

**ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΥ
ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ**

ΛΑΡΙΣΑ 7 και 8 – 10 – 2016

Συνεδρία Παρασκευής 7/10/2016 με θέμα: «Το νέο Ασφαλιστικό»

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΒΑΣΙΛΗ ΦΑΪΤΑ

(Προέδρου Πρωτοδικών Δ.Δ., Γενικού Γραμματέα της Ένωσης Διοικητικών Δικαστών)

ΘΕΜΑ: «Ιστορική εξέλιξη της Κοινωνικής Ασφάλισης: Η κατάκτηση της Ασφάλισης, η απαξίωση των αποθεματικών των ασφαλιστικών Ταμείων από το 1950 έως σήμερα και η σταδιακή κατεδάφιση του δημόσιου χαρακτήρα της Ασφάλισης από το 1992 και μετά»

Εισαγωγή: Η οικοδόμηση του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα ξεκίνησε τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα. Δεν παραχωρήθηκε οικειοθελώς από το Κράτος αλλά επιβλήθηκε από τον ελληνικό λαό, ως αποτέλεσμα δυναμικών, ενίοτε αιματηρών, αγώνων όλων των κλάδων των εργαζομένων, των αγροτών, των μικρών επαγγελματιών. Μπορούμε να αναφέρουμε χαρακτηριστικά την ιστορική απεργία των εργατών των ορυχείων του Λαυρίου το 1896 (με βασικά αιτήματα των απεργών τη δημιουργία φαρμακείου στα μεταλλωρυχεία ή την παροχή σπιτιών στους εργάτες), καθώς και τη μεγάλη απεργία των μεταλλωρύχων της Σερίφου το 1916 (που είχε ως βασικό αίτημα το οχτάωρο και τη λήψη μέτρων προστασίας των εργατών) ¹

Οι παράγοντες που συνετέλεσαν στη διεύρυνση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων μεταπολεμικά: Μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο οι κατακτήσεις των εργαζομένων στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Δυτική Ευρώπη διευρύνθηκαν. Οι βασικοί παράγοντες για τη διεύρυνση αυτή ήταν δύο:

Πρώτον, οι μεταπολεμικοί σκληροί εργατικοί αγώνες.

Και δεύτερον, η έλξη που ασκούσαν οι πρωτοφανείς για τα δεδομένα της εποχής κατακτήσεις στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης στη Σοβιετική Ένωση, τη ΓΛΔ και τις άλλες σοσιαλιστικές χώρες.²

Περιεχόμενο των δικαιωμάτων που κατακτήθηκαν: Τα δικαιώματα που θεμελιώθηκαν στη Δυτική Ευρώπη (και την Ελλάδα) κατά την προαναφερόμενη περίοδο του 20^{ου} αιώνα αφορούσαν ιδίως:

- τη σταθερή εργασία,
- τη θέσπιση του οκτάωρου,
- την ασφαλιστική – συνταξιοδοτική κάλυψη σημαντικού μέρους του πληθυσμού,
- την επέκταση του τομέα της κρατικής υγείας,
- την καθιέρωση κατώτερων ορίων συντάξεων,
- τη μείωση των ορίων συνταξιοδότησης ,
- την κατάκτηση του θεσμού των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων,
- διάφορες κατακτήσεις όπως οι άδειες τοκετού κα.

Υπονόμηση του συστήματος κοινωνικής Ασφάλισης:

Ωστόσο το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης στη Δυτική Ευρώπη και την Ελλάδα υπονομεύτηκε από την πρώτη στιγμή από τα ίδια τα κράτη.

Ειδικά στην Ελλάδα:

Το ελληνικό κράτος ουδέποτε ανταποκρίθηκε πλήρως στις τυπικές υποχρεώσεις του έναντι της κοινωνικής ασφάλισης. Διαχρονικά παρακρατούσε κατά τρόπο συστηματικό σημαντικό μέρος της οφειλόμενης χρηματοδότησης των Ταμείων, αλλά και των κρατικών νοσοκομείων.

Με ευθύνη του απαξιώθηκαν τα αποθεματικά των Ταμείων. Ειδικότερα:

Με τον α.ν. 1611/1950 επιβλήθηκε η κατάθεση των αποθεματικών των ασφαλιστικών Ταμείων στην Τράπεζα της Ελλάδας (άρθρο 1). Ο τόκος καθοριζόταν από την αρμόδια Νομισματική Επιτροπή (άρθρο 2). Ο τόκος που οριζόνταν ήταν εμφανώς χαμηλότερος του πληθωρισμού και του επιτοκίου τραπεζικών καταθέσεων. Η στόχευση της ανωτέρω ρύθμισης, όπως εκφράστηκε πανηγυρικά την εποχή εκείνη, ήταν η συμβολή των ασφαλιστικών ταμείων στην εκβιομηχάνιση της Ελλάδας. Δηλαδή η χρηματοδότηση των μεγάλων επενδύσεων, ιδιωτικών και κρατικών, έγινε εν πολλοίς με τα χρήματα των εργαζόμενων και μάλιστα με αυτά που προορίζονταν για τις συντάξεις τους και για παροχές υγείας και πρόνοιας.

Μόνο για την περίοδο 1951 – 1975, δηλαδή την περίοδο πριν τη μεταπολίτευση, οι απώλειες των Ταμείων σε τόκους έχουν υπολογιστεί σε ποσό που αντιστοιχεί τουλάχιστον σε 58 δις ευρώ. Πρέπει να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη απώλεια υπήρξε τα δύο τελευταία χρόνια της δικτατορίας. Το επιτόκιο ήταν ήδη από το έτος 1955 σταθεροποιημένο στο 4%, ο πληθωρισμός όμως το έτος 1973 ανήλθε σε 15,5% και το έτος 1974 σκαρφάλωσε στο 26,8%. Μόνο τα δύο αυτά έτη χάθηκε το 1/3 των πλεονασμάτων των Ταμείων³. Κι αυτή ήταν μόνο η θετική ζημία, διότι υπήρξαν και διαφυγόντα κέρδη, μιας και τα Ταμεία δεν επιτρέπóταν να επενδύσουν σε ομόλογα του Δημοσίου τα οποία τότε είχαν ιδιαίτερα ψηλά επιτόκια. Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι τη δεκαετία του 1990. Ακολούθως, με το ν. 2042/1992 επιτράπηκε στα ασφαλιστικά Ταμεία να επενδύουν μέχρι το 20% (με το ν. 2676/1999 το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 23%) των διαθέσιμων τους σε μετοχές και ακίνητα. Το αποτέλεσμα της επένδυσης αυτής είναι γνωστό σε όλους. Οι ζημιές των ασφαλιστικών ταμείων στο χρηματιστήριο την περίοδο 1999 - 2002 ξεπέρασαν τα 3,5 δις ευρώ, η κατάσταση δε αποτυπώθηκε χαρακτηριστικά στις περιπτώσεις έκδοσης των λεγόμενων «δομημένων ομολόγων». Νέες απώλειες δισεκατομμυρίων ευρώ

υπέστησαν τα ασφαλιστικά Ταμεία από το «κούρεμα» των ελληνικών ομολόγων (PSI).

Συνολικά οι απώλειες των ασφαλιστικών Ταμείων από τις παραπάνω αιτίες εκτιμώνται σε 100 δις ευρώ τουλάχιστον.

Από την άλλη το κράτος ανέχθηκε την απροθυμία τμημάτων της μεγάλης εργοδοσίας να καταβάλει πλήρες το μερίδιο που της αναλογούσε. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι οι ανείσπρακτες οφειλές των εφοπλιστών στο NAT.

Πέραν αυτών είναι αδιαμφισβήτητη η διαχρονική αδυναμία επαρκών ελέγχων των εργοδοτών και η γενικευμένη ανασφάλιστη εργασία.

Ποιότητα υπηρεσιών: Αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιδίως της υγείας) μπορούμε να πούμε ότι από το 1950 υπήρξε ασφαλώς σημαντική βελτίωση των υπηρεσιών αυτών πλην όμως η βελτίωση αυτή δεν ακολουθούσε την ταχύτητα και τους ρυθμούς προόδου της επιστήμης και της τεχνικής. Σε μια πορεία διαμορφώθηκε χάσμα μεταξύ των υπηρεσιών αυτών και των σύγχρονων πραγματικών αναγκών υγείας.

Αντικειμενικές εξελίξεις: Η νομοτελειακή πορεία συγκέντρωσης και συγκεντροποίησης κεφαλαίου που χαρακτηρίζει όλους τους κλάδους της παραγωγής, η οποία την περίοδο μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο παρατηρήθηκε ένταση σε όλη τη Δυτική Ευρώπη, δεν εξαίρεσε τη φαρμακοβιομηχανία, τις υψηλής τεχνολογίας εργασίες στον τομέα της Υγείας, τον κλάδο της παραγωγής υγειονομικών υλικών κλπ.

Ήδη από τη δεκαετία του 1980 σε όλες τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στην Ελλάδα εμφανίζονται, με την επενέργεια της νομοτελειακής τάσης της πτώσης του μέσου ποσοστού κέρδους ⁴, προβλήματα στη διευρυμένη αναπαραγωγή του κεφαλαίου σε όλους τους τομείς της Οικονομίας. Τούτο παρατηρείται και στους ανωτέρω κλάδους που συνδέονται με την κοινωνική ασφάλιση. Η νομοθεσία, εθνική και υπερεθνική (ΕΟΚ – ΕΕ), λάμβανε μέτρα (π.χ. κίνητρα για συγχωνεύσεις κ), τα οποία μπορεί προσωρινά να άμβλυαν το πρόβλημα της διευρυμένης αναπαραγωγής κεφαλαίου, όμως εξ'

αντικειμένου συνετέλεσαν στην επιτάχυνση της περαιτέρω συγκέντρωσης και συγκεντροποίησης και στον τομέα του φαρμάκου και της υγείας

Η κατεδάφιση του δημόσιου χαρακτήρα της Ασφάλισης: Οι παραπάνω εξελίξεις (αδυναμία διευρυμένης αναπαραγωγής κεφαλαίου – περαιτέρω αξιοποίησης του συσσωρευμένου κεφαλαίου, πολιτικές απαξίωσης των αποθεματικών των Ταμείων) δεν αποτελούσαν μόνο ελληνικό φαινόμενο. Λιγότερο ή περισσότερο παρατηρήθηκαν σε όλη τη Δυτική Ευρώπη και συνετέλεσαν (μαζί με άλλους παράγοντες) στην αύξηση των κρατικών ελλειμμάτων και των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών οργανισμών.

Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα τα κράτη της Δυτικής Ευρώπης επεξεργάστηκαν και υλοποίησαν σταδιακά σειρά μέτρων σε βάρος των ασφαλισμένων παρότι οι τελευταίοι κατέβαλαν συστηματικά εισφορές και παρήγαγαν δια της εργασίας τους τον κοινωνικό πλούτο.

Οι βασικές κατευθύνσεις των μέτρων αυτών συνίσταντο:

-στην μείωση των μισθών των εργαζόμενων στη υγεία και γενικά την κοινωνική ασφάλιση [όπως άλλωστε σε όλους τους κλάδους],

-στην μείωση των συντάξεων και την άλλων χρηματικών παροχών (επιδομάτων, εφάπαξ βοηθημάτων κα)

-στην αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης,

-στην υποβάθμιση των κρατικών υπηρεσιών υγείας αλλά και στη μετακύλιση μέρους της κρατικής - κυβερνητικής ευθύνης για την προστασία της υγείας σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης ή σε ΜΚΟ. Και είναι χαρακτηριστικό ότι παντού (π.χ. Δανία) το επόμενο βήμα της μεταβίβασης κρατικής ευθύνης στο τομέα της υγείας σε ΟΤΑ ήταν η μείωση της κρατικής επιχορήγησης των ΟΤΑ και συνακόλουθα η αύξηση των δημοτικών φόρων ώστε τελικά οι ασφαλισμένοι να διπλοπληρώνουν τις παροχές της υγείας και της πρόνοιας.

Παράλληλα θεσπίζονταν μέτρα ειδικά για την αντιμετώπιση της ακραίας φτώχειας κλπ.

Έτσι σταδιακά από την αρχή της δεκαετίας του 1990 άρχισε η κατεδάφιση των δημοσίων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.

Ας δούμε όμως την πορεία της κατεδάφισης του δημόσιου χαρακτήρα της Ασφάλισης μέσα από τις επίσημες αποφάσεις της ΕΕ:

Στις 10 και 11 Δεκεμβρίου του 1993 στη Σύνοδο Κορυφής των Βρυξελλών εγκρίθηκε η Λευκή Βίβλος για την ανάπτυξη, την ανταγωνιστικότητα και την απασχόληση. Επρόκειτο για την κατευθυντήρια γραμμή που θα έπρεπε να ακολουθήσουν τα κράτη μέλη στα εν λόγω θέματα και την Κοινωνική Ασφάλιση. Ήδη από τον Ιούνιο του 1993 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο είχε καλέσει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να προετοιμάσει την εν λόγω κατευθυντήρια γραμμή.

Τι ήταν αυτά που τέθηκαν ως στρατηγικές στοχεύσεις στο κείμενο της Λευκής Βίβλου; Όλα όσα ακολούθησαν. Στην Ελλάδα οι κατευθύνσεις της Λευκής Βίβλου αποτυπώνονται από τις πρώτες νομοθετικές παρεμβάσεις υποτίμησης των ασφαλιστικών δικαιωμάτων των αρχών της δεκαετίας του 1990 μέχρι το πρόσφατο «νέο Ασφαλιστικό». Ας δούμε αναλυτικά :

α) Μείωση μισθών

Η Λευκή Βίβλος κατευθύνει τις εθνικές κυβερνήσεις ώστε «οι κατά κεφαλή ονομαστικοί μισθοί να μην αυξάνονται κατά ποσοστό 2 % - 3% ετησίως» (Θέση 1.5). Αυτό θα γίνεται σύμφωνα με την αρχή : «Παραγωγικότητα μείον μία ποσοστιαία μονάδα» (Θέση 1.5) σε συνδυασμό με την αρχή: «Περιορισμός των μισθολογικών αυξήσεων κάτω από την αύξηση της παραγωγικότητας» (θέση 8.8).

Τι βλέπουμε δηλαδή εδώ; Ότι πολλά χρόνια πριν την τρέχουσα οικονομική κρίση, περιλαμβανομένων και περιόδων ανάπτυξης, είχε προαποφασιστεί το πάγωμα των μισθών κάτω από την αύξηση της παραγωγικότητας.

β) Ελαστικοποίηση των σχέσεων εργασίας – Κατάργηση δώρου

Στη θέση 8.2 της Λευκής Βίβλου αναφέρεται ότι: «Για να διευκολύνεται η απασχόληση των νέων, προτείνεται να καθιερωθεί μεγαλύτερη ευελιξία ως προς τον ελάχιστο μισθό, τις μειωμένες κοινωνικές εισφορές ή άλλους όρους της σύμβασης, π.χ. μέσω της θέσπισης ευέλικτων συστημάτων μαθητείας, κατάρτισης ή πρακτικής άσκησης. . Όσον αφορά την κατανομή του χρόνου εργασίας, έχουν γίνει προτάσεις για υπολογισμό των ωρών εργασίας σε

ετήσια βάση ή για θέματα μείωσης των ωρών εργασίας σε περιόδους ύφεσης». Στην ίδια Θέση (8.2) αναφέρεται περαιτέρω ότι: «Η ανάπτυξη και ευελιξία πρέπει να αντανakλώνται στις κανονιστικές ρυθμίσεις και στα συστήματα συλλογικής διαπραγμάτευσης, διευκολύνοντας τη βελτίωση της προσαρμογής στα χαρακτηριστικά των τοπικών αγορών και των επιχειρήσεων». Στη Θέση 8.8. προτείνεται ως κίνητρο πρόσληψης ανέργων τη θέσπιση «συστημάτων κυκλικής εναλλαγής σε θέσεις απασχόλησης». Στη Θέση 1.6. εξάλλου αναφέρεται ότι: «Τα άτομα, τα οποία έχουν ήδη εργασία πρέπει να πειστούν ότι... η αλληλεγγύη που θα δείξουν με την αποδοχή ορισμένων θυσιών θα καταλήξει στη δημιουργία θέσεων απασχόλησης για εκείνους, οι οποίοι είναι σήμερα άνεργοι».

Η εξειδίκευση των παραπάνω θέσεων στα χρόνια που ακολούθησαν ήταν η γενίκευση της μερικής απασχόλησης σε όλες τις χώρες της ΕΕ, η θέσπιση μέτρων που συνιστούν διανομή μίας θέσης εργασίας σε περισσότερους, η ελαστικοποίηση στους όρους απασχόλησης, η κινητικότητα κ.α. Η ανατροπή της πιο μεγάλης κατάκτησης της κοινωνικής ασφάλισης, **της σταθερής σχέσης εργασίας και του οκτάωρου**, έχει το βάθος της στα παραπάνω κατευθυντήρια κείμενα.

γ) Απελευθέρωση των ορίων των απολύσεων

Στο Μέρος ΑΙ της Λευκής Βίβλου αναφέρεται ότι: «Σε πολλές χώρες του Νότου η νομοθεσία που διέπει τους όρους απόλυσης των εργαζομένων με συμβάσεις απεριόριστου χρόνου διάρκειας πρέπει να χαλαρώσει».

Είναι εμφανής εδώ η αποτύπωση της επιδίωξης της απελευθέρωσης του ορίου απολύσεων και η άρση κάθε σχετικού νομοθετικού εμποδίου. Έκτοτε στην Ελλάδα η νομοθεσία για τα όρια των απολύσεων (ν. 1387/1983) τροποποιήθηκε δύο φορές (ν. 2874/2000 και ν. 3963/2010). Μετά την τελευταία τροποποίηση δεν υπάρχει κανένα όριο για επιχειρήσεις μέχρι 19 εργαζόμενους, ενώ το όριο για τις λοιπές επιχειρήσεις ανέρχεται στους 6 εργαζόμενους αν η επιχείρηση απασχολεί από 20 – 150 εργαζόμενους και σε ποσοστό 5% των εργαζομένων και μέχρι 30 άτομα ανά ημερολογιακό μήνα αν η επιχείρηση απασχολεί περισσότερους των 150 εργαζομένων⁵. Σήμερα η συζήτηση αφορά την πλήρη απελευθέρωση των ομαδικών απολύσεων.

δ) Μείωση των εισφορών των εργοδοτών. Ανατροπή των συστημάτων προστασίας των ανέργων και άλλων ευπαθών ομάδων

Στη Θέση 9.3. της Λευκής Βίβλου τίθεται ο στόχος της μείωσης «των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης των εργοδοτών»

Στη Θέση 7.2. τίθεται ως στόχος η «ελάφρυνση των κοινωνικών επιβαρύνσεων για τις επιχειρήσεις που οργανώνουν ενέργειες κατάρτισης», ενώ στη Θέση 7.4 ορίζεται ότι: «Τα συστήματα αποζημίωσης της ανεργίας θα πρέπει να προσαρμοστούν και να βρεθούν νέες μέθοδοι, που θα επιτρέπουν την επαναδιάθεση ενός μέρους των πιστώσεων αυτών στις ενέργειες κατάρτισης. Ειδικότερα για τους μακροχρόνια άνεργους και τους νέους που προσεγγίζουν την αγορά εργασίας χωρίς ειδικότητα».

Με τις παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες άνοιξε ο δρόμος αφενός για την μείωση των εισφορών των εργοδοτών, αφετέρου για τη θεσμοθέτηση της κατάργησης των συστημάτων προστασίας της ανεργίας τα οποία αντικαθίστανται σταδιακά με την επιδότηση των επιχειρήσεων. Τα ανωτέρω συνδυάζονται με ρυθμίσεις που ονομάζουν ορισμένες περιπτώσεις παροχής εργασίας σε «εργασία απόκτησης εργασιακής εμπειρίας» ή «μαθητεία» ελαχιστοποιώντας τις αμοιβές των εργαζόμενων στις θέσεις αυτές.

Συναφώς είναι αξιοσημείωτη είναι η Θέση 8.3: «. . . η μείωση [των εργοδοτικών εισφορών] θα μπορούσε να αφορά αρχικά τις εισφορές, οι οποίες χρηματοδοτούν δαπάνες που εντάσσονται κανονικά στα πλαίσια της εθνικής αλληλεγγύης: οικογενειακά επιδόματα, ελάχιστες παροχές γήρατος, σοβαρές ασθένειες, μακροχρόνια ανεργία» .

Έτσι οικοδομήθηκε το βάθρο της μείωσης όχι μόνο των επιδομάτων ανεργίας, αλλά και σειρά άλλων προνοιακών παροχών, όπως οικογενειακά επιδόματα, παροχές γήρατος κα.

Στις 13 και 14/3/1997 στο Ρότερνταμ πραγματοποιήθηκε Σύνοδος των Υπουργών Κοινωνικών Υποθέσεων των κρατών μελών με στόχο την εξέταση της πορείας υλοποίησης των όσων στόχων είχε θέσει η Λευκή Βίβλος. Στη σύνοδο αυτή αποφασίζεται μεταξύ άλλων:

- μείωση εργοδοτικών εισφορών επί προσλήψεων νέων ανειδίκευτων εργαζομένων ή μακροχρόνια άνεργων και
- μείωση φόρων και τελών σε περιπτώσεις τέτοιων προσλήψεων.

Στις 3 και 4/6/1999 στη Σύνοδο Κορυφής της ΕΕ στην Κολωνία υιοθετήθηκε το Σύμφωνο Απασχόλησης (του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου) ως συνέχεια της Λευκής Βίβλου ⁶ . Οι βασικές κατευθύνσεις του Συμφώνου αυτού ήταν:

- η μείωση του μη μισθολογικού κόστους των επιχειρήσεων, κάτι που συνιστούσε υπονόμευση των ασφαλιστικών ταμείων αφού στην ουσία επρόκειτο για στρατηγική μείωσης των εργατικών ασφαλιστικών εισφορών των εργοδοτών ,
- η αναδιάρθρωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, ιδίως η ενοποίηση ταμείων, αλλά και η προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης
- η περαιτέρω προώθηση ελαστικών μορφών απασχόλησης
- και η κατάργηση ορισμένων επιδομάτων (π.χ. ανεργίας) και η αντικατάστασή τους με επιδότηση επιχειρήσεων (π.χ. για την πρόσληψη ανέργων).

Στη Σύνοδο Κορυφή της Ε.Ε. της 23-24/3/2000 στη Λισαβόνα χαράσσεται η Στρατηγική της Λισαβόνας με στόχο «να καταστήσει την Ευρωπαϊκή Ένωση ανταγωνιστικότερη των Η.Π.Α. μέχρι το 2010». Με τι τρόπο θα υλοποιούνταν ο στόχος αυτός; Σύμφωνα με τις αποφάσεις που λήφθηκαν επιβάλλεται:

- η κατάργηση συλλογικών συμβάσεων,
- η περαιτέρω μείωση μισθών και συντάξεων,
- η περαιτέρω αύξηση των ορίων ηλικίας για συνταξιοδότηση,
- η μείωση των επιδομάτων ανεργίας με τελικό στόχο την πλήρη κατάργησή τους,
- η απελευθέρωση του χρόνου εργασίας (δηλαδή, κατάργηση πενθημέρων και οκταώρων),
- η απελευθέρωση της αγοράς εργασίας με προώθηση της ελαστικής απασχόλησης,
- η επιτάχυνση των ιδιωτικοποιήσεων με σταδιακή απόσυρση του δημόσιου τομέα από στρατηγικούς τομείς όπως η υγεία.

Προώθηση της Στρατηγικής της Λισαβόνας αποτελούν τα Συμπεράσματα της Συνόδου Κορυφής της 15-16/3/2002 στη Βαρκελώνη.

Σύμφωνα με τα εν λόγω Συμπεράσματα απαιτείται «να αυξηθούν οι πιθανότητες εξεύρεσης εργασίας για τους μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενους, με την θεσμοθέτηση συστημάτων μερικής συνταξιοδότησης».

Στην Εαρινή Σύνοδο Κορυφής (2009) επανεξετάζονται ορισμένοι στόχοι της Λευκής Βίβλου μέσα από το πρίσμα της οικονομικής κρίσης που έχει ξεσπάσει και εκσυγχρονίζεται η στρατηγική της συνέχισης των ανατροπών στην Κοινωνική Ασφάλιση. Έτσι οι στοχεύσεις της περαιτέρω επέκτασης και θέσπισης νέων ευέλικτων μορφών εργασίας, της περαιτέρω μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών των εργοδοτών, της επέκτασης, αντιθέτως, της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών και κατά τη συνταξιοδότηση (δηλ. όχι μόνο κατά τον εργασιακό βίο), αλλά και της απαίτησης για νέες ονομαστικές μειώσεις των μισθών συνδυάζονται με χορήγηση δισεκατομμυρίων ευρώ από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο προς διάφορες επιχειρήσεις προς το σκοπό «της διατήρησης θέσεων εργασίας στη διάρκεια της κρίσης».

Η υλοποίηση των ανωτέρω σχεδιασμών στην Ελλάδα αποτυπώθηκε με τη δρομολόγηση και υλοποίηση σειράς παρεμβάσεων στη νομοθεσία περί κοινωνικής ασφάλισης πολύ πριν την οικονομική κρίση:

Ας αναφερθούν ορισμένες χαρακτηριστικές.

Το 1992 νομοθετήθηκε (ν. 2084/1992) ο διαχωρισμός των ασφαλισμένων σε «παλαιούς» (προς του 1993) και «νέους» (μετά του 1993) με τη θέσπιση δυσμενέστερου καθεστώτος για τους τελευταίους .

Θεσπίστηκε η λήψη υπόψη για τον προσδιορισμό της σύνταξης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης μισθωτών ως συντάξιμου μισθού του μέσου όρου των μισθών της τελευταίας πενταετίας και όχι του μισθού του τελευταίου μήνα.

Καταργήθηκε ο συνυπολογισμός των Δώρων για τη διαμόρφωση της σύνταξης

Άρχισε σταδιακά η υλοποίηση μέτρων που κατατείνουν στην εξίσωση των ορίων ηλικίας ανδρών και γυναικών⁷.

Δρομολογήθηκαν οι διαδικασίες ενοποίησης ασφαλιστικών ταμείων.

Μειώθηκαν οι εισφορές των εργοδοτών.

Αυξήθηκαν οι εισφορές των ίδιων των ασφαλισμένων για την Υγεία.

Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης με τα Μνημόνια, τους οικείους εφαρμοστικούς νόμους μέχρι και το πρόσφατο νέο Ασφαλιστικό θεσπίστηκαν νέα μέτρα που ανατρέπουν κεκτημένα της Κοινωνικής Ασφάλισης, υλοποιούν ημιτελή στοχεύσεις προηγούμενων νομοθετικών παρεμβάσεων ή επεκτείνουν ανατροπές που είχαν ήδη λάβει χώρα.

Συνέπειες της κατεδάφισης των δημόσιων συστημάτων ασφάλισης:

Η υλοποίηση όλων των προαναφερόμενων στοχεύσεων, όπως σχεδιάστηκαν στις ως άνω Συνόδους, (υλοποίηση) η οποία λαμβάνει χώρα από το 1992 και μετά, υποβάθμισε έτι περαιτέρω τις υπηρεσίες της κοινωνικής ασφάλισης και συνετέλεσε καθοριστικά στη περαιτέρω διόγκωση των ελλειμμάτων των Ταμείων.

Τα χρόνια από το 1993 και μετά ενισχύθηκε η ανασφάλιστη εργασία, που αποτελεί βασικό πρόβλημα για τους εργαζόμενους και τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ανασφάλιστη εργασία πλήττει περισσότερο τους αλλοδαπούς εργαζόμενους, τις γυναίκες και τους νέους.

Επιταχύνθηκε η περαιτέρω πορεία μείωσης των συντάξεων καθώς και η αντίστοιχη μείωση ή και κατάργησης προνοιακών επιδομάτων κλπ. Άλλωστε πολλά από αυτά τα επιδόματα επειδή χορηγούνταν με βάση εισοδηματικά κριτήρια, λειτούργησαν ως μέσο ευκολότερης προώθησης της κατάργησης του θεσμού των κατώτερων ορίων σύνταξης.

Μειώθηκαν τα κονδύλια για τη χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οξύνθηκαν τα προβλήματα στον τομέα της Υγείας. Οι ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό σε όλες τις υπηρεσίες της Υγείας είναι τεράστιες. Οι ασφαλισμένοι επιβαρύνονται είτε μέσω της συμμετοχής σε ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα κ.ά.), είτε με την αύξηση των νοσηλείων.

Στις συνθήκες αυτές αναπόφευκτα ενισχύθηκε η επιχειρηματική δράση στον τομέα της υγείας και η ιδιωτική ασφάλιση. Οι τεράστιες ελλείψεις στο δημόσιο τομέα Υγείας οδηγούν ασθενείς σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ⁸

Από την άλλη οι εξελίξεις αυτές επενεργούν πάνω στους παράγοντες ασφαλιστικού κινδύνου των εργαζομένων. Έτσι π.χ. οι εργαζόμενοι που εργάζονται με ευέλικτες σχέσεις εργασίας ή που τελούν υπό εργασιακή ανασφάλεια ή που εργάζονται με διευθετημένο χρόνο εργασίας και πάνω από 8 ώρες, αποδεδειγμένα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν εργατικό ατύχημα και επαγγελματική ασθένεια, η ψυχική τους υγεία είναι περισσότερο επιβαρημένη. Ανάλογα αποτελέσματα επιφέρει η αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης, η κατάργηση των Βαρέων Ανθυγιεινών Επαγγελμάτων, αφού οι εργαζόμενοι εξαναγκάζονται να επιμηκύνουν την έκθεσή τους στους επαγγελματικούς κινδύνους και στην κόπωση της εργασίας, σε μία ηλικία που η υγεία τους είναι ήδη πιο ευάλωτη και σε επαγγέλματα που είναι επικίνδυνα και ανθυγιεινά. νέες εργασιακές σχέσεις.

Επίλογος:

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι δεν είναι ορθή η θέση ότι η οικονομική κρίση (ή τα Μνημόνια) επέφεραν τα μέτρα επιδείνωσης της θέσης των ασφαλισμένων. **Τα σημερινά μέτρα στην Κοινωνική Ασφάλιση, όπως αποτυπώνονται στα Μνημόνια, τους εφαρμοστικούς νόμους των Μνημονίων μέχρι και το νέο Ασφαλιστικό, έχουν προαποφασιστεί και αρχίσει σταδιακά να υλοποιούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1990.** Αυτό οπωσδήποτε που είναι αληθές είναι ότι στα χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα η θέσπιση τέτοιων μέτρων επιταχύνθηκε

Επίσης προκύπτει ότι τα σημερινά μέτρα στην κοινωνική Ασφάλιση, π.χ. το νέο Ασφαλιστικό, δεν είναι ελληνικής έμπνευσης. Βασίζονται στον προαναφερόμενο στρατηγικό σχεδιασμό της ΕΕ εδώ και 25 χρόνια .

Τα μέτρα αυτά αφορούν όλη την Ευρώπη και όχι μόνο την Ελλάδα, ακόμη και τις χώρες που από κάποιους θεωρούνται πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. Σκανδιναβικές χώρες).

Στη Δανία, για παράδειγμα, το όριο συνταξιοδότησης έχει ήδη ανέλθει στα 67 έτη με τάση ανόδου στα 70 έτη. Το ασφαλιστικό σύστημα έχει χωριστεί σε τρεις πυλώνες, στη βασική ασφάλιση που ισχύει για όλους και δίνει μια χαμηλή σύνταξη, στην υποχρεωτική επαγγελματική ασφάλιση, όπου παρακρατούνται ανάλογα με τη συλλογική σύμβαση από το μισθό 9% και πλέον, και λειτουργεί με κεφαλαιοποιητικό σύστημα (ατομικές μερίδες) και στη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση. Επίσης, στη Δανία καταργήθηκαν παραδοσιακά επιδόματα, ιδίως για τους ασφαλισμένους ηλικίας κάτω των 30 ετών, ενώ περιορίστηκε δραστικά το διάστημα χρηματοδότησης των ανέργων. Τονίζεται ότι και στη Δανία είναι συνεχής η τάση περικοπών δαπανών και μείωσης προσωπικού στην Υγεία.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που οικοδομήθηκε μέσα από τις παραπάνω αναδιαρθρώσεις είναι ένα σύστημα το οποίο τον 21ο αιώνα αντιμετωπίζει τις ανάγκες των εργαζομένων με όρους του 19ου.

Δεν μπορούν σήμερα να γίνουν επιστημονικά δεκτοί οι ισχυρισμοί που **συνδέουν τη «βιωσιμότητα» των ασφαλιστικών ταμείων με τη μείωση των συντάξεων και τη χειροτέρευση των όρων συνταξιοδότησης.** Οι θέσεις αυτές αποσκοπούν στη μετατόπιση των ευθυνών στους ίδιους τους εργαζόμενους από το κράτος και την εργοδοσία, οι οποίοι αξιοποίησαν (έως λεηλάτησαν) διαχρονικά τα αποθεματικά των ασφαλιστικών ταμείων.

Ομοίως δεν είναι αποδεκτό το επιχείρημα της **«ανταποδοτικότητας»**, αφού η ανταποδοτικότητα καθόλου δεν αφορά την ισοτιμία στον καθορισμό του συνταξιοδοτικού μισθού και τη σύνδεσή του με το χρόνο ασφάλισης των εργαζομένων, αλλά αξιοποιείται για την άρνηση του κοινωνικού χαρακτήρα της ασφάλισης.

Σήμερα το επίπεδο της προόδου της επιστήμης και της τεχνολογίας επιτρέπει καθολική Κοινωνική Ασφάλιση, επιτρέπει ένα ενιαίο σύστημα που να περιλαμβάνει τα συνταξιοδοτικά δικαιώματα, τις υπηρεσίες πρόληψης και αποκατάστασης της υγείας, τις παροχές και υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας. Οι λαοί της Ευρώπης έχουν ιστορική ευθύνη να διεκδικήσουν αξιοπρεπείς

συντάξεις και παροχές υγείας και πρόνοιας, σύμφωνα με τις σύγχρονες ανάγκες και την πρόοδο της εποχής.

1. Το 1917 ιδρύθηκε το Υπουργείο Περίθαλψης, που αργότερα χωρίστηκε σε Υγιεινής και Πρόνοιας. Αρχικά οι παροχές της περίθαλψης γίνονταν από φιλανθρωπικά ιδρύματα, που προέρχονταν από δωρητές. Τη μεταπολεμική περίοδο ανέλαβε το κράτος την ευθύνη ίδρυσης νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων. Την περίοδο εκείνη δεν υπήρχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον από επιχειρηματικούς ομίλους για ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων γιατί υπήρχε καλύτερη δυνατότητα επενδύσεων σε άλλους κλάδους, π.χ. στη φαρμακοβιομηχανία. Έτσι η ιδιωτική περίθαλψη περιορίστηκε σε μικρές ιδιωτικές κλινικές.

2. Πράγματι, μεταξύ πολλών άλλων κατακτήσεων, στην ΕΣΣΔ:

-είχε από πολύ νωρίς θεσπιστεί ότι η διάρκεια του εργάσιμου χρόνου δεν θα ξεπερνούσε τις 41 ώρες την εβδομάδα (οκτάωρο),

-η Κοινωνική Ασφάλιση ήταν καθολική χωρίς εισφορές των εργαζομένων [οι εισφορές προέρχονταν από τα κονδύλια των επιχειρήσεων, ιδρυμάτων και κολχόζ και τον κρατικό προϋπολογισμό],

-το όριο συνταξιοδότησης λόγω γήρατος, για τους άνδρες ήταν τα 60 χρόνια, για τις γυναίκες τα 55 χρόνια, ενώ στις βαριές και ανθυγιεινές εργασίες η σύνταξη χορηγούνταν στα 50 χρόνια για τους άνδρες και στα 45 για τις γυναίκες.

- υπήρχε εξαιρετική προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας. Οι έγκυες γυναίκες απαλλάσσονταν από τις υπερωρίες και τη νυχτερινή εργασία και μετατίθεντο σε πιο ελαφριές εργασίες. Στη γυναίκα χορηγούνταν πληρωμένη άδεια εγκυμοσύνης και τοκετού για 112 ημέρες (56 ημέρες πριν και 56 μετά τον τοκετό). Σε περίπτωση που κάποια γεννούσε δύο ή και περισσότερα παιδιά, ή σε περίπτωση επιπλοκών στον τοκετό, η άδεια μετά τον τοκετό αυξανόταν έως 70 μέρες. Ο κρατικός προϋπολογισμός προέβλεπε κονδύλια, που το ύψος τους συνεχώς αυξανόταν, για την καταβολή επιδόματος στις μητέρες για τη θεραπεία των παιδιών. Εκατομμύρια σοβιετικά παιδιά πήγαιναν σε παιδικούς σταθμούς. Το κράτος κάλυπτε τουλάχιστον τα 4/5 των εξόδων συντήρησής τους.

- Το δωρεάν και καθολικό σύστημα υγείας, με έμφαση την πρόληψη, η συνολική υγειονομική νομοθεσία, η έρευνα και η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας είναι μεταξύ των σημαντικότερων και αδιαμφισβήτητων επιτευγμάτων της ΕΣΣΔ που συνετέλεσαν μεταξύ πολλών στην εκμηδένιση των επιδημιών και την αύξηση του μέσου όρου ζωής: Έτσι ενώ στην τσαρική Ρωσία ο μέσος όρος ζωής ήταν τα 32 χρόνια, αμέσως μετά την Οκτωβριανή

Επανάσταση ανήλθε στα 44 και λίγα έτη μετά στα 69 χρόνια, δηλαδή στο κορυφαίο επίπεδο των πιο αναπτυγμένων χωρών του κόσμου (είναι χαρακτηριστικό ότι το 2005 ο μέσος όρος ζωής στη Ρωσία είχε πέσει στα 63 έτη)

Ανάλογες κατακτήσεις στους τομείς της Κοινωνικής Ασφάλισης είχαν οι λαοί στη ΓΛΔ και τις λοιπές σοσιαλιστικές χώρες.

3. βλ. τις «Θέσεις του Οικονομικού Επιμελητηρίου της Ελλάδας για την αποτελεσματική διαχείριση των διαθεσίμων και αποθεματικών των Ασφαλιστικών Ταμείων».

4. Για να αντέξουν οι μεγάλες ιδίως επιχειρήσεις στον ανταγωνισμό που είναι αδυσώπητος υποχρεώνονται να αναπτύξουν τις παραγωγικές δυνάμεις. Άμεση συνέπεια αυτού του γεγονότος, είναι η αύξηση της οργανικής σύνθεσης του κεφαλαίου, η αλλαγή της σχέσης του σταθερού κεφαλαίου, του κεφαλαίου δηλ. που χρησιμοποιήθηκε για την αγορά μέσων παραγωγής προς το μεταβλητό κεφάλαιο, το κεφάλαιο δηλ. που χρησιμοποιείται για την αγορά εργατικής δύναμης. Ο αναγκαίος χρόνος εργασίας μειώνεται, ενώ η αξία των μέσων παραγωγής εμφανίζει τάση αύξησης σε σχέση με την αξία της εργασίας. Το αποτέλεσμα είναι η μείωση του μέσου ποσοστού του κέρδους.

5. Σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 74 του ν. 3863/2010, πέραν του πιο πάνω ορίου οι απολύσεις θεωρούνται ομαδικές και απαγορεύονται (βλ. και την παρ. 2 άρθρου 74 του ίδιου νόμου, με την οποία τέθηκαν νέοι, βραχύτεροι, χρόνοι προειδοποίησης του μισθωτού).

6. Στο Σύμφωνο Απασχόλησης, η λέξη «εργασία» αντικαθίσταται από την λέξη «απασχόληση» και οι εργαζόμενοι γίνονται πλέον «απασχολούμενοι». Την ίδια εποχή η ελληνική κυβέρνηση μετονόμασε το Υπουργείο Εργασίας σε Υπουργείο Απασχόλησης.

7. Η εν λόγω ανατροπή στην Κοινωνική Ασφάλιση επιβλήθηκε με το πρόσχημα της ισότητας. Στην ανατροπή ατή συνετέλεσε και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, αφού μετά την έκδοση της C-559/2007 απόφασης του τελευταίου, η Ελληνική Πολιτεία θεώρησε ότι είναι υποχρεωμένη να τροποποιήσει διατάξεις που θέσπιζαν «άνιση μεταχείριση ανδρών και γυναικών» (σχετ. και η Οδηγία 54/2006 ΕΚ αλλά και οι επιστολές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής 198237/2010 και D(2010)551-A (2010)978)

Η πενταετής ή όποια άλλη διαφορά στα όρια συνταξιοδότησης δεν συνιστά «προνομιακή πρόωρη συνταξιοδότηση» υπέρ των γυναικών και ανισότητα σε βάρος των ανδρών, αλλά αποτελούσε μια κατάκτηση των εργαζομένων γυναικών που αντανάκλασε μία στοιχειώδης αναγνώριση της κοινωνικής αξίας της μητρότητας, αλλά και της βιολογικής διαφοράς των γυναικών. Ήταν η ελάχιστη αναγνώριση των κοινωνικών και οικογενειακών βαρών που επωμίζονται οι εργαζόμενες γυναίκες στο πλαίσιο μιας κοινωνίας που μεταβιβάζει συνεχώς κοινωνικές υπηρεσίες στις πλάτες τους.

8. Η πολιτική της σταδιακής αποποίησης της ευθύνης του κράτους για την υγεία συνδυάζεται με την προώθηση ανάθεσης υπηρεσιών και δράσεων δημόσιας υγείας στις Μη

Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, την λεγόμενη εταιρική κοινωνική ευθύνη και διάφορους «εθελοντές». Ως εκ τούτου ενισχύεται ακόμη περισσότερο η επιχειρηματική δράση στην υγεία.