

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΔΡΙΤΣΑΚΗ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Περίληψη

1. Εισαγωγή (Ιστορική Ανασκόπηση)
 2. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)
 3. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.)
 4. Εύποροι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί
 5. Μέθοδοι μέτρησης της ανισοκατανομής των ασφαλισμένων
 6. Εφαρμογή στην υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων στην Ελλάδα
- Συμπεράσματα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα παρουσιάζει έντονες διαφοροποιήσεις στη μορφή, στον τρόπο και στην έκταση των ασφαλιστικών παροχών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές δημιουργούν σημαντικές κοινωνικές ανισότητες στο χώρο ασφάλισης της υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σήμερα 300 περίπου ασφαλιστικά ταμεία, από τα οποία 80 προσφέρουν διάφορες και ανομοιογενείς υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Στην εργασία αυτή αναφερόμαστε σε τρία από τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία, το Ι.Κ.Α., τον Ο.Γ.Α. και τον Ο.Τ.Ε., και με τη βοήθεια των στοιχείων που αντλούμε από αυτά μελετούμε την ανισοκατανομή στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ασφαλισμένων στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας και αναλύοντας βασικούς δείκτες ανισοκατανομών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ (ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ)

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις αναπτύσσονται με τη μορφή των ταμείων αλληλοβοηθείας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης τον 16ο αιώνα. Επαγγελματικές ομάδες, όπως οι ναυτικοί και οι ανθρακωρύχοι, δημιουργούν δικά τους ταμεία, που χρηματοδοτούνται από εργατικές και εργοδοτικές εισφορές.

Στην Ελλάδα τα πρώτα ταμεία αλληλοβοηθείας εμφανίζονται μετά την επανάσταση του 1821, όπου οι ανάπηροι πολέμου, οι ναυτικοί και οι μεταλλωρύχοι δημιουργούν τους πρώτους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η έλλειψη οποιασδήποτε κρατικής προσπάθειας για τη δημιουργία ενός κρατικού ασφαλιστικού οργανισμού, σε συνδυασμό με τα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα της εποχής εκείνης, δημιουργεί έντονες κοινωνικές αντιθέσεις.

Στις αρχές του 1930 η παγκόσμια οικονομική κρίση είχε δημιουργήσει διάφορες κινητοποιήσεις και απεργίες των εργαζομένων, οι οποίες εκδηλώνονται και στην Ελλάδα με βασικές διεκδικήσεις την απασχόληση και την ασφαλιστική κάλυψη. Η κυβέρνηση Βενιζέλου το 1932 ψηφίζει το νόμο 5733 "Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων"¹, αλλά δεν τον εφαρμόζει γιατί ανατρέπεται.

Το 1934, ύστερα από απεργίες και διεκδικήσεις των εργαζομένων, η κυβέρνηση ψηφίζει το νόμο 6298 για τη δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναλαμβάνει την αναγκαστική κάλυψη του ενός τρίτου του πληθυσμού. Οι εργάτες και οι υπάλληλοι που εργάζονται στα αστικά κέντρα και στις κωμοπόλεις και έχουν απασχόληση Ιδιωτικού Δικαίου ασφαλίζονται στο Ι.Κ.Α. Το μεγαλύτερο όμως μέρος του ελληνικού πληθυσμού, δηλαδή το 67%, που είναι ο αγροτικός πληθυσμός, παραμένει ανασφάλιστο².

Το 1955 αρχίζουν οι πρώτες προσπάθειες παροχής ασφάλισης ασθενείας στον αγροτικό πληθυσμό, που ολοκληρώνονται το 1961 με την ψήφιση του νόμου 3169 "Περί δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων". Με το νόμο αυτό οι αγρότες απέκτησαν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι δεκαετίες του 1950 και 1960 παρουσιάζουν σ' όλες τις χώρες της Ευρώπης και στην Ελλάδα μια οικονομική ανάπτυξη, η οποία συνοδεύτηκε από επέκταση των κοινωνικών ασφαλίσεων και των κοινωνικών παροχών. Η τάση αυτή παρουσίασε μια κάμψη όταν εκδηλώθηκε η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1970³. Η ζήτηση για κοινωνικές υπηρεσίες αυξάνει, χωρίς να είναι σε θέση ο δημόσιος φορέας να καλύψει τις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες. Έτσι η οικονομική κρίση δημιουργεί ταυτόχρονα μια κοινωνική κρίση που πα-

¹ Λαδά-Χατζοπούλου Α., «Η δημόσια υγεία - Περίθαλψη στην Ελλάδα. Ιστορική εξέλιξη και σημερινά προβλήματα», *Σύγχρονα θέματα*, 1978, Τεύχος 3, σελ. 3-15.

² Μπαμπανάσης Σ., «Η εξέλιξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και η κοινωνική-οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα (1835-1983)», στον ειδικό τόμο, Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *Εισηγήσεις πάνω σε θέματα Κοινωνικής Ασφάλειας*, Αθήνα 1984, σελ. 217.

³ Υφαντόπουλος Γ., «Οικονομική Κρίση και Υγειονομικά Συστήματα», 1988, *Οικονομικός Ταχυδρόμος*, 31-34.

ρουσιάστηκε με ποσοτική και ποιοτική έλλειψη των παρεχόμενων κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών⁴.

Στην Ελλάδα, η διοικητική, οργανωτική και χρηματοδοτική αυτοτέλεια των ασφαλιστικών οργανισμών οδήγησε σε αποτυχία κάθε προσπάθεια ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων⁵.

Οι κυριότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι καλύπτουν το 95% περίπου του ελληνικού πληθυσμού, είναι το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε., των Δημοσίων Υπαλλήλων, του Ο.Τ.Ε., της Δ.Ε.Η. και των Τραπεζών. Στη συνέχεια δίνεται μια συνοπτική εικόνα του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε τρεις από τους ασφαλιστικούς αυτούς οργανισμούς, Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α. και Ο.Τ.Ε.

Τέλος, παρουσιάζονται με τους δείκτες ανισοκατανομής οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στο χώρο της ασφάλισης της υγείας στην Ελλάδα, για τα τρία αυτά ασφαλιστικά ταμεία, για τη χρονική περίοδο 1961-1988, η οποία χωρίζεται σε υποπεριόδους, ανάλογα με την εκάστοτε κυβερνητική πολιτική στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης.

2. ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.)

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1934 με το νόμο 6298. Στην αρχή δεν υπήρχαν οι απαιτούμενοι πόροι για τη χρηματοδότηση του Ι.Κ.Α., γι' αυτό εφαρμόστηκε στα πρώτα στάδια στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ενώ αργότερα επεκτάθηκε και στα άλλα αστικά κέντρα. Σήμερα το Ι.Κ.Α. καλύπτει το 52% του πληθυσμού της χώρας μας και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό.

Στο Ι.Κ.Α. είναι ασφαλισμένοι όλοι οι μισθωτοί, οι εργάτες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι που κατοικούν στις πόλεις και δεν έχουν άλλη ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΕΛΚΕΠΑ⁶, οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. αυξάνονται ετησίως κατά 3% περίπου. Αν και το Ι.Κ.Α. καλύπτει όλο το φάσμα παροχών εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης⁷, ωστόσο η ποιότητα των υπηρεσιών του είναι χαμηλή.

Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μια μεγάλη μερίδα ασφαλισμένων ζητούν ιατρική περίθαλψη από γιατρούς οι ο-

⁴ Υφαντόπουλος Γ., *Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*, 1985, Έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα.

⁵ Ρομπόλης Σ., *Κοινωνική Ασφάλιση. Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές*, 1990, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

⁶ ΕΛΚΕΠΑ, 1982, *Μελέτη για τη βελτίωση και την οργάνωση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλιστικών φορέων του αστικού πληθυσμού*, Αθήνα.

⁷ ΚΕΠΕ, 1984, *Πενταετές Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987*.

ποίοι δεν ανήκουν στο Ι.Κ.Α., οπότε το κόστος της ιατρικής περίθαλψης για την κατηγορία αυτή των ασφαλισμένων είναι διπλό⁸.

Η χρηματοδότηση του Ι.Κ.Α. γίνεται από τις εισφορές κυρίως των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το ποσό της εισφοράς είναι ένα σταθερό ποσοστό του εισοδήματος του ασφαλισμένου. Το αυξανόμενο έλλειμμα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στους λογαριασμούς του Ι.Κ.Α. οφείλεται κυρίως στη σημαντική χρονική καθυστέρηση στην καταβολή των ασφαλίσεων, στην πολιτική των χαμηλών εισφορών που έχει υιοθετήσει το Ι.Κ.Α. και στην ελλιπή κρατική χρηματοδότηση.

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

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1961 με το νόμο 4169 και απέβλεπε στην ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού της χώρας. Όλοι οι αγρότες, οι αλιείς, καθώς και οι μικροί βιοτέχνες και οι έμποροι, που ήταν σε περιοχές με λιγότερους από 2.000 κατοίκους, ασφαλίστηκαν στον Ο.Γ.Α.

Ο αγροτικός πληθυσμός της χώρας, λόγω της εσωτερικής μετανάστευσης και της αστυφιλίας, παρουσιάζει μια τάση μείωσης, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. να μειώνονται κατά 1.1% το χρόνο. Ο Ο.Γ.Α. προσφέρει ένα περιορισμένο φάσμα παροχών εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη του Ο.Γ.Α. περιορίζεται στις υπηρεσίες που προσφέρουν τα αγροτικά ιατρεία, οι υγειονομικοί σταθμοί και τα κέντρα υγείας.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε σύγκριση με τους άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, είναι ποιοτικά χαμηλότερες, γιατί τα αγροτικά ιατρεία στελεχώνονται κυρίως με αποφοίτους ιατρικών σχολών, οι οποίοι αφ' ενός δεν έχουν κλινική εμπειρία για την άσκηση της γενικής ιατρικής, αφ' ετέρου είναι αποκομμένοι από το λοιπό υγειονομικό σύστημα, χωρίς να έχουν τη λειτουργική και οργανωτική σύνδεση με άλλες ομάδες γιατρών ή με άλλα ανώτερα δευτεροβάθμια κλιμάκια.

Η χρηματοδότηση του Ο.Γ.Α. γίνεται κυρίως από το Δημόσιο. Οι αγρότες δικαιούχοι περίθαλψης δεν πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του Ο.Γ.Α. είναι από τα χαρτόσημα, από φόρους εισοδήματος, καθώς και από φόρους κατανάλωσης ορισμένων αγαθών⁹.

⁸ Προβόπουλος Γ., *Η κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση. Το πρόβλημα του Ι.Κ.Α.*, 1985, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

⁹ Ο.Γ.Α., *Στατιστικά Δελτία*, (σειρά ετών), Αθήνα.

4. ΕΥΠΟΡΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

Εύποροι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί θεωρούνται οι ασφαλιστικοί φορείς των Τραπεζών που ιδρύθηκαν το 1930, της Δ.Ε.Η. και του Ο.Τ.Ε. που ιδρύθηκαν το 1951. Το φάσμα των παροχών εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύ εκτεταμένο και χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα παροχών.

Η χρηματοδοτική λειτουργία των οργανισμών αυτών είναι αρκετά ικανοποιητική γιατί τα ανά δικαιούχο έσοδά τους είναι υψηλότερα από τις ανά δικαιούχο δαπάνες. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης των οργανισμών αυτών είναι οι εργοδοτικές εισφορές που προέρχονται από τα έσοδα και τα κέρδη των οργανισμών λόγω της επιχειρηματικής δραστηριότητάς τους.

5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΙΣΟΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι δείκτες, με τους οποίους μετράται η ανισοκατανομή μιας μεταβλητής ως προς μια άλλη. Οι δείκτες αυτοί βρήκαν τη μεγαλύτερή τους εφαρμογή με τη μορφή της μέτρησης της ανισοκατανομής του εισοδήματος μεταξύ των ατόμων μιας οικονομίας, στη θεωρία της ευημερίας. Επίσης οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιήθηκαν στη μέτρηση της ανισοκατανομής βασικών συντελεστών στη ζωική παραγωγή μεταξύ των εκμεταλλεύσεων της οικονομίας¹⁰. Από όσα τουλάχιστον γνωρίζουμε, δεν έγιναν προσπάθειες χρησιμοποίησης των δεικτών αυτών στη μέτρηση της ανισοκατανομής συντελεστών στα οικονομικά της υγείας.

Οι περισσότεροι διαδεδομένοι δείκτες ανισοκατανομής είναι οι εξής:

1. Μεταβλητότητα:

$$V = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n f_i (y_i - \bar{y})^2} / \bar{y} \quad (1)$$

2. Διακύμανση λογαρίθμων:

$$L = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n f_i \left(\log \frac{y_i}{y^*} \right)^2 \quad (2)$$

¹⁰ Κάτος Α. Β., Μπάτζιος Χ. Α., «Διάρθρωση των Εκμεταλλεύσεων και η Αθροιστική Συνάρτηση Παραγωγής: Εφαρμογή στη Γαλακτοπαραγωγό Βοοτροφία της Ελλάδας», *Επιθεώρηση Αγροτικών Μελετών*, 1987, Τεύχος 1, Τόμος II, σελ. 51-61.

3. Δείκτης του Theil¹¹:

$$T = \frac{1}{\bar{y}N} \sum_{i=1}^n f_i y_i \log\left(\frac{y_i}{\bar{y}}\right) \quad (3)$$

4. Δείκτης του Gini:

$$G = \sum_{i=1}^n (Y_i F_{i-1} - Y_{i-1} F_i) \quad (4)$$

5. Δείκτης του Atkinson¹²:

$$A = 1 - \left[\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n f_i \left(\frac{y_i}{\bar{y}}\right)^{1-\epsilon} \right]^{1/(1-\epsilon)} \quad (5)$$

όπου

N=συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων

y_i =μέση τιμή δαπανών ανά ασφαλισμένο της κλάσης i

\bar{y} =συνολική αριθμητική μέση τιμή δαπανών ανά ασφαλισμένο

y^* =συνολική γεωμετρική μέση τιμή δαπανών ανά ασφαλισμένο

F_i =αθροιστική σχετική συχνότητα ασφαλισμένων της κλάσης i

Y_i =αθροιστική σχετική συχνότητα δαπανών της κλάσης i

ϵ =παράμετρος ευαισθησίας του δείκτη του Atkinson

n=αριθμός κλάσεων (ασφαλιστικά ταμεία)

f_i =αριθμός ασφαλισμένων της κλάσης i.

Σημειώνουμε ότι όσο μεγαλύτερη τιμή παίρνουν όλοι οι παραπάνω δείκτες, τόσο μεγαλύτερη είναι η ανισοκατανομή του σχετικού συντελεστή των δαπανών για κάθε ασφαλισμένο. Επιπλέον, όλοι οι παραπάνω δείκτες, εκτός του δείκτη του Atkinson, είναι ελεύθεροι παραμέτρων. Αντίθετα, ο δείκτης του Atkinson εξαρτάται από την παράμετρο ϵ , για την οποία ισχύει ότι όσο υψηλότερη είναι η τιμή της, τόσο μεγαλύτερη είναι η τιμή που παίρνει ο δείκτης A, πράγμα που σημαίνει μεγαλύτερη ανισοκατανομή του συντελεστή στις κατά κεφαλή δαπάνες των ασφαλισμένων.

Το βασικό ερώτημα του κάθε ερευνητή είναι ποιος από τους παραπάνω δείκτες, αλλά και από άλλους ακόμη δείκτες που δεν σημειώνουμε εδώ, είναι ο καταλληλότερος να απεικονίσει την ανισοκατανομή στους ασφαλισμένους και ποια πρέπει να είναι η τιμή της παραμέτρου (ή των παραμέτρων) στους δείκτες που δεν είναι ελεύθεροι παραμέτρων.

¹¹ Theil H. (1967), *Economics and Information Theory*, North-Holland.

¹² Atkinson A.B.(1970), «On the Measurement of Inequality», *Journal of Economic Theory*, Vol. 2, pp. 244-263.

Για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας των δεικτών προτάθηκαν ορισμένα αντικειμενικά κριτήρια, που είναι τα εξής¹³:

1. Ανεξαρτησία μεγέθους δαπανών: Ο δείκτης δεν πρέπει να εξαρτάται από το μέγεθος των δαπανών. Δηλαδή αν για κάθε ασφαλισμένο αυξηθούν οι δαπάνες, κατά το ίδιο ποσοστό ο δείκτης πρέπει να παραμένει ο ίδιος.

2. Ανεξαρτησία μεγέθους ασφαλισμένων: Ο δείκτης δεν πρέπει να εξαρτάται από το μέγεθος των ασφαλισμένων. Δηλαδή αν έχουμε δύο χρονικές περιόδους που έχουν τον ίδιο δείκτη, τότε ο δείκτης που θα προκύψει από τη συνένωση των δύο αυτών χρονικών περιόδων σε μία κοινή χρονική περίοδο θα πρέπει να ισούται με τους επιμέρους προηγούμενους δείκτες.

3. Ασθενής αρχή των μεταβιβάσεων: Μια υποθετική μεταβίβαση μέρους των δαπανών από μια χρονική περίοδο με μεγάλες δαπάνες σε μια άλλη με μικρότερες δαπάνες πρέπει να ελαττώνει το δείκτη ανισοκατανομής.

4. Ισχυρή αρχή των μεταβιβάσεων: Η μείωση του δείκτη ανισοκατανομής πρέπει να εξαρτάται από την απόσταση των χρονικών περιόδων, για τις οποίες γίνεται η υποθετική μεταβίβαση μέρους των δαπανών, και όχι από το ποιες είναι αυτές οι χρονικές περίοδοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
Αξιολόγηση δεικτών ανισοκατανομής

Δείκτες	Εκπλήρωση αρχών	Εκπλήρωση αρχών	Εύρος δείκτη μεταξύ (0, 1)
Μεταβλητότητα	NAI: Ασθενής	NAI	Απεριόριστο προς τα πάνω
Διακύμανση λογαρίθμων	OXI	NAI	Απεριόριστο προς τα πάνω
Theil	NAI: Ισχυρά	NAI	Απεριόριστη προς τα πάνω
Gini	NAI: Ασθενής	NAI	NAI
Atkinson	NAI: Ασθενής	NAI	NAI

Σχετικά με την τιμή που πρέπει να πάρει η παράμετρος θ στο δείκτη του Atkinson, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

1. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της θ , τόσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του δείκτη του Atkinson.

2. Όταν η τιμή της θ είναι σχετικά μικρή (συνήθως κοντά στο 0), ο δείκτης του Atkinson ανιχνεύει με επιτυχία τη μείωση της ανισοκατανομής, όταν οι δαπάνες ανακατανέμονται από υψηλές σε όχι τόσο υψηλές κλάσεις. Ο βαθμός μείωσης της ανισοκατανομής ελαττώνεται με την αύξηση της τιμής της παρα-

¹³ Cowell F. A. (1977), *Measuring Inequality*, Philip Allan.

μέτρου e . Την περίπτωση αυτή την ονομάζουμε "ευαισθησία της οικονομίας για τις υψηλές κλάσεις".

3. Όταν η τιμή της e είναι σχετικά μεγάλη (συνήθως κοντά στο 5), τότε ο δείκτης του Atkinson ανιχνεύει με επιτυχία τη μείωση της ανισοκατανομής, όταν οι δαπάνες ανακατανέμονται από όχι τόσο χαμηλές σε χαμηλές κλάσεις. Ο βαθμός μείωσης της ανισοκατανομής ελαττώνεται με τη μείωση της τιμής της παραμέτρου e . Την περίπτωση αυτή την ονομάζουμε "ευαισθησία της οικονομίας για τις χαμηλές κλάσεις".

6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν για τα τρία από τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία, τον Ο.Γ.Α., το Ι.Κ.Α. και τον Ο.Τ.Ε.¹⁴, παρουσιάζονται στους πίνακες II, III και IV, δηλαδή ο αριθμός των ασφαλισμένων, οι συνολικές δαπάνες και οι δαπάνες κατά κεφαλή για τα έτη 1961 μέχρι και 1988.

Στον πίνακα V παρουσιάζονται στοιχεία τα οποία προέκυψαν με τη βοήθεια της εξίσωσης $\log Y_t = \log A + \lambda t$, η οποία εκτιμήθηκε με τη μέθοδο OLS, όπου Y =μεταβλητή, t =χρόνος, A, λ =παράμετροι προς εκτίμηση, από τις οποίες η παράμετρος λ αποτελεί το μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής.

¹⁴ Ε.Σ.Υ.Ε., *Ετήσια έρευνα δραστηριότητας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης*, (σειρά ετών), Αθήνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ II
Αριθμός ασφαλισμένων και συνολικές δαπάνες Ο.Γ.Α.

<i>Έτη</i>	<i>Άτομα*</i>	<i>Συν. δαπάνες**</i>	<i>Κατά κεφαλή δαπάνη**</i>
1961	1732498	1968417	1.14
1962	1749356	1960124	1.12
1963	1755118	2015586	1.15
1964	1760519	2059893	1.17
1965	1761632	2027566	1.15
1966	1772544	1830288	1.03
1967	1388413	2530489	1.82
1968	1403837	2608910	1.86
1969	1421073	2604945	1.83
1970	1433106	2810854	1.96
1971	2048764	3178920	1.55
1972	2029405	3076123	1.52
1973	2176828	2880244	1.32
1974	2125955	2943866	1.38
1975	2170470	3877910	1.79
1976	2154550	4587992	2.13
1977	2130960	4515761	2.12
1978	2407103	4765131	1.98
1979	1974080	4238790	2.15
1980	1952129	5544782	2.84
1981	2060192	6817828	3.31
1982	2036298	9566293	4.70
1983	2579956	8958050	3.47
1984	2448061	9463144	3.87
1985	2460126	11332311	4.61
1986	2437141	10972905	4.50
1987	2404235	10546661	4.39
1988	2393145	9613390	4.02

* Ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι.

** Σταθερές τιμές (1970) σε χιλιάδες δραχμές.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., *Εθν. λογαριασμοί*.

ΠΙΝΑΚΑΣ III
Αριθμός ασφαλισμένων και συνολικές δαπάνες Ι.Κ.Α.

Έτη	Άτομα*	Συν. δαπάνες**	Κατά κεφαλή δαπάνη**
1961	797701	2171271	2.72
1962	817245	2754614	3.37
1963	839047	3455089	4.12
1964	861485	4121761	4.78
1965	885162	4766329	5.38
1966	942096	5529713	5.87
1967	998887	6628410	6.64
1968	1064525	6910847	6.49
1969	1106007	7107883	6.43
1970	1150514	7977542	6.93
1971	1163214	8599421	7.39
1972	1205965	8815275	7.31
1973	1251488	8892586	7.11
1974	1303659	8972248	6.88
1975	1365129	10865664	7.96
1976	1412717	12076228	8.55
1977	1484977	13014494	8.76
1978	1532462	16812091	10.97
1979	1691698	18277656	10.80
1980	1764085	19645280	11.14
1981	1824184	23385762	12.82
1982	1897681	25477193	13.43
1983	1950227	27911146	14.31
1984	2033696	30537758	15.02
1985	2096723	32905476	15.69
1986	2171059	31108659	14.33
1987	2228145	30799104	13.82
1988	2307549	28859619	12.51

* Ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι.

** Σταθερές τιμές (1970) σε χιλιάδες δραχμές.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., Εθν. λογαριασμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV
Αριθμός ασφαλισμένων και συνολικές δαπάνες Ο.Τ.Ε.

Έτη	Άτομα*	Συν. δαπάνες**	Κατά κεφαλή δαπάνη**
1961	8847	113769	12.86
1962	9874	117710	11.92
1963	11514	124621	10.82
1964	13902	131719	9.47
1965	16023	142605	8.90
1966	17532	165020	9.41
1967	19007	218566	11.50
1968	20149	257474	12.78
1969	21502	268317	12.48
1970	25825	305457	11.83
1971	29942	357489	11.94
1972	30843	415088	13.46
1973	38640	420707	10.89
1974	51751	426016	8.23
1975	47185	493769	10.46
1976	46254	544571	11.77
1977	54315	664124	12.23
1978	63322	758547	11.98
1979	52260	766053	14.66
1980	54177	822535	15.18
1981	55547	948485	17.08
1982	57610	1023753	17.77
1983	58844	1110062	18.86
1984	58922	1294201	21.96
1985	74090	1438773	19.42
1986	88099	1740317	19.75
1987	94196	2019381	21.44
1988	106348	2206695	20.75

* Ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι.

** Σταθερές τιμές (1970) σε χιλιάδες δραχμές.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., Εθν. λογαριασμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ V
Μέσες τιμές και μέσοι ετήσιοι ρυθμοί μεταβολής

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Εξίσωση		
		Σταθερή	Χρον. τάση	\bar{R}^2
<i>N1: (Ο.Γ.Α.)</i>				
1961-1988	2.3529	-0.0798	0.055972 (12.0107)	0.84142
1961-1966	1.1266	0.1595	-0.011737 (-1.0932)	0.37533
1967-1973	1.6943	1.0664	-0.054765 (-3.3012)	0.62259
1974-1980	2.0557	-0.7921	0.087809 (3.9448)	0.70819
1981-1988	4.1087	0.8299	0.023499 (1.1815)	0.18876
<i>N2: (Ι.Κ.Α.)</i>				
1961-1988	8.9832	1.3102	0.054348 (16.8928)	0.91329
1961-1966	4.3733	0.9016	0.154230 (12.1929)	0.96725
1967-1973	6.9000	1.7222	0.020796 (2.9329)	0.55888
1974-1980	9.2943	0.8153	0.082330 (7.5760)	0.90384
1981-1988	13.9912	2.6301	0.233550 (0.1826)	0.55590
<i>N3: (Ο.Τ.Ε.)</i>				
1961-1988	13.9214	2.1980	0.027339 (6.7857)	0.62524
1961-1966	10.5633	2.6054	-0.073472 (-5.2756)	0.84292
1967-1973	12.1257	2.5304	-0.003716 (-0.2598)	0.13036
1974-1980	12.0728	0.9376	0.090335 (6.4185)	0.87012
1981-1988	19.6287	2.2979	0.027579 (2.9235)	0.51879

Οι μεταβλητές N1, N2 και N3 αναφέρονται στις κατά κεφαλή δαπάνες των αντίστοιχων ασφαλιστικών ταμείων.

Από τον πίνακα IV διαπιστώνεται ότι: Για τον Ο.Γ.Α. η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες για την περίοδο 1960-1966 ήταν 1.12 χιλ. δρχ., ενώ για την περίοδο 1967-1973 ήταν 1.69 χιλ. δρχ., δηλαδή είχαμε μια αύξηση κατά 49.56%. Στην περίοδο 1974-1980 η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες ήταν 2.05 χιλ. δρχ., δηλαδή είχαμε μια αύξηση 21.3% έναντι της προηγούμενης περιόδου, ενώ για την περίοδο 1981-1988 η μέση τιμή ήταν 4.11 χιλ. δρχ., δηλαδή είχαμε αύξηση κατά 100.49%.

Για το Ι.Κ.Α. η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες για την περίοδο 1961-1966 ήταν 4.37 χιλ. δρχ., ενώ για την περίοδο 1967-1973 ήταν 6.9 χιλ. δρχ., δηλαδή στην περίοδο αυτή παρουσιάστηκε αύξηση κατά 57.89%. Στην περίοδο 1974-1980 η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες έφθασε στις 9.29 χιλ. δρχ., δηλαδή υπήρξε αύξηση 34.64%, ενώ για την περίοδο 1981-1988 η μέση τιμή ήταν 13.99 χιλ. δρχ., δηλαδή αυξήθηκε κατά 50.59% έναντι της προηγούμενης περιόδου.

Για τον Ο.Τ.Ε. η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες για την περίοδο 1961-1966 ήταν 10.56 χιλ. δρχ. και για την περίοδο 1967-1973 12.12 χιλ. δρχ., παρουσίασε δηλαδή αύξηση κατά 14.77%. Στην περίοδο 1974-1980 η μέση τιμή ήταν 12.07 χιλ. δρχ., δηλαδή είχαμε μείωση κατά 0.41%, ενώ για την περίοδο 1981-1988 η μέση τιμή έφθασε στις 19.63 χιλ. δρχ., δηλαδή παρουσίασε αύξηση κατά 62.63%.

Παρατηρούμε ότι ενώ στον Ο.Γ.Α. είχαμε μεγαλύτερη αύξηση σ' όλες τις χρονικές περιόδους, εντούτοις οι κατά κεφαλή δαπάνες είναι πολύ μικρότερες από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και στον Ο.Γ.Α. τετραπλασιάστηκαν οι κατά κεφαλή δαπάνες από τη χρονική περίοδο 1961-1966 μέχρι την περίοδο 1981-1988, στο Ι.Κ.Α. τριπλασιάστηκαν και στον Ο.Τ.Ε. διπλασιάστηκαν οι δαπάνες αυτές, ο Ο.Τ.Ε. παραμένει στις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες ακόμη και σήμερα.

Με τη βοήθεια των στοιχείων στους πίνακες II, III και IV και των τύπων (1)-(5) εκτιμήθηκαν και παρουσιάζονται στον πίνακα VI οι δείκτες ανισοκατανομής των συνολικών δαπανών ως προς τον αριθμό των ασφαλισμένων στα τρία ασφαλιστικά ταμεία, για τα έτη 1961-1988. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται ότι όλοι οι δείκτες συμφωνούν ως προς το μέγεθος της ανισοκατανομής, κατατάσσουν δηλαδή ίδια την ανισοκατανομή των υπό εξέταση ασφαλισμένων, εκτός από τα έτη 1969 και 1970, όπου έχουμε μικρές αποκλίσεις στους δείκτες της διακύμανσης λογαρίθμων, και του Atkinson για $e=0.5$ και $e=5$. Η διαφορετική βέβαια αυτή κατάταξη δεν προκύπτει από τη σύγκριση του απόλυτου μεγέθους των δεικτών, αφού ως προς το μέγεθος οι περισσότεροι δείκτες είναι μη συγκρίσιμοι, αλλά από τη σχετική μεταβολή των μεγεθών αυτών από έτος σε έτος.

Ανεξάρτητα όμως από το πώς συμπεριφέρονται οι δείκτες ανισοκατανομής, είναι γεγονός ότι η διάρθρωση των δαπανών για κάθε ασφαλισμένο στα τρία ταμεία είναι προβληματική, με την έννοια ότι και το 1988 η μέση τιμή στις κατά κεφαλή δαπάνες είναι για τον Ο.Γ.Α. 4.02 χιλ. δραχμές, για το Ι.Κ.Α. 12.51 χιλ. δραχμές και για τον Ο.Τ.Ε. 20.75 χιλ. δραχμές. Η παρατήρηση μάλιστα αυ-

τή γίνεται ακόμη πιο έντονη, αν λάβουμε υπόψη ότι τα διάφορα μέτρα της υγειονομικής πολιτικής δεν ευνοούν τα ασθενέστερα ασφαλιστικά ταμεία.

Η βαρύτητα την οποία επισυνάπτει η υγειονομική πολιτική στα διάφορα ταμεία είναι δυνατό να ανιχνευθεί με τους δείκτες ανισοκατανομής που σημειώνονται στον πίνακα VI. Ο δείκτης του Atkinson με τις διάφορες τιμές, τις οποίες μπορεί να πάρει η παράμετρος θ , είναι σε θέση να αξιολογήσει καλύτερα την ανισοκατανομή των ασφαλισμένων. Στη συγκεκριμένη εργασία όλοι οι δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αφού δίνουν σχεδόν την ίδια εικόνα στην υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ VI

Δείκτες ανισοκατανομής των ασφαλισμένων στα ταμεία Ο.Γ.Α., Ι.Κ.Α., Ο.Τ.Ε.
ως προς τις συνολικές δαπάνες αυτών για τα έτη 1961-1988

Έτη	Μετα- βλητό- τητα	Διακύ- μανση λογαρ.	Theil	Gini	Atkinson		
					e=0.5	e=2.5	e=5
1961	0.5904	0.1803	0.1226	0.2262	0.0551	0.1907	0.2563
1962	0.6492	0.2777	0.1702	0.2789	0.0790	0.2697	0.3428
1963	0.6993	0.3699	0.2126	0.3178	0.1005	0.3349	0.4101
1964	0.7389	0.4492	0.2467	0.3450	0.1178	0.3848	0.4599
1965	0.7872	0.5407	0.2855	0.3719	0.1373	0.4367	0.5102
1966	0.8557	0.6963	0.3443	0.4084	0.1674	0.5125	0.5823
1967	0.6313	0.4164	0.1964	0.3112	0.0978	0.3684	0.4639
1968	0.6163	0.3961	0.1862	0.3028	0.0928	0.3564	0.4549
1969	0.6135	0.3997	0.1857	0.3023	0.0928	0.3591	0.4590
1970	0.6052	0.4049	0.1839	0.3008	0.0925	0.3629	0.4648
1971	0.7758	0.5778	0.2857	0.3740	0.1396	0.4570	0.5352
1972	0.7815	0.5971	0.2900	0.3771	0.1421	0.4674	0.5470
1973	0.8179	0.6722	0.3209	0.3960	0.1576	0.5024	0.5774
1974	0.7646	0.6169	0.2871	0.3743	0.1424	0.4770	0.5583
1975	0.7219	0.5405	0.2554	0.3543	0.1266	0.4385	0.5240
1976	0.6761	0.4731	0.2246	0.3330	0.1115	0.4015	0.4915
1977	0.6788	0.5005	0.2296	0.3366	0.1148	0.4182	0.5106
1978	0.7928	0.7059	0.3137	0.3891	0.1569	0.5181	0.5972
1979	0.7028	0.6588	0.2613	0.3528	0.1350	0.5024	0.5984
1980	0.6135	0.4737	0.1974	0.3085	0.1014	0.4075	0.5151
1981	0.6120	0.4644	0.1956	0.3075	0.1002	0.4015	0.5083
1982	0.4932	0.2810	0.1254	0.2482	0.0637	0.2775	0.3869
1983	0.6606	0.5003	0.2217	0.3293	0.1119	0.4192	0.5158
1984	0.6278	0.4666	0.2024	0.3144	0.1029	0.4016	0.5044
1985	0.5693	0.3793	0.1670	0.2859	0.0849	0.3472	0.4538
1986	0.5431	0.3437	0.1518	0.2736	0.0772	0.3235	0.4327
1987	0.5432	0.3432	0.1512	0.2732	0.0768	0.3239	0.4352
1988	0.5419	0.3407	0.1497	0.2719	0.0761	0.3229	0.4363
Σύνολο	0.6680	0.4667	0.2202	0.3237	0.1091	0.3923	0.4833

Στον παρακάτω πίνακα VII παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ των δεικτών που παρουσιάστηκαν στον πίνακα VI.

ΠΙΝΑΚΑΣ VII
Εκτίμηση των συντελεστών συσχέτισης των δεικτών

Δείκτες	Μεταβ.	Δ. λογ.	Theil	Gini	Atkin. 1	Atkin. 2	Atkin. 3
Μεταβ.	1.0000	0.8326	0.9662	0.9397	0.9389	0.7904	0.6652
Διακ. λογ.	0.8326	1.0000	0.9418	0.9523	0.9694	0.9925	0.9585
Theil	0.9662	0.9418	1.0000	0.9913	0.9954	0.9151	0.8276
Gini	0.9397	0.9523	0.9913	1.0000	0.9934	0.9409	0.8692
Atkin. 1	0.9389	0.9695	0.9954	0.9934	1.0000	0.9492	0.8767
Atkin. 2	0.7904	0.9925	0.9151	0.9409	0.9492	1.0000	0.9826
Atkin. 3	0.6652	0.9585	0.8276	0.8692	0.8767	0.9826	1.0000

Από τον πίνακα VII διαπιστώνεται ότι οι συντελεστές συσχέτισης όλων των δεικτών ανισοκατανομής είναι αρκετά μεγάλοι, που σημαίνει ότι ο βαθμός της γραμμικής συσχέτισης ενός δείκτη με κάποιον άλλο είναι αρκετά μεγάλος. Επομένως τα αποτελέσματα δεν είναι επισφαλής, δηλαδή δεν επηρεάζονται άμεσα από τον δείκτη που χρησιμοποιούμε. Η γενική εικόνα είναι η ίδια σε όλους τους δείκτες· απεικονίζουν, με άλλα λόγια, το ίδιο την υπάρχουσα κατάσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ VIII
Αξιολόγηση των δεικτών ανισοκατανομής για κάθε περίοδο

Δείκτες	Μεταβ.		Δ. λογ.		Theil		Gini		Atkin. 1		Atkin. 2		Atkin. 3	
	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Περ.														
61-66	+		+		+		+		+		+		+	
67-73	+		+		+		+		+		+		+	
74-80		+	+			+		+		+	+			+
81-88		+		+		+		+		+		+		+
61-88		+	+			+		+		+	+			+

N=αύξηση της τιμής που έχει ο δείκτης στην αντίστοιχη περίοδο.

O=μείωση της τιμής που έχει ο δείκτης στην αντίστοιχη περίοδο.

Από τον πίνακα VIII διαπιστώνεται ότι: α) Όλοι οι δείκτες παρουσιάζουν αύξηση της τιμής τους τις χρονικές περιόδους 1961-1966 και 1967-1973.

β) Για την περίοδο 1974-1980 διαπιστώνεται αύξηση της τιμής στους δείκτες της διακύμανσης των λογαρίθμων και του Atkinson για $e=2.5$ και $e=5$ και μείωση της τιμής στους άλλους δείκτες. γ) Για την περίοδο 1981-1988 κανείς από τους παραπάνω δείκτες δεν παρουσιάζει αύξηση της τιμής του. Όλοι οι δείκτες στην περίοδο αυτή παρουσιάζουν μείωση στις τιμές τους, πράγμα που σημαίνει μικρότερη ανισοκατανομή των δαπανών στους ασφαλισμένους. δ) Για την όλη εξεταζόμενη περίοδο, δηλαδή 1961-1988, αύξηση της τιμής έχουμε μόνο στους δείκτες της διακύμανσης των λογαρίθμων και του Atkinson για $e=2.5$ και $e=5$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την εργασία αυτή έγινε προσπάθεια να παρουσιαστούν με τους δείκτες ανισοκατανομής οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στο χώρο της ασφάλισης της υγείας στην Ελλάδα τη χρονική περίοδο 1961-1988. Η περίοδος αυτή έχει χωριστεί σε υποπεριόδους ανάλογα με την εκάστοτε κυβερνητική πολιτική στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Τα βασικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας συνοψίζονται στα εξής:

1. Όλοι οι δείκτες παίρνουν τη μικρότερή τους τιμή το έτος 1961 (εκτός από το δείκτη της μεταβλητότητας που έχει τη μικρότερή της τιμή το 1982), που σημαίνει ότι το έτος αυτό έχει τη μικρότερη ανισοκατανομή των δαπανών στους ασφαλισμένους.

2. Όλοι οι δείκτες παίρνουν τη μεγαλύτερή τους τιμή το έτος 1966, που σημαίνει ότι το έτος αυτό έχουμε τη μεγαλύτερη ανισοκατανομή των δαπανών στους ασφαλισμένους.

3. Τις χρονικές περιόδους 1961-1966 και 1967-1973 όλοι οι δείκτες παρουσιάζουν αύξηση, που σημαίνει μεγαλύτερη ανισοκατανομή στις δαπάνες των ασφαλισμένων.

4. Την περίοδο 1974-1980 μείωση παρουσιάζουν οι δείκτες της μεταβλητότητας του Theil, του Gini και του Atkinson¹, ενώ για την περίοδο 1981-1988 έχουμε μείωση της τιμής σε όλους τους δείκτες. Αυτό σημαίνει μια πολιτική στο χώρο της ασφάλισης περισσότερο δίκαιη από τις προηγούμενες κυβερνήσεις.

5. Επίσης διαπιστώνεται ότι στο τέλος κάθε κυβερνητικής περιόδου παρουσιάζεται μείωση της τιμής των δεικτών, που σημαίνει ότι η εκάστοτε κυβέρνηση λόγω εκλογών δίνει περισσότερα χρήματα για την ασφάλιση των ασθενέστερων κοινωνικών τάξεων (εκτός βέβαια από την περίοδο της δικτατορίας που είχαμε συνεχή αύξηση όλων των δεικτών).

Όποιοι και αν είναι οι στόχοι της κρατικής υγειονομικής πολιτικής, δηλαδή ενοποίηση ή εναρμόνιση των επί μέρους συστημάτων υγείας ή ασφαλιστικών φορέων, ένας ουσιαστικός παράγοντας για την ορθολογική διαμόρφωση της

κοινωνικής πολιτικής θα πρέπει να είναι η μελέτη των κοινωνικών αναγκών καθώς και η παραγωγικότητα των κοινωνικών πόρων.