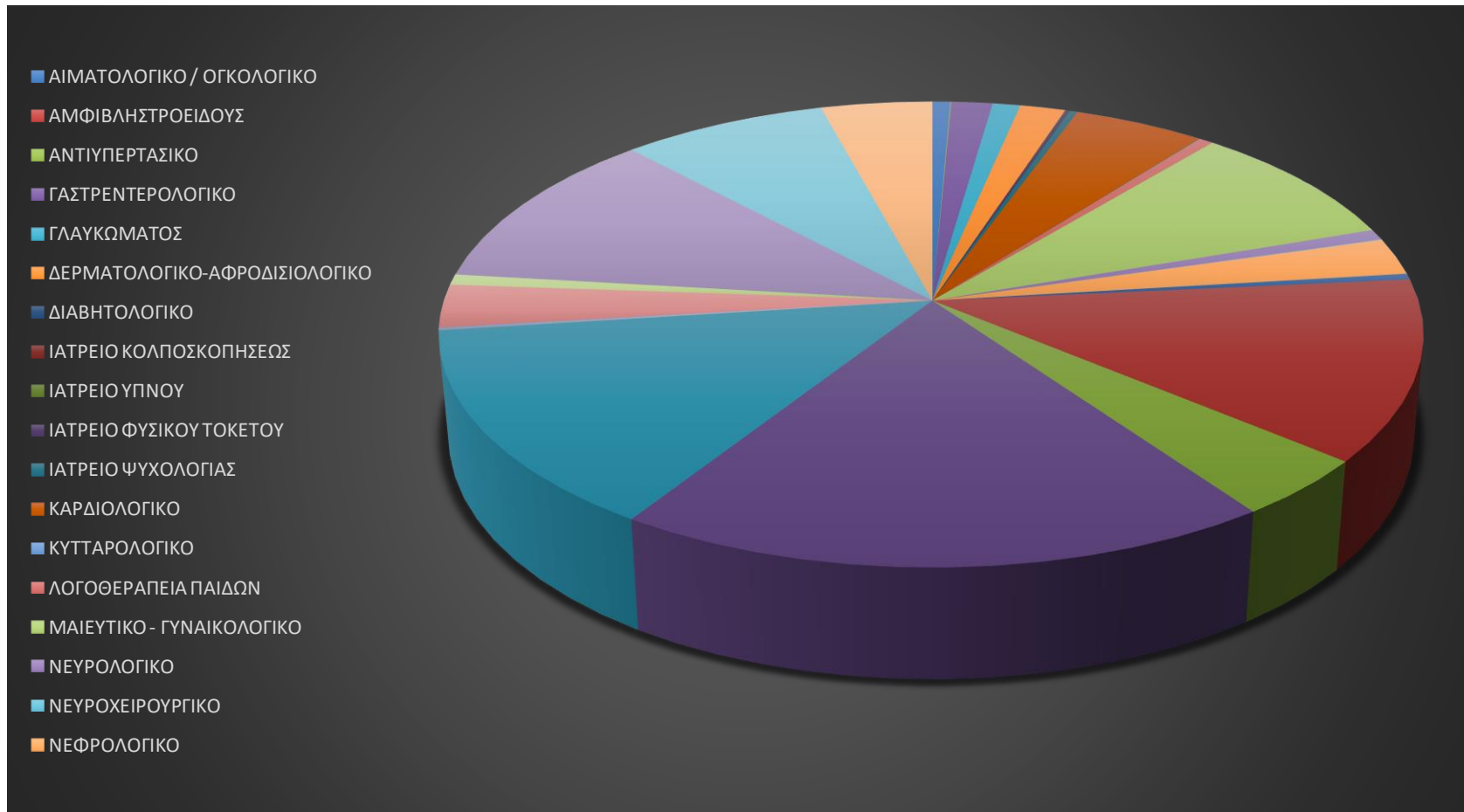
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	281	274	383	264		2	2		1206
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	667	725	650	300	427	684	446	262	4161
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	5	32	55	33			116	434	675
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	2656	2585	2842	1563	1653	2977	3676	2517	20469
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	842	1186	1286	885	555	1189	439	318	6700
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	3817	3262	3052	1969	2659	4946	5343	5739	30787
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	1990	3366	4255	3486	2902	2145	2192	2227	22563
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	7	9				1	1	3	21
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ							124	148	272
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	552	556	612	597	541	704	777	556	4895
ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	116	137	131	90	83	218	227	193	1195
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	2679	2738	2220	2243	2397	2118	1977	1869	18241
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	1519	2010	2159	2163	1653	868	1034	1210	12616
ΩΡΛ	827	731	839	769	761	700	1249	958	6834
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	18635	20236	21834	17419	17250	21210	23041	23240	162865



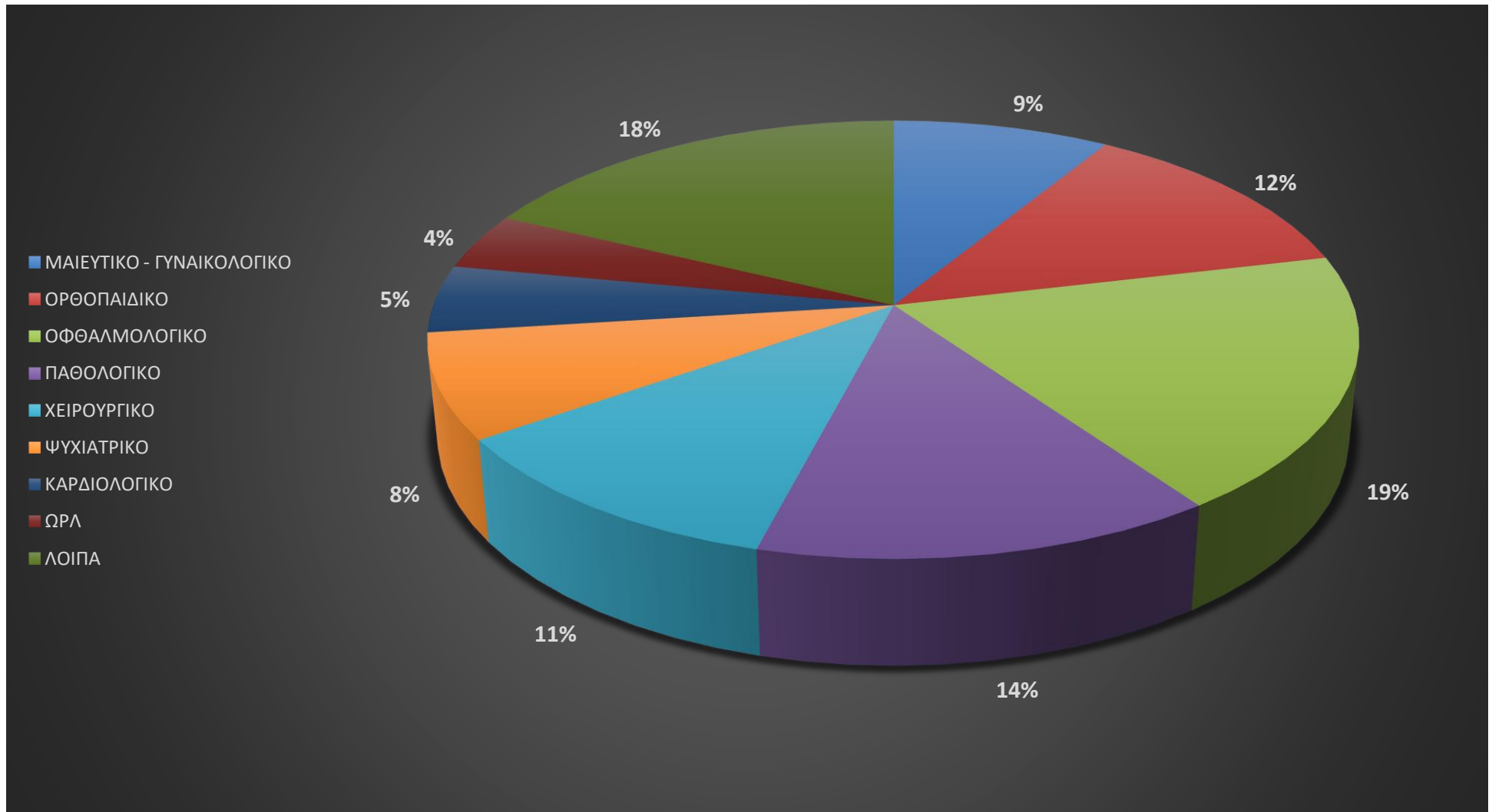
Εικόνα 9. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΕΤΩΝ 2012 - 2019 ΑΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.



Εικόνα 100: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.



Εικόνα 111: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΡΙΘΜΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.



Εικόνα 122 : ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΡΙΘΜΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2012-2019.

RowLabels	Sum of ΣΥΝΟΛΟ
2012	18635
2013	20236
2014	21834
2015	17419
2016	17250
2017	21210
2018	23041
2019	23240
GrandTotal	162865
Εικόνα 133: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ.	

RowLabels	Sum of ΣΥΝΟΛΟ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ / ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1092
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ	6
ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	47
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	2532
ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΟΣ	1701
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ- ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	2791
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	25
ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΕΩΣ	43
ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΝΟΥ	15
ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	211
ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	480
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	8107
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	64
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ	819
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	14227
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1206
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	70
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	4161
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	675
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	20469
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	6700
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	30787
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	22563
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	21
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	272

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	4895
ΣΥΜΒ. ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	1195
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	18241
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	12616
ΩΡΛ	6834
GrandTotal	162865

Εικόνα 144:
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ
ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ
ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ
ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ
ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν
ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ
2012-2019 ΑΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ.