

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Οικονομικά & Διοίκηση της Υγείας»**

**Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα και προοπτικές της
ιδιωτικής ασφάλισης υγείας**

Κωνσταντίνος Πανόπουλος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου
Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Οικονομικά & Διοίκηση της Υγείας»**

**Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα και προοπτικές της
ιδιωτικής ασφάλισης υγείας**

Κωνσταντίνος Πανόπουλος , Α.Μ.: ΟΔΥ/2039

Επιβλέπων: Νεκτάριος Μιλτιάδης/Ομότιμος Καθηγητής του Τμήματος Στατιστικής και
Ασφαλιστικής Επιστήμης/Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**The health insurance system in Greece and perspectives of private
health insurance**

Konstantinos Panopoulos

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2023

Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Στις σπουδές μου ήταν καθοριστική η συμβολή των καθηγητών μου στα γνωστικά αντικείμενα που παρακολούθησα, στους οποίους οφείλω να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ιδιαίτερα επιθυμώ να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την παρούσα διπλωματική εργασία, κύριο Νεκτάριο Μιλτιάδη, για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας μου με τις εύστοχες και πολύ εποικοδομητικές παρατηρήσεις του.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους.

Περίληψη

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η ασφάλιση της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού μπορεί να προστατεύσει τον πολίτη από οικονομικές επιβαρύνσεις, οι οποίες προκύπτουν ως συνέπεια λόγω απώλειας της υγείας ενός ατόμου είτε η απώλεια αυτή προέρχεται από κάποιο ατύχημα είτε από κάποια ασθένεια. Επιπλέον, ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα που δίνει η ασφάλιση υγείας αποτελεί η περίπτωση της μόνιμης απώλειας υγείας, όπου στην περίπτωση αυτή προσφέρει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, αφού καλύπτει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη της και επιπλέον καλύπτει ένα μέρος της οικονομικής ζημιάς που έχει προκληθεί στο άτομο λόγω αδυναμίας εργασίας. Κάθε σύστημα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από την κλινική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την ισότητα.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής εργασίας ήταν η εκτενής μελέτη του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, η σύγκριση με άλλα μοντέλα Ευρωπαϊκών χωρών αλλά και εκτός αυτής, καθώς και η περιγραφή της ιδιωτικής ασφάλισης και το πώς αυτή μπορεί να εμπλακεί στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Από την μελέτη αυτή προκύπτει το συμπέρασμα ότι η εξέλιξη των ασφαλιστικών συστημάτων παγκοσμίως βρίσκεται σε μια ύφεση, αφού τα προβλήματα του εκάστοτε συστήματος εντοπίζονται εδώ και πολλά χρόνια από τις διάφορες κοινωνίες και κρατικούς φορείς όμως οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι ελάχιστες.

Abstract

In modern societies, health insurance is especially important as it can protect the citizen from financial burdens, which arise as a result of loss of health of a person whether this loss comes from an accident or from an illness. In addition, another important advantage given by health insurance is the case of permanent health loss, where in this case it offers a decent standard of living, as it covers its medical care and also covers part of the financial damage caused to the person due to disability. work. Every health and social security system should be characterized by clinical effectiveness, efficiency, social justice and equality.

The purpose of this bibliographic work was the extensive study of the country's insurance system, comparison with other models of European countries and beyond, as well as a description of private insurance and how it can be involved in the public social security system.

This study concludes that the evolution of insurance systems worldwide is in a recession, since the problems of each system have been identified for many years by various societies and government agencies, but the changes that occur are the minimum.

Περιεχόμενα

<i>Περίληψη</i>	4
<i>Abstract</i>	5
<i>Εισαγωγή</i>	9
<i>Κεφάλαιο 1^ο: Θεωρητικό υπόβαθρο σχετικά με τα ασφαλιστικά συστήματα παγκοσμίως</i>	12
1.1. Εισαγωγή στην κοινωνική ασφάλιση.....	12
1.2. Ιστορική αναδρομή.....	14
1.3. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.....	19
1.4. Συστήματα ασφάλισης.....	21
1.5. Συστήματα Υγείας.....	23
1.5.1. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης-Σύστημα τύπου Bismarck.....	23
1.5.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας- Σύστημα τύπου Beveridge.....	24
1.5.3. Φιλελεύθερα συστήματα- Σύστημα ελεύθερης αγοράς.....	24
<i>Κεφάλαιο 2^ο: Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα και οι παροχές προς τους ασφαλισμένους.</i>	26
2.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας	29
<i>Κεφάλαιο 3^ο: Σύγκριση ασφαλιστικών συστημάτων Ελλάδας και ευρωπαϊκών κρατών</i>	33
3.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας Μεγάλης Βρετανίας	34
3.2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας.....	37
3.3. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σουηδίας	39
3.4. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ.....	41
3.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας	44
<i>Κεφάλαιο 4^ο: Περιγραφή και πλεονεκτήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....</i>	46
4.1. Περιγραφή και ανάλυση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	46
4.1. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας-Τιμολόγηση ασφαλιστρών	52
4.2. Νοσοκομειακές αποζημιώσεις.....	55

<i>Κεφάλαιο 5^ο: Τρόποι αναβάθμισης δημόσιας ασφάλισης υγείας.....</i>	58
<i>Συζήτηση.....</i>	61
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	64

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Η οργάνωση του ΕΣΥ.....	28
Εικόνα 2: Καταμερισμός δαπανών των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύστημα υγείας. Στο διάγραμμα απεικονίζονται με την σειρά ξεκινώντας από το μπλέ σκούρο χρώμα τα εξής: α) ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, β) εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, γ) μακροχρόνια φροντίδα των ασθενών, δ)ιατρικά αναλώσιμα ε) συλλογικές υπηρεσίες.....	32
Εικόνα 3: Σχηματική απεικόνιση της οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος της Μεγάλης Βρετανίας. (Harris et al., 2012)	36
Εικόνα 4: Κατηγοριοποίηση του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας (Ehrich et al., 2016).....	39
Εικόνα 5: Οργάνωση του σουηδικού συστήματος υγείας	41
Εικόνα 6: Παγκόσμια κατάταξη κόστους των συστημάτων υγείας διάφορων χωρών (Norc, 2018).	44
Εικόνα 7 Οργάνωση ιταλικού συστήματος υγείας (Biselli, 2016)	45
Εικόνα 8: Καταμερισμός ασφαλιστρων ανά πολίτη στην Ελλάδα συγκριτικά με τον μέσο όρο των πολιτών των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	50
Εικόνα 9: Καταμερισμός ασφαλιστρων στην Ελλάδα από το 2014-2021.....	51
Εικόνα 10: Διάγραμμα των παραμέτρων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ασφάλισης ενός ασθενή (Weimann and Stuttaford, 2014).....	59
Εικόνα 11:	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Όνοματεπώνυμο

Κωνσταντίνος Πανόπουλος

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



Εισαγωγή

Μια θεμελιώδης ανάγκη των ανθρώπων είναι η συλλογική τους προστασία από κινδύνους που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους. Στις σύγχρονες κοινωνίες, η ασφάλιση της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού μπορεί να προστατεύσει τον πολίτη από οικονομικές επιβαρύνσεις, οι οποίες προκύπτουν ως συνέπεια της απώλειας της υγείας ενός ατόμου, είτε η απώλεια αυτή προέρχεται από κάποιο ατύχημα είτε από κάποια ασθένεια. Επιπλέον, το μεγαλύτερο πλεονέκτημα που προσφέρει η ασφάλιση της υγείας, είναι πως σε περίπτωση μόνιμης απώλειάς της το κοινωνικό ταμείο μπορεί να παρέχει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης στον εργαζόμενο, αφού καλύπτει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του. Ακόμα, η ασφάλιση, καλύπτει ένα μέρος της οικονομικής ζημιάς που έχει προκληθεί στο άτομο λόγω αδυναμίας εργασίας (Nektarios et al., 2010).

Η γήρανση του πληθυσμού του πλανήτη καθιστά την κοινωνική ασφάλιση ακόμα πιο αναγκαία. Μπορεί να αναλογιστεί κανείς πόσο σημαντική είναι η κοινωνική ασφάλιση βλέποντας ότι η προτεραιότητα όλων των κυβερνήσεων παγκοσμίως είναι η διασφάλιση της σωστής λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος της εκάστοτε χώρας.

Κάθε σύστημα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από την κλινική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την ισότητα. Ο φορέας ασφάλισης μπορεί να θεωρηθεί ως μία επιχείρηση, είτε δημόσιου είτε ιδιωτικού δικαίου, ο οποίος δέχεται κρατική επιτήρηση και δε δρα ανεξέλεγκτα. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εποπτεύεται και συντονίζεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και το σύστημα υγείας από το Υπουργείο Υγείας. Ένας ασφαλισμένος μπορεί να είναι νομικό ή φυσικό πρόσωπο και είναι υποχρεωμένος να πληρώνει τις εισφορές ή τα ασφάλιστρα.

Στις 7 Οκτωβρίου 1983, ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της Δημόσιας Υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης στην Ελλάδα. Παρ' όλο που έχουν περάσει 40 χρόνια από την ίδρυσή του, οι προσπάθειες μεταρρύθμισης που έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια αυτών των ετών δεν έχουν αποδώσει «καρπούς» ώστε να οδηγήσουν στην πλήρη κάλυψη των αναγκών

των πολιτών και να παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Λόγω λοιπόν της ελλιπούς κάλυψης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ασφαλισμένων από τα δημόσια ταμεία της χώρας είναι απαραίτητη η ανάπτυξη του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο, υποκαθιστώντας τη δημόσια κοινωνική ασφάλιση προσφέροντας καλύτερη ποιότητα και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στην αγορά υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικής ασφάλισης διαμορφώνουν ένα πλαίσιο το οποίο αυξάνει διαρκώς το κόστος της υγείας. Η αύξηση αυτή του κόστους σε συνδυασμό με την απουσία ενός ρυθμιστικού πλαισίου που αφορά την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, καθιστούν επισφαλή τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων της ιδιωτικής ασφάλισης της υγείας.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει εκτενής μελέτη του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας ενώ παράλληλα θα πραγματοποιηθεί έρευνα και θα καταγραφούν οι προοπτικές της εφαρμογής της ιδιωτικής ασφάλισης στο ήδη υπάρχον σύστημα υγείας. Στην ποιοτική αυτή μελέτη θα γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό τη σύγκριση της ιδιωτικής και της δημόσιας περίθαλψης, την εύρεση ιδεών οι οποίες έχουν εφαρμοστεί ήδη σε άλλα ασφαλιστικά μοντέλα σε χώρες του δυτικού κόσμου και μπορούν να υιοθετηθούν ώστε να αναβαθμίσουν το ήδη υπάρχον ασφαλιστικό μοντέλο. Η μελέτη θα αναπτυχθεί σε έξι κεφάλαια. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούν και θα αναλυθούν όλοι οι απαραίτητοι όροι σχετικά με το ασφαλιστικό σύστημα υγείας, στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει μελέτη της δημόσιας ασφάλισης και των παροχών της στους ασφαλισμένους, στο τρίτο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί σύγκριση μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και του ελληνικού. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα περιγραφεί η ιδιωτική ασφάλιση και στο πέμπτο κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια εύρεσης τρόπων αναβάθμισης της δημόσιας ασφάλισης. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο θα αναφερθούν τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης.

Κεφάλαιο 1^ο: Θεωρητικό υπόβαθρο σχετικά με τα ασφαλιστικά συστήματα παγκοσμίως

1.1. Εισαγωγή στην κοινωνική ασφάλιση

Στις 10 Δεκεμβρίου του 1948 υπογράφηκε η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στη Γενική Συνέλευση που έγινε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.). Η Διακήρυξη εξασφάλιζε την κοινωνική ασφάλιση ως ανθρώπινο δικαίωμα. Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί, ίσως το σημαντικότερο θεσμό κοινωνικής αλληλεγγύης και αναδιανομής του εισοδήματος μέσα στις σύγχρονες κοινωνίες. Η αναδιανομή του εισοδήματος αυτού επιτυγχάνεται μεταξύ εισοδηματικών ομάδων της ίδια γενιάς αλλά και μεταξύ διαφορετικών γενεών. Το γεγονός που κάνει τόσο σπουδαίο το σύστημα αυτό βασίζεται στους πόρους όπου μεταφέρονται από τα μέλη των οικονομικά ενεργών γενεών προς τις προηγούμενες γενεές οι οποίες είναι πλέον μη ενεργές οικονομικά. Σκοπός αυτής της μεταφοράς των πόρων είναι η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου στις παλαιότερες γενιές αλλά και εντός των ίδιων γενιών, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό ένα εισόδημα σε ένα μέλος της κοινωνίας που ασθενεί, μένει ανάπηρο ή είναι άνεργο. Σε ορισμένες χώρες είναι αξιοθαύμαστο ότι το ύψος των κοινωνικών δαπανών μπορεί να αγγίξει το 60% του προϋπολογισμού της χώρας. Με τον τρόπο αυτό όλα τα μέλη μια κοινωνίας μπορούν να επιβιώσουν, αποδεικνύοντας έτσι το πόσο σημαντική είναι η κοινωνική πολιτική των κρατών (Κουμαριανός, 2017). Το χαρακτηριστικό των περισσότερων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης είναι τα πολλά είδη ασφάλισης που προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο. Οι παροχές αυτές που προσφέρουν είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη χρηματοδότησή τους από τις εισφορές που καταβάλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες. Με την σειρά του το κράτος μπορεί να εξασφαλίζει την καταβολή τους σε διάφορους αρμόδιους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των φορέων αυτών και για τη διατήρηση του συστήματος αυτού διαχρονικά, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική με αποτέλεσμα να αποτελεί συλλογική ευθύνη μιας κοινωνίας. Έτσι δίνεται η δυνατότητα για μια πλήρη

ασφαλιστική κάλυψη για όλη τη ζωή ενός εργαζομένου. Σκοπός του θεσμού είναι η βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη κοινωνική προστασία των πολιτών.

Ένας από τους πιο σημαντικούς θεσμούς ενός κράτους πρόνοιας αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση η οποία έκανε την εμφάνισή της στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, δηλαδή με την έναρξη της Βιομηχανικής Επανάστασης. Η εξάπλωση της Βιομηχανικής Επανάστασης σε παγκόσμιο επίπεδο οδήγησε στην εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης και αποτέλεσε μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός κράτους πρόνοιας, οδηγώντας στη δημιουργία ενός ευρύτερου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι μετά τη Βιομηχανική Επανάσταση, στην οποία άρχισε να κυριαρχεί η μισθωτή εργασία, δημιουργήθηκε η ανάγκη της κοινωνικής ασφάλισης ως βάση για τη δημιουργία ενός «σύγχρονου» κράτους.

Η Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία είχαν κυρίαρχα ευρωπαϊκά κοινωνικά συστήματα. Ο Λόρδος Beveridge ήταν εμπνευστής των αρχών του κράτους πρόνοιας, που διαμορφώθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία, στο οποίο εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο όριο αγαθών, υπηρεσιών και ευκαιριών για το κάθε άτομο προς αποφυγή σπατάλης οικονομικών πόρων του κράτους για ασθένειες, ελλιπή διατροφή, στέγαση των πολιτών της χώρας λόγω της μεγάλης αύξησης της ανεργίας που υπήρχε.

Όσον αφορά τη Γερμανία, ο Καγκελάριος Bismarck ο οποίος δρούσε υπό τον αυτοκράτορα Γουλιέλμο, διακήρυξε ότι το κράτος έχει ευθύνη όχι μόνο για τις πράξεις του αλλά και για τις παραλείψεις του, ισχυριζόμενος ότι ο κυριότερος σκοπός του ήταν η ευημερία όλων των πολιτών, ιδιαίτερα των αδύναμων και των άπορων. Για την επίτευξη του στόχου αυτού δημιούργησε ποικίλους οργανισμούς και ιδρύματα που είχαν ως λειτουργήμα την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών. Η εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται με πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες όπως τα κοινωνικά, τα οικονομικά και τα δημογραφικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει μια κοινωνία, με το κοινωνικό σύστημα να προσαρμόζεται με τις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες.

1.2. Ιστορική αναδρομή

Τη 2^η χιλιετία π.Χ. στην Αρχαία Αίγυπτο, χρονολογείται η πρώτη καταγεγραμμένη αναφορά, σε πάπυρο, ενός είδους κοινωνικής ασφάλισης το οποίο ονομαζόταν ταμείο αλληλοβοήθειας. Η χρηματοδότησή του προερχόταν από ένα μέρος των αμοιβών των εργατών που απασχολούνταν στις ανεγέρσεις των πυραμίδων. Η κίνηση αυτή αποσκοπούσε στην εξασφάλιση σιταριού, ελαιόλαδου και γενικότερα τροφής σε άτομα τα οποία δεν μπορούσαν να εργαστούν λόγω ασθένειας ή κάποιου εργατικού ατυχήματος που συνέβη κατά τη διάρκεια κατασκευής των πυραμίδων. Τέλος, αυτή η πρόωμη ασφάλιση φαίνεται να εξασφάλιζε και τα έξοδα ταφής ενός εργαζομένου σε περίπτωση δυστυχήματος (Sibbett, 2006, Στασινοπούλου, 2006)

Αναφορές, όμως, υπάρχουν και στην Αρχαία Βαβυλωνία, κατά τον 16^ο αιώνα π.Χ. όπου ο τότε βασιλιάς Χαμουραμί εμπνεύστηκε τη δημιουργία ενός ταμείου αλληλοβοήθειας που αφορούσε τους εμπόρους. Το ταμείο αυτό κυρίως κάλυπτε τους κατόχους των караβιών, αφού υποχρέωνε το πλήρωμα να καλύπτει οποιαδήποτε καταστροφή προκαλούνταν στα караβία ή στα караβάνια, όπως η κλοπή αγαθών, απώλειες αγαθών λόγω φυσικών καταστροφών κ.ά. (Στασινοπούλου, 2006)

Αρκετούς αιώνες αργότερα και συγκεκριμένα τον 6^ο αιώνα π.Χ. με το νόμο σεισάχθεια, όπου εμπνευστής του ήταν ο Σόλωνας θεμελιώθηκε ο πρώτος ασφαλιστικός νόμος (Νόμος των ομοτάφων) ο οποίος κάλυπτε τα έξοδα μιας κηδείας ενός μέλους των ερανικών εταιρειών μέσω τακτικής εισφοράς που πλήρωναν τα μέλη. Αξίζει να σημειωθεί, ότι μέρος των λαφύρων από νικηφόρες μάχες δίνονταν στις οικογένειες των πολεμιστών οι οποίοι είχαν χάσει τη ζωή τους σε αυτές. Την ίδια περίοδο και συγκεκριμένα τον 5^ο αιώνα π.Χ. στην περιοχή της σημερινής Κύπρου δημιουργήθηκε για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας ένα είδος προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης. Το πρόγραμμα αυτό αποτελούνταν από μια συμφωνία του Βασιλιά Ιδαλίου και του γιατρού Ονάσιλου, η οποία όριζε ότι ο τελευταίος θα περιέθαλπε τους τραυματισμένους στρατιώτες από μια μάχη και ως αντάλλαγμα ο Βασιλιάς θα πρόσφερε χρήματα και γη (Ζαφείρη-Καμπίτση, 2011).

Τον επόμενο αιώνα (4^{ος} αιώνας π.Χ.) ο Δημοσθένης ιδρύει το σύστημα «περί θαλάσσιων πιστώσεων» το οποίο είχε τη μορφή «θαλασσοδανείων», τα οποία αποτελούσαν ένα είδος

ασφαλιστικής κάλυψης σε περιπτώσεις όπου το πλοίο είχε υποστεί ζημιές ή έπεφτε θύμα πειρατείας. Παράλληλα με το νόμο του Δημοσθένη εγκαθιδρύεται το Δίκιο της Ρόδου σύμφωνα με το οποίο σε περιπτώσεις όπου χανόταν εμπόρευμα ώστε να σωθεί το πλοίο λόγω πειρατείας, κακοκαιρίας κ.ά., οι χρηματικές απώλειες επιβάρυναν όλους τους ενδιαφερόμενους και εμπλεκόμενους με το εμπόρευμα.

Το ασφαλιστικό σύστημα όμως άρχισε να παίρνει μια μεγαλύτερη έκταση, όπου πλέον αφορούσε όλους τους πολίτες μιας κοινωνίας στην περίοδο ακμής της Αρχαίας Ρώμης. Υπήρχε η προώθηση της κοινωνικής πρόνοιας η οποία εκδηλώθηκε μέσω έργων που αφορούσαν τη Δημόσια Υγιεινή, όπως δημόσια λουτρά και υδραγωγεία, αλλά έγιναν και προσπάθειες για την κάλυψη ιατρικής περίθαλψης. Το 2^ο π.Χ. αιώνα καθιερώνεται η διανομή τροφίμων στους ανέργους ενώ το 28 π.Χ. δημιουργείται ένας αγροτικός νόμος στον οποίο οι λιγότερο εύπορες τάξεις της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας μπορούσαν να καλλιεργούν μεγάλες εκτάσεις δημόσιων κτημάτων, τις οποίες μέχρι τότε καλλιεργούσαν παράνομα οι πατρίκιοι ((Váradí, 2008, Γιάννης Υφαντόπουλος, 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η ρωμαϊκή αυτοκρατορία δημιούργησε μια σύγχρονης μορφής κοινωνική ασφάλιση η οποία εδραιώθηκε από τους λεγεωνάριους. Οι λεγεωνάριοι ήταν οι εμπνευστές του πρώτου συνταξιοδοτικού συστήματος στην ανθρωπότητα, στο οποίο ένας λεγεωνάριος όταν αποχωρούσε πλέον από τις υπηρεσίες του λάμβανε ένα χρηματικό ποσό το οποίο αναλογούσε στις εισφορές που είχε καταβάλει κατά τη διάρκεια της ενεργής του θητείας στη λεγεώνα του και σε περίπτωση όπου ο λεγεωνάριος έχανε τη ζωή του σε κάποια μάχη, το ποσό που είχε συγκεντρωθεί μέχρι εκείνη τη στιγμή καταβαλλόταν στην οικογένειά του.

Στα νεότερα χρόνια, με την εμφάνιση του χριστιανισμού, η προστασία κοινωνικά και οικονομικά αδύναμων γίνεται καθολική, αποτελώντας έτσι μια θρησκευτική πρακτική η οποία παράλληλα δίδασκε την αγάπη, την ηθική καθώς και την ίδια την χριστιανική θρησκεία. Ο χριστιανισμός βασίζεται στην ενίσχυση και παρηγοριά των αδυνάμων, ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας και κοινωνικής θέσης. Το αποτέλεσμα των ιδεών αυτών είναι η ίδρυση πολλών ιδρυμάτων με φιλανθρωπικό χαρακτήρα τα οποία είχαν ως στόχο την περίθαλψη ασθενών ή είχαν ρόλο ορφανοτροφείων. Το έργο της πρόνοιας θεσμοθετείται με τη σύσταση της πρώτης εκκλησίας όπου δημιουργήθηκε και ο θεσμός των διακόνων. Το έργο των διακόνων περιελάμβανε την οργάνωση και υλοποίηση της αλληλεγγύης και της φιλανθρωπίας, ενώ τα βασικά καθήκοντά τους

ήταν η προστασία φυλακισμένων, ασθενών, αναπήρων και ορφανών, η οργάνωση αποστολών και εράνων σε μακρινές εκκλησίες (Σταθόπουλος, 1999)

Το φιλανθρωπικό έργο συνεχίστηκε από τους Αποστόλους και τους διαδόχους αυτών και αποτέλεσε προάγγελο της σημερινής οργανωμένης φιλανθρωπίας. Αρχικά, επί του Ιουστίνου, θεσμοθετήθηκε η έννοια της κοινοκτημοσύνης σε συνδυασμό με την παροχή βοηθημάτων οίνου, σίτου και χρημάτων. Στη συνέχεια, επί του αυτοκράτορα Μεγάλου Κωνσταντίνου, έγινε και τυπικά η απελευθέρωση των δούλων, ενώ θεσπίστηκε ο θεσμός της πρόνοιας. Επί της εποχής του, χτίστηκαν τα πρώτα χριστιανικά νοσοκομεία, ενώ λίγα χρόνια μετά (369 μ.Χ.) ο Μέγας Βασίλειος ήταν ο πρώτος που ίδρυσε στη Μικρά Ασία συγκρότημα σχολών, ξενώνων, εργαστηρίων και ιδρυμάτων, γνωστό με την ονομασία Βασιλειάδα. Περίπου το 400 μ.Χ. χτίστηκαν και τα πρώτα νοσοκομεία σε Κωνσταντινούπολη και Ρώμη (Váradí, 2008).

Η έννοια της πρόνοιας εξελίχθηκε σε κοινωνικό και οργανωτικό επίπεδο κατά το Μεσαίωνα, χρηματοδοτούμενο από δημόσιους πόρους με σκοπό τη δημιουργία ιδρυμάτων. Η Εκκλησία σε συνεργασία με το Φεουδαλισμό οικοδόμησαν πτωχοκομεία, νοσοκομεία και γηροκομεία που σκόπευαν στην παροχή βοήθειας και περίθαλψης σε φτωχούς και ασθενείς. Η ιατρική επιστήμη αναπτύχθηκε επίσης κατά την εποχή εκείνη με αποτέλεσμα την οργάνωση νέων υπηρεσιών ιατρικής και περίθαλψης από τις μονές, ενώ παράλληλα υπήρχε η οικονομική δυνατότητα να καλυφθούν τα έξοδα των ιατρών που περιέθαλπαν τους ασθενείς.

Η εξέλιξη της τυπογραφίας, κατά την περίοδο της Αναγέννησης, σε συνδυασμό με τη μετανάστευση ανθρώπων των τεχνών και των γραμμάτων από το Βυζάντιο στη Δύση (κυρίως στην Ιταλία), βοήθησαν σημαντικά στην εξάπλωση των ιδεών σε ευρεία κλίμακα. Η ανάπτυξη του Προτεσταντισμού οδήγησε στην ιδέα, ότι η δημιουργία ταμείων στα οποία θα γινόταν σωστή εκμετάλλευση των πόρων με σκοπό τη βοήθεια και περίθαλψη απόρων, ήταν αποκλειστική ευθύνη της κοινότητας και του κράτους.

Κατά τον 16^ο αιώνα αναπτύχθηκαν και οι συντεχνίες στη Δυτική Ευρώπη, όπου κατάφεραν να χρηματοδοτήσουν την ανέγερση ιδρυμάτων ενώ καθιέρωσαν τον κατώτατο μισθό στους εργάτες υπό μαθητεία. Σημαντική ήταν και η συμβολή των θρησκευτικών κοινοτήτων αφού εκτός από την προστασία των αδυνάμων, δημιούργησαν σχολές εκπαίδευσης με σκοπό την άρτια στελέχωση των ιδρυμάτων. Την ίδια περίοδο στη Ρώμη και τη Φλωρεντία δημιουργήθηκαν τα πρώτα τακτικά νοσοκομεία ενώ στην Αγγλία (1601) ψηφίστηκε ο πρώτος νόμος σχετικά με την

προστασία των απόρων. Αποτελεί την πρώτη θεσμική διάταξη που υπογράφηκε από τη Βασίλισσα Ελισάβετ με σκοπό την εξάλειψη της φτώχειας, όπου στην συνέχεια υιοθετήθηκε από όλη την Ευρώπη. Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως ο νόμος αυτός δημιουργήθηκε εξαιτίας της αντίληψης των ανθρώπων της εποχής εκείνης ότι η ανέχεια και η φτώχεια είναι παράγοντες όπου αυξάνουν την εγκληματικότητα.

Κατά τη Βιομηχανική Επανάσταση, μια εποχή εφευρέσεων και ραγδαίων μεταβολών, αυξήθηκε κατά πολύ η εργατική τάξη, γεγονός που οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας νέων συντεχνιών οι οποίες θα υπερασπίζονται τα δικαιώματα των εργατών. Τότε, δημιουργήθηκαν οι πρόγονοι των σημερινών εργατικών συνδικάτων, οι αδελφότητες. Οι αδελφότητες είχαν ως βασικό στόχο τη δημιουργία ταμείων αλληλοβοήθειας για τη χορήγηση παροχών σε εργαζομένους σε περιπτώσεις γήρατος, θανάτου, ή ασθένειας για τα μέλη τους (Hu and Manning, 2010).

Αργότερα με τη Γαλλική Επανάσταση, συνδυάστηκαν έννοιες όπως το οικονομικό κέρδος με την αυξημένη παραγωγικότητα και την παραγωγή σε μεγάλη κλίμακα με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, με βασικότερο αυτό του καγκελάρου Bismarck. Το αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων αυτών ήταν η παράλληλη ανάπτυξη εννοιών κοινωνικής αλληλεγγύης και κράτους πρόνοιας.

Το 1865, αναφέρθηκε για πρώτη φορά η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας, από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, που είχε ως σκοπό τη διόρθωση αδικιών που προκαλεί η εφαρμογή των μέτρων οικονομικής πολιτικής. Οι στόχοι των μέτρων κοινωνικής ασφάλειας ήταν:

- i. Η οικονομική βοήθεια οικογενειών με παιδιά
- ii. Η προστασία από την οικονομική εξαθλίωση εξαιτίας της απώλειας εργασίας για λόγους όπως η ασθένεια, το γήρας, η ανεργία ή ο θάνατος
- iii. Η εξασφάλιση της απαραίτητης ιατρικής περίθαλψης

Τα μέτρα αυτά εφαρμόστηκαν από τη Δυτική Ευρώπη έως και το 1880 όπου και δημιουργήθηκαν δημόσια ταμειυτήρια με σκοπό την αποταμίευση ποσών από το μισθό του εργαζόμενου για να τα χρησιμοποιήσει σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (ασθένεια, ανεργία, ατύχημα ή ακόμα και θάνατος). Το μέτρο όμως πέτυχε μόνο στην περίπτωση γήρατος όπου το χρονικό διάστημα αποταμιεύσεων ήταν μεγάλο.

Η στροφή προς την ιδιωτική ασφάλιση έγινε τα τελευταία είκοσι χρόνια του 19^{ου} αιώνα όπου τα ταμεία αυτά κάλυπταν ιατρικά έξοδα καθώς και έξοδα κηδείας και η διοίκηση τους γινόταν από τους εργάτες. Ο προάγγελος αυτός των σημερινών ταμείων ιδιωτικής ασφάλειας, βασιζόταν στην καταβολή ενός εβδομαδιαίου ποσού ως ασφάλιστρο. Ο θεσμός αυτός οδήγησε στη δημιουργία δημόσιων συμβολαίων ασφάλειας ζωής και κέντρισε το ενδιαφέρον της Ευρώπης, της Αμερικής και της Αγγλίας. Έτσι, δημιουργήθηκαν πολλές εταιρίες με δελεαστικές και ανταγωνιστικές προτάσεις περιορίζοντας έτσι τους κινδύνους.

Στις πιο σύγχρονες εποχές του 20^{ου} αιώνα, η κοινωνική ασφάλιση βασίζεται σε δυο διαφορετικές σχολές που προέρχονται από τη Γερμανία και την Αγγλία. Το μοντέλο Bismarck αναπτύχθηκε από τον αυτοκράτορα Bismarck στη Γερμανία, κατά την περίοδο 1883-1889 και βασίζεται στην ευθύνη του εργοδότη και των σωματείων αλληλοβοήθειας. Στις 31 Μαΐου του 1889 συντάχθηκε το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιλαμβάνει την υποχρεωτική ασφάλιση μισθωτών σε περιπτώσεις ασθένειας και ατυχήματος. Λίγους μήνες μετά, στις 22 Ιουλίου του ίδιου έτους, η ασφάλιση επεκτείνεται και σε περιπτώσεις γήρατος και αναπηρίας. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις του διαστήματος αυτού κατέληξαν στην προστασία τόσο των εργαζομένων όσο και των οικογενειών τους, με βασικό στόχο τη διατήρηση της οικονομικής επάρκειας και της διασφάλισης των ασφαλισμένων από επερχόμενους κινδύνους κατά την εργασία (εργατικό ατύχημα) ή απώλειά της ζωής τους. Το σύστημα αυτό βασίστηκε στην έννοια της «αυτοβοήθειας» όπου γίνεται ανάληψη της πρόνοιας από τους ίδιους τους εργαζομένους, μέσω των εισφορών που έχουν καταβάλλει. Η αυτοβοήθεια αποτελεί τη βάση και των σημερινών ιδιωτικών ασφαλίσεων όπου οι ασφαλιστικοί οργανισμοί με κρατική εποπτεία διαχειρίζονται τις συνεισφορές του εργαζομένου.

Το σύστημα αυτό έχει ονομαστεί Ηπειρωτικό Σύστημα ή μοντέλο Bismarck και μετά τη Γερμανία υιοθετήθηκε αρχικά από την Αυστρία και στη συνέχεια από άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και τη Ρωσία, ενώ μετά την οικονομική κρίση του 1930 ακολουθήθηκε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τον Καναδά και σταδιακά από τις ανεξάρτητες χώρες της Ασίας.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα (1910) τα διάσπαρτα ασφαλιστικά ταμεία της Βρετανίας συσπειρώθηκαν σε ένα ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα με σκοπό τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού. Η ανασφάλεια της οικονομικής κρίσης του 1929 οδήγησε στην ανάγκη για κρατική παρέμβαση και για την υιοθέτηση των απόψεων του Keynes. Το σύστημα Beveridge ή αλλιώς το

Ατλαντικό σύστημα, φανερά επηρεασμένο από τις απόψεις του Keynes, εξασφάλιζε το ελάχιστο εισόδημα για όλους παράλληλα με την πλήρη και καθολική πρόσβαση του πληθυσμού στις κοινωνικές υπηρεσίες. Η κατανομή των πόρων γίνεται βάσει των αναγκών της κοινωνίας και η πηγή χρηματοδότησης είναι τα έσοδα από τη φορολογία.

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και μέχρι το 1970, «οικοδομείται» το κράτος-πρόνοιας σε συνδυασμό με την ανάγκη για ανάκαμψη από τις πληγές του πολέμου, καθιερώνοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα. Με την κίνηση αυτή γίνεται αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία. Από το 1970-1990, σημειώθηκαν ενεργειακές κρίσεις (έλλειψη διαθέσιμου πετρελαίου), μειωμένοι ρυθμοί ανάπτυξης και υψηλές κοινωνικές δαπάνες, με αποτέλεσμα την αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και την κριτική της κοινωνικής ασφάλισης. Από τη δεκαετία του 1990 έως σήμερα, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης έχει ξεκινήσει να μεταρρυθμίζεται, η ιδιωτική ασφάλιση έχει κερδίσει έδαφος, με το βασικότερο πρόβλημα των ημερών να αποτελεί η γήρανση του μέσου όρου του πληθυσμού, που θέτει θέματα επάρκειας και βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων.

1.3. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα

Η ίδρυση ασφαλιστικών ταμείων ξεκίνησε με την ίδρυση του πρώτου ανεξάρτητου ελληνικού κράτους μετά το τέλος της οθωμανικής κατοχής. Η αρχή ήταν μη ολοκληρωμένη και άναρχη με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται συνοχή και αποτελεσματικότητα. Το πρώτο ταμείο που δημιουργήθηκε ήταν αυτό των ναυτικών, ονομάστηκε Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.), το 1861 και σχεδόν είκοσι χρόνια μετά, το 1882, ιδρύθηκε και το ταμείο των μεταλλωρύχων του Λαυρίου, το Ταμείο Μεταλλευτών.

Το 1922, με το Νόμο 2868/1922, θεσμοθετήθηκε η ασφάλεια στο χώρο απασχόλησης από κινδύνους ασφάλειας, γήρατος και θανάτου και βάσει αυτού έγινε η σύσταση ασφαλιστικών Ταμείων μετά το 1925 με σκοπό την ασφαλιστική κάλυψη μισθωτών (τυπογράφων, αρτεργατών και κεραμοποιών).

Μετά την οικονομική κρίση του 1929, έγινε ορατή η ανάγκη για τη δημιουργία ενός σοβαρού κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος. Πράγματι, το 1932, με το Νόμο 5733/1932,

συστάθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) το οποίο κάλυπτε πλήθος μισθωτών και εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα και τους κάλυπτε υποχρεωτικά από κινδύνους εργατικών ατυχημάτων, ασθένειας, γήρατος, θανάτου και παρείχε και επιδόματα μητρότητας. Η τροποποίηση και η βελτίωση του νόμου έγινε λίγα χρόνια αργότερα (1934) και εφαρμόστηκε από το 1937, αρχικά, σε μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα, ο Πειραιάς και η Θεσσαλονίκη και εν συνεχεία σε όλη την Ελλάδα (Κουμαριανός, 2017). Το έτος 1937 αποτελεί χρονιά ορόσημο για το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα με την έναρξη της ένταξης των ελληνικών οικογενειών στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το Ι.Κ.Α. δημιούργησε ένα αποθεματικό από τις συσσωρεύσεις των εισφορών των εργαζομένων με σκοπό τη χρηματοδότηση τους όταν το είχαν ανάγκη. Η ολοκλήρωση της κάλυψης των μισθωτών όλης της ελληνικής επικράτειας ολοκληρώθηκε το 1983.

Η δεκαετία του 1930, εκτός από την ίδρυση του ΙΚΑ, αποτέλεσε κομβική δεκαετία για τους εργαζομένους αφού ιδρύθηκαν και ταμεία επικουρικής ασφάλισης. Η επικουρική ασφάλιση ξεκίνησε εξαιτίας της ανάγκης για ασφάλεια των εργαζομένων, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης του 1929, και συνεχίστηκε μέχρι και την περίοδο της κατοχής και το 1952 συστάθηκαν και τα ταμεία Αρωγής των Δημοσίων Υπαλλήλων (Νόμος 2066/1952). Την ίδια δεκαετία δημιουργήθηκαν και τα Ευγενή Ταμεία, τα οποία ήταν προνομιακά στα όρια και στο ύψος συντάξεων για τα μέλη τους, κυρίως για μέλη τραπεζικού κλάδου και Δ.Ε.Κ.Ο.

Η δεκαετία του 1960 ήταν καθοριστική για την Ελλάδα, αφού η ανάπτυξη του αγροτικού κλάδου σε συνδυασμό με της εκλογές του 1958 οδήγησαν στην οργάνωση ενός ταμείου για αγρότες, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) το 1961. Ο Ο.Γ.Α. δημιούργησε επίσης κλάδο Ασθένειας, Σύνταξης και Επικουρικής Ασφάλισης. Εφαρμόστηκε η εξ ολοκλήρου κάλυψη και η χρηματοδότηση προερχόταν από κοινωνικούς και κρατικούς πόρους.

Το 1982, ο Νόμος 1305 θέσπισε ότι η κύρια ασφάλιση πρέπει να είναι υποχρεωτική και καθολική όμως τα χρηματοοικονομικά ελλείμματα του ασφαλιστικού συστήματος ανάγκασαν σε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που διήρκεσαν σχεδόν δυο δεκαετίες (1990-2008).

1.4. Συστήματα ασφάλισης

Τα συστήματα ασφάλισης κατηγοριοποιούνται σε διαφορετικά είδη ως ακολούθως:

- **Ατομική και ομαδική ασφάλιση:** Η βάση της κατηγορίας αυτής είναι ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται. Για παράδειγμα στην ατομική ασφάλιση, ο συμβαλλόμενος ασφαλίζει τον εαυτό του και τα μέλη της οικογένειάς του ενώ στην ομαδική η ασφάλιση περιλαμβάνει μια ομάδα ατόμων (Vozikis et al., 2009)
- **Δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση:** Η διαφορά τους βασίζεται στον φορέα ασφάλισης, ο οποίος μπορεί να είναι ιδιωτικός ή δημόσιος (Vozikis et al., 2009)
- **Ασφάλιση Ζωής και Υγείας, Γενικές Ασφαλίσεις:** Σχετίζεται με το είδος του κινδύνου για το οποίο ασφαλίζεται ο ασφαλιζόμενος και μπορούν να αφορούν τη ζωή του ασφαλισμένου, τη σύνταξη, την ανικανότητα εργασίας ή την αποταμίευση. Η ασφάλιση υγείας σχετίζεται με κινδύνους που απειλούν την υγεία του ασφαλισμένου (π.χ. πρόληψη, ατύχημα ή ασθένεια). Οι γενικές ασφαλίσεις σχετίζονται με ζημιές περιουσίας (πλημμύρες, φυσικές καταστροφές και πυρκαγιές).

Η κοινωνική ασφάλιση, όπως αναλύθηκε και σε προηγούμενο υποκεφάλαιο, πραγματοποιείται από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και έχει ως σκοπό την προστασία ατόμων ή ομάδων ατόμων από απειλές και κινδύνους. Η σχέση ασφαλιζόμενων και φορέων καθορίζεται από το νόμο με σχετικές διατάξεις και ο χαρακτήρας της είναι υποχρεωτικός και εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον.

Η σχέση μεταξύ εργαζόμενων και ασφαλιστικού φορέα έχει κάποιες προϋποθέσεις που σχετίζονται με τον εργαζόμενο ή την εγγραφή του σε κάποιο Ταμείο επαγγελματιών. Η ενεργοποίηση των ασφαλιστικών παροχών γίνεται όταν ο εργαζόμενος έρθει αντιμέτωπος με κάποιον κίνδυνο και πρέπει να καλυφθούν κάποιες οικονομικές του συνέπειες (Λιακοπούλου, 2006)

Η παροχή της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται από ιδιωτικούς φορείς και ελέγχεται από διατάξεις ιδιωτικού δικαίου. Ο φορέας που ασκεί την ασφάλιση αυτού του είδους είναι μια εμπορική επιχείρηση και η ασφαλιστική σχέση καθορίζεται από συμβάσεις μεταξύ

επιχείρησης και ασφαλισμένου. Βασική επιδίωξη είναι το κέρδος (Λιακοπούλου, 2006). Ο ασφαλιστής στην ιδιωτική ασφάλιση πρέπει συστηματικά να μελετήσει και να οργανώσει τις απαραίτητες στατιστικές αναλύσεις και τον υπολογισμό κινδύνων με σκοπό το κεφάλαιο που συσσωρεύεται από τα υπό καταβολή ασφάλιστρα να είναι επαρκές για την πλήρη κάλυψη των ασφαλιζόμενων όταν επέλθει ο κίνδυνος. Βασικό και αποκλειστικό αντικείμενο των ασφαλιστικών εταιρειών είναι η ασφαλιστική εργασία όμως για την εκπλήρωση της εργασίας απαιτείται η ίδρυση συμπληρωματικών θυγατρικών εταιρειών όπως εταιρείες οδικής βοήθειας. Όλα αυτά τα στοιχεία που συνθέτουν την ιδιωτική ασφάλεια σε συνδυασμό με την κάλυψη κινδύνων που αφορούν αγαθά, τον μη υποχρεωτικό χαρακτήρα, την ύπαρξη ασφαλιστικής σύμβασης και την ελευθερία της επιλογής του ύψους και του είδους της ασφάλειας που θα καταβάλλει ο ασφαλισμένος αποτελούν και τις βασικές διαφορές μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλειας (Γιαννάκη, 2017)

Το σύστημα χρηματοδότησης αποτελεί βασικό κριτήριο διάκρισης των συστημάτων ασφάλισης:

- **Κεφαλαιοποιητικά συστήματα (funded):** Σε αυτά τα συστήματα η χρηματοδότηση των παροχών των ασφαλισμένων προέρχεται αποκλειστικά από τις εισφορές των εργαζομένων. Πραγματοποιείται αποθεματοποίηση και επένδυση των εισφορών με βασικό στόχο τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των εισφορών (Συροκάκη, 2016)
- **Διανεμητικά συστήματα (Pay as you do):** Βάση των συστημάτων αυτών είναι η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών αφού το αποθεματικό που δημιουργείται είναι διαθέσιμο και για το μέλλον. Είναι κυρίαρχα συστήματα με τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα να είναι βασισμένα σε αυτά τα μοντέλα. (Κουμαριανός, 2017).

Τα συστήματα ασφάλισης βάσει της ασφαλιστικής παροχής διακρίνονται σε α) κύρια ασφάλιση, β) επικουρική ασφάλιση και γ) ιδιωτική (ατομική) ασφάλιση προερχόμενη από ασφαλιστικές εταιρείες (Συροκάκη, 2016).

1.5. Συστήματα Υγείας

Με τον όρο σύστημα υγείας καλείται το σύνολο των υποσυστημάτων που είναι αλληλεξαρτώμενα, αλληλοσχετιζόμενα και έχουν στόχο τη βελτίωση, προώθηση, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας (Μουρδουκούτας, 2007). Απώτερος σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας ταυτόχρονα με την ικανοποίηση των πολιτών από την επάρκεια των παροχών τους (Μουρδουκούτας, 2007).

1.5.1. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης-Σύστημα τύπου Bismarck

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο υποκεφάλαιο, το σύστημα αυτό που αναπτύχθηκε στη Γερμανία, έχει ως βασική φιλοσοφία την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού βάσει ομάδων με κοινά χαρακτηριστικά όπως επαγγελματικών κλάδων. Οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων είναι η βασική πηγή χρηματοδότησης και το ύψος των εισφορών είναι αντίστοιχο των εισοδηματικών κριτηρίων. Χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι η αρχή κοινωνικής δικαιοσύνης μέσω της ισότιμης και συλλογικής κάλυψης του πληθυσμού. Η κάλυψη είναι υποχρεωτική και οι συντελεστές μπορεί να είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί. Το σύστημα παροχής υπηρεσιών είναι μικτό, παρατηρείται κρατική παρέμβαση και ο στόχος είναι η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα της προσφοράς υγείας (Λιακοπούλου, 2006, Μουρδουκούτας, 2007).

Βασικό πλεονέκτημα του συστήματος είναι η αυξημένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συγκριτικά με τα υπόλοιπα συστήματα, εξασφαλίζει ικανοποιητική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ενώ είναι βασισμένο στην ισότητα και τη δικαιοσύνη. Βασικό μειονέκτημα αποτελεί η διαφοροποίηση των παροχών μεταξύ ατόμων ή ομάδων που έχουν διαφορετικά ταμεία ασφάλισης. Οι χώρες που έχουν υιοθετήσει το μοντέλο Bismarck είναι οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης όπως η Γερμανία, το Βέλγιο, η Αυστρία και η Γαλλία (Θεοδώρου, 2001).

1.5.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας- Σύστημα τύπου Beveridge

Η βάση του εθνικού συστήματος υγείας (National Health System, NHS) είναι ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό δικαίωμα και ότι το κράτος έχει, αποκλειστικά, την ευθύνη, για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Βασική επιδίωξη είναι η «καθολική και ισότιμη κάλυψη αναγκών του πληθυσμού» και οι πυλώνες του είναι η κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική κατάστασή τους. Η πηγή χρηματοδότησης είναι οι ασφαλιστικές εισφορές και η φορολογία και η κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο (Μουρδουκούτας, 2007).

Βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι η υπεράσπιση του δικαιώματος κάθε ανθρώπου στην υγεία, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική θέση του ή τον τόπο διαμονής. Επίσης, επιδιώκεται η δίκαιη κατανομή των πόρων και η διαχείριση του ελέγχου δαπανών. Στα μειονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν η γραφειοκρατία που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα, η αυξημένη αναμονή υπηρεσιών και η περιορισμένη δυνατότητα επιλογής νοσοκομείου ή ιατρού. Βασικοί εκπρόσωποι είναι η γενέτειρα του συστήματος Μεγάλη Βρετανία και οι χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου (Νορβηγία, Δανία, Σουηδία) (Θεοδώρου, 2001).

1.5.3. Φιλελεύθερα συστήματα- Σύστημα ελεύθερης αγοράς

Οι χώρες της Βόρειας Αμερικής (Καναδάς, Η.Π.Α.), η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και Ολλανδία ακολουθούν στον τομέα της ασφάλισης το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς ή αλλιώς γνωστό και ως φιλελεύθερο σύστημα. Στο σύστημα αυτό ο ρόλος του κράτους είναι αρκετά περιορισμένος και επικεντρώνεται κυρίως στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα τα οποία δεν μπορούν οικονομικά να αποκτήσουν πρόσβαση σε αυτήν. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η αγορά της στα φιλελεύθερα συστήματα διαμορφώνεται μέσα από ένα σύστημα τιμών η οποία επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη ζήτηση που υπάρχει για τις υπηρεσίες αυτές. Ο πολίτης (καταναλωτής) έχει την ελευθερία να επιλέγει ο ίδιος τις υπηρεσίες υγείας προτίμησής του όπως επίσης και τον πάροχο ο οποίος του προσφέρει τις υπηρεσίες αυτές. Η μόνη προϋπόθεση για την

ένταξής τους στις υπηρεσίες αυτές είναι η ικανότητα του καταναλωτή να μπορεί να πληρώσει το κόστος τους, ενώ όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η πολιτεία χρηματοδοτεί την αγορά υπηρεσιών υγείας μόνο στις οικονομικά αδύναμες τάξεις οι οποίες δεν έχουν την ικανότητα να τις αγοράσουν.

Με βάση τα παραπάνω το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το οποίο εφαρμόζεται μόνο στις Η.Π.Α. στηρίζεται σχεδόν εξολοκλήρου στην ιδιωτική ασφάλιση, με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να είναι ο κύριος χρηματοδότης του συστήματος υγείας. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα στην περίπτωση αυτή αποτελεί ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων στις μεσαίες και μικρές οικονομικές τάξεις των κρατών που υιοθετούν το σύστημα αυτό. Επιπλέον, το κράτος δεν έχει δικαιοδοσία να παρέμβει μεταξύ καταναλωτών και παρόχων, όμως μπορεί να διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο με σκοπό την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Ακόμα, παρατηρείται το φαινόμενο της υγειονομικής ανισότητας και της ασύμμετρης πληροφόρησης παράλληλα με την προκλητή ζήτηση. Τέλος, το σημαντικότερο μειονέκτημα του συστήματος αυτού είναι το γεγονός ότι ιδιωτικές εταιρείες επικεντρώνονται κυρίως σε θέματα που αφορούν τη θεραπεία και δεν επενδύουν σε στρατηγικές οι οποίες θα προλαμβάνουν τη νόσηση των πολιτών (Μουρδουκούτας, 2007, Φλώρος, 2017).

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας δεν έχει όμως μόνο αρνητικά χαρακτηριστικά αλλά πλεονεκτεί έναντι άλλων συστημάτων στο γεγονός ότι ενισχύει τον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων υγείας με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Κεφάλαιο 2^ο: Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα και οι παροχές προς τους ασφαλισμένους

Η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρέασε τόσο την Ευρώπη όσο και την Ελλάδα η οποία ήταν μια από τις χώρες της ευρωζώνης που δέχτηκαν από τα ισχυρότερα χτυπήματα της οικονομικής αυτής κρίσης. Η Ελλάδα όπως και πολλές χώρες του ευρωπαϊκού νότου στηρίζονται κυρίως στον τουρισμό και τη ναυτιλία, δύο αρκετά ευαίσθητους κλάδους, οι οποίοι επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από την κρίση και οδήγησαν την κυβέρνηση της Ελλάδας να δαπανήσει μεγάλα χρηματικά ποσά με σκοπό να καταστήσει βιώσιμη τη λειτουργία της εγχώριας οικονομίας. Παράλληλα, χρόνο με το χρόνο το ΑΕΠ σημείωνε έντονη πτώση με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα οικονομικό κενό το οποίο καλύφθηκε με δάνεια από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.). Εκτός από τα δάνεια, οι εκάστοτε κυβερνήσεις εφάρμοσαν αυστηρά μέτρα λιτότητας τα οποία επηρέασαν την αγορά εργασίας και εκτόξευσαν τα ποσοστά ανεργίας στα ύψη. Έτσι αρκετές επιχειρήσεις δεν άντεξαν τις συνθήκες αυτές και χρεοκόπησαν ενώ υπήρχε και υπάρχει μέχρι σήμερα έντονος κοινωνικός αναβρασμός (Carlos Pestana Barros, 2010).

Το πλήγμα αυτό της οικονομίας, που είχε ως συνέπεια την εξαθλίωση των επιχειρήσεων και τη μείωση του βιοτικού επιπέδου των εργαζομένων, οδήγησε με τη σειρά του σε ένα ισχυρό πλήγμα του ασφαλιστικού κλάδου της χώρας. Πιο αναλυτικά, η ανάπτυξη των ασφαλιστρών περιορίστηκε σημαντικά, τα επιτόκια έπεσαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα και η κερδοφορία συρρικνώθηκε. Η αγορά ασφαλιστρών στην Ελλάδα, πριν την κρίση, βρισκόταν σε αρκετά πρώιμο επίπεδο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι οποίες προσέφεραν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, οικονομική συνεισφορά και προπαντός αξιοπιστία σε σχέση με το ελληνικό μοντέλο. Οι Έλληνες παραμένουν επιφυλακτικοί στις ιδιωτικές εταιρείες που προσφέρουν ασφαλιστικά προϊόντα παρόλο που η δημόσια ασφάλιση αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ενώ το συνταξιοδοτικό σύστημα αλλάζει διαρκώς. Ένας στους τέσσερις Έλληνες μέχρι το 2010 διέθετε έστω και ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα, ποσοστό το οποίο είναι αρκετά χαμηλό. Λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης των Ελλήνων καταναλωτών, του αθέμιτου ανταγωνισμού, της παροχής χαμηλών ασφαλιστρών που έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα ρευστότητας, του δυσμενούς φορολογικού πλαισίου και καθυστέρηση της προσαρμογής του

ελληνικού δικαίου στις ευρωπαϊκές οδηγίες, τα ποσοστά ασφάλισης της χώρας βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα (Σιδέρης, 2014).

Το 2000, στην Ελλάδα, εδράζονταν περίπου 110 ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ από τα χρόνια της κρίσης (2008) μέχρι και το 2013 άρχισε μια πτωτική τάση των εταιρειών αυτών που εδράζονταν στη χώρα μας που έφτασε τις 70 σε αριθμό. Επιπλέον, τα ετήσια εγγεγραμμένα ασφαλιστρα μειωθήκαν σημαντικά και το 2011 παρατηρήθηκε ένα μεγάλο κύμα ακυρώσεων ασφαλιστικών συμβολαίων (Σιδέρης, 2014).

Ακόμα ένας κλάδος που δέχτηκε ισχυρό πλήγμα, αφορά τα συνταξιοδοτικά προγράμματα και τις ασφάλειες υγείας οι οποίες σημείωσαν μείωση κατά 12,3% μέχρι το 2013. Αυτό οφείλεται και στην κρίση αλλά και στο ασφαλιστικό μοντέλο στον τομέα της υγείας που ακολουθεί η Ελλάδα. Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας μπορεί να θεωρηθεί ως μεικτό σύστημα και πρακτικά θεωρείται ως ένα ξεχωριστό μοντέλο το οποίο καλείται Νότιοευρωπαϊκό. Φαίνεται ότι διαθέτει στοιχεία και από τα δυο βασικά μοντέλα ασφάλισης. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη ζήτηση, λειτουργεί με ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, ομοιάζοντας με το μοντέλο Bismarck. Σχετικά, όμως, με την προσφορά, η περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αλλά και από έξωνοσοκομειακά ιδρύματα, ομοιάζοντας με το μοντέλο Beveridge (Economou et al., 2017).

2.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Ο Νόμος 1397/83, που ψηφίστηκε το 1983, ήταν αυτός που καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με τη φιλοσοφία ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες πρέπει να έχουν ίση και δωρεάν πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας χωρίζεται σε τέσσερις βαθμίδες όπως φαίνονται ακολούθως:

- **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ):** Το επίπεδο αυτό περίθαλψης επικεντρώνεται στην πρόληψη και τη διάγνωση μιας νόσου. Οι πάροχοι της υγείας που ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια υγεία είναι τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. τακτικά ιατρεία σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα), ιδιωτικές πολύ-κλινικές, ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και κέντρα υγείας.
- **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ):** Η περίθαλψη παρέχεται από Νοσοκομεία (ιδιωτικά ή δημόσια), κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων και μονάδες ψυχικής υγείας.
- **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΤΦΥ):** Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό με άριστη τεχνογνωσία. Τα ιδρύματα έχουν εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές και μπορούν να υποστηρίξουν ειδικότητες ιατρών πέραν από τις βασικές. Στην ΤΦΥ ανήκουν τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.
- **Επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα:** Παρέχεται από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- **Ψυχιατρική περίθαλψη:** Η παροχή φροντίδας πραγματοποιείται από ψυχιατρικά θεραπευτήρια και δομές τα οποία μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτικά αλλά και από τμήματα ψυχιατρικών κλινικών σε δημόσια νοσοκομεία (Φλώρος, 2017).

Η Ελλάδα, πλέον με το Νόμο 4052/41/1-3-2012, χωρίζεται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.) με τα όρια τους να βασίζονται στα όρια των Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες αναφέρονται στον Πίνακα 1. Στην Ελλάδα υπάρχουν 84 Γενικά Νοσοκομεία, 23 Ειδικά Νοσοκομεία, 7 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, 18 Κέντρα Υγείας και συνολικά αποτελούνται με 36.621 κλίνες, εκ των οποίων περισσότερες από 400 κλίνες σχετίζονται με την Τριτοβάθμια Περίθαλψη.

Πίνακας 1: Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας

1 ^η Υ.ΠΕ.	Αττικής
2 ^η Υ.ΠΕ.	Πειραιώς και Αιγαίου
3 ^η Υ.ΠΕ.	Μακεδονίας
4 ^η Υ.ΠΕ.	Μακεδονίας & Θράκης
5 ^η Υ.ΠΕ.	Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
6 ^η Υ.ΠΕ.	Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδος, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου
7 ^η Υ.ΠΕ.	Κρήτης

Οι μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας ξεκίνησαν κιάλας από το 1990 και πραγματοποιούνταν μέχρι και το 2010 και ο σκοπός τους ήταν η ενίσχυση των ιδιωτικών κλινικών, η εισαγωγή ευέλικτων σχέσεων εργασίας για τους ιατρούς (Ν. 2071/92), η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών (Ν.2519/97) και η αποκέντρωση η οποία επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Ν. 2889/2001) (Χ. Πλατής, 2019).

Η παρατεταμένη οικονομική ύφεση από το 2010 έως και σήμερα δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο και τον τομέα της υγείας και έχει επηρεάσει τόσο τη χρηματοδότηση της υγείας όσο και τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων (Γ. Κυριόπουλος, 2009). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές άλλαξαν κατεύθυνση από το 2010 και μετά, αφού η οικονομική ύφεση έφερε την ανάγκη για τη χάραξη στρατηγικών λιτότητας και στην υγεία με μοναδικό σκοπό τη μείωση των δαπανών. Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011, με το Νόμο 3918/2011 είχε ως στόχο το διαχωρισμό ζήτησης και προσφοράς στις υπηρεσίες υγείας (Πεχλιβανίδου, 2017). Ο ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε τη συγχώνευση όλων των ταμείων υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο το οποίο καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις σε συμβάσεις που αφορούν τους παρόχους υγείας (Economou et al., 2017).

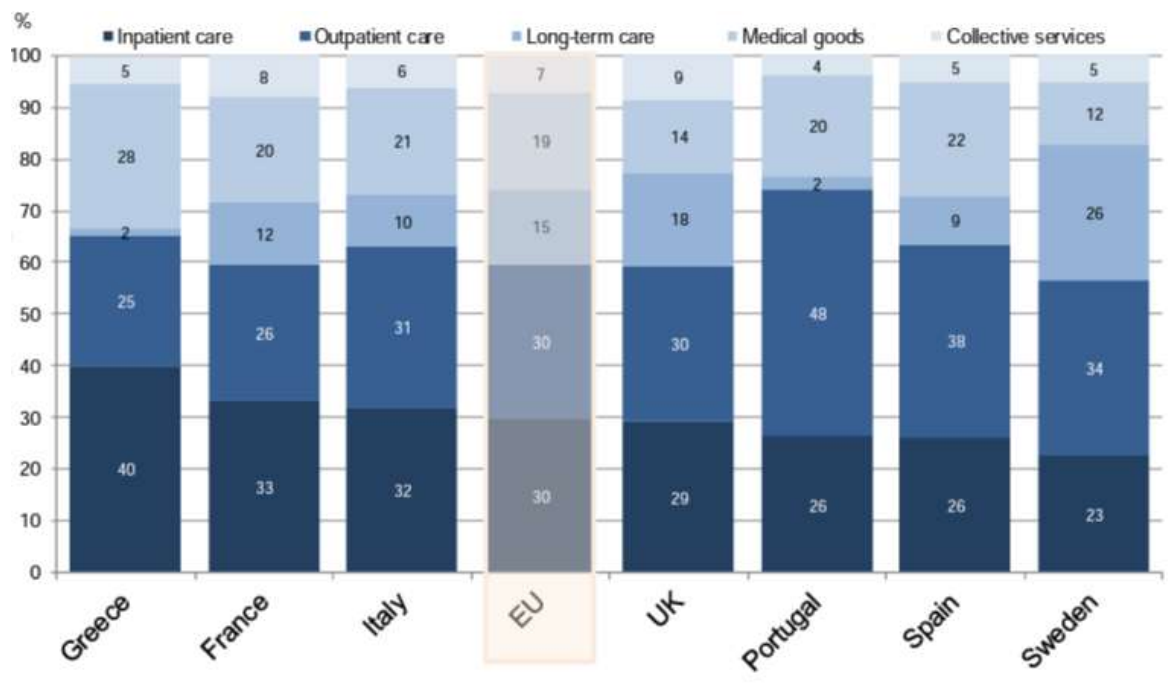
Παρά τις δυο δεκαετίες μεταρρυθμίσεων, τα θεμελιώδη προβλήματα στο ΕΣΥ δεν επιλύθηκαν αφού παρέμεινε η κατασπατάληση πόρων και η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών. Ακόμα ο στόχος των μεταρρυθμιστικών μέτρων ήταν η περικοπή δαπανών χωρίς όμως να γίνουν προσπάθειες βελτίωσης της αποδοτικότητας. Το αποτέλεσμα ήταν ο περιορισμός του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ και η επιδείνωση των υπηρεσιών υγείας.

Τα βασικά προβλήματα του ΕΣΥ είναι η έλλειψη αξιοκρατίας, διαφάνειας και δικαιοσύνης, οι ανισότητες στην προσβασιμότητα, η ελλιπής διασύνδεση υπηρεσιών πρόνοιας και

υπηρεσιών υγείας και η απουσία ενός ενιαίου συστήματος παραπομπών (X. Πλατής, 2019, Γεωργακόπουλος, 2014)

Η Ελλάδα κατέχει τη χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ένα πρόβλημα το οποίο επιβεβαιώνεται από τα προβλήματα και τις παθογένειες του ΕΣΥ. Το 2017 η Ελλάδα κατείχε τη 2^η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Εσθονία στο επίπεδο των αυτό-αναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών, για υπηρεσίες υγείας καθώς και ανισότητας ως προς την πρόσβαση σε αυτές. Υπάρχει ένα 10% στα ελληνικά νοικοκυριά το οποίο αναφέρει ότι δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του για υπηρεσίες υγείας, με το 80% των νοικοκυριών αυτών να έχουν ως βασικότερο εμπόδιο το κόστος κάλυψης των υπηρεσιών υγείας.

Ακόμα ένα στοιχείο το οποίο υποδηλώνει την περιορισμένη κάλυψη του ΕΣΥ είναι το μεγάλο ύψος των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών το οποίο στη χώρα μας είναι υπερδιπλάσιο από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ αφορά την ανισορροπία που υπάρχει στην κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε γεωγραφικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ποικιλίας ειδικοτήτων. Είναι αξιοσημείωτο ότι η Ελλάδα κατέχει τους περισσότερους ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και παράλληλα έχει τους λιγότερους νοσηλευτές. Τέλος, η Ελλάδα έχει μέση αναλογία γενικών ιατρών, 1 στους 16, ενώ οι υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυμαίνεται κοντά στο 1 στους 4. Όπως φαίνεται και στην εικόνα 2, μεγάλο ποσοστό των εξόδων που αφορούν την υγεία σχετίζεται με μακροχρόνια φροντίδα και όχι άμεσα με τη φροντίδα του ασθενούς.



Εικόνα 2: Καταμερισμός δαπανών των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύστημα υγείας. Στο διάγραμμα απεικονίζονται με την σειρά ξεκινώντας από το μπλέ σκούρο χρώμα τα εξής: α) ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, β) εξονοσοκομειακή περίθαλψη, γ) μακροχρόνια φροντίδα των ασθενών, δ) ιατρικά αναλώσιμα ε) συλλογικές υπηρεσίες

Κεφάλαιο 3^ο: Σύγκριση ασφαλιστικών συστημάτων Ελλάδας και ευρωπαϊκών κρατών

Η μελέτη και η γνώση της δομής, της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και της λειτουργίας άλλων συστημάτων υγείας σε άλλες χώρες, πλην της Ελλάδος, μπορεί να προσφέρει πλεονέκτημα σχετικά με την αναβάθμιση και τη βελτίωση του εθνικού μας ασφαλιστικού συστήματος αλλά και του συστήματος υγείας, με κύριο μέλημα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο υπάρχουν τέσσερα βασικά πρότυπα διοίκησης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διαφορά στην οργάνωση ανάμεσα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και της Ευρώπης, όπου το ασφαλιστικό σύστημα της Αμερικής έχει ως βασικό μέλημα την προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης και δίνεται λιγότερη έμφαση στην κοινωνική ασφάλιση. Στον αντίποδα, η Ευρώπη έχει διαφορετικά αναπτυγμένα συστήματα, με κάποια να επικεντρώνονται στην κοινωνική και άλλα στην ιδιωτική ασφάλιση.

Στη γειτονική μας χώρα, την Ιταλία, το ασφαλιστικό σύστημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποκεντρωμένο, ενώ στο γαλλικό σύστημα έχει τον κεντρικό διοικητικό ρόλο η κυβέρνηση. Η Ολλανδία εμφανίζει ασφαλιστικό σύστημα βασισμένο στην ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Οι βασικές διαφορές ανάμεσα στα συστήματα βασίζονται στη διαφορετική διαθεσιμότητα των πόρων. Για παράδειγμα, στο βρετανικό μοντέλο η φορολογία προσφέρει το 79% των εσόδων της στον τομέα υγείας, ενώ στο γερμανικό μοντέλο προσφέρεται μόνο το 19%.

Η ανάλυση των βασικών στοιχείων των διαφορετικών συστημάτων υγείας, μελετώντας αντιπροσωπευτικές χώρες για κάθε σύστημα, μπορεί να οδηγήσει στην εύρεση εναλλακτικών ιδεών με σκοπό τη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας.

3.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας Μεγάλης Βρετανίας

Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας είναι το πλέον αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του μοντέλου ασφάλισης Beveridge. Η ίδρυση του συστήματος αυτού πραγματοποιήθηκε το 1947 και αποτέλεσε τη βάση για πολλές χώρες, αφού ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας το οποίο βασίστηκε στην κοινωνική ασφάλιση. Σε αυτό το σύστημα υγείας τα έξοδα περίθαλψης καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό με αποτέλεσμα την παροχή μιας καθολικά δωρεάν κάλυψης εξόδων (Θεοδώρου, 2001). Συγκεκριμένα, ο φόρος εισοδήματος, ο Φ.Π.Α., οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης σε οινοπνευματώδη ποτά, καύσιμα και τσιγάρα και οι εταιρικοί φόροι αποτελούν τη βασική πηγή χρηματοδότησης. Ο Φ.Π.Α., στα περισσότερα είδη είναι 17,5% και οι εταιρικοί φόροι είναι υποχρεωτικοί στα εταιρικά κέρδη (Walpole, 2019). Επίσης, σε υπαλλήλους, εργοδότες και ελεύθερους επαγγελματίες υπάρχει η υποχρεωτική εισφορά National Insurance Contributions, όπου περίπου το 10% αυτής της εισφοράς χρησιμοποιείται από το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (Walpole, 2019). Μόνο τα έσοδα από την τοπική φορολογία δε διοχετεύονται στην υγεία.

Το μοντέλο Beveridge αποτελεί, το πρότυπο μοντέλο της Μεγάλης Βρετανίας ενώ επιπλέον για πολλά χρόνια αποτελούσε τον κύριο άξονα του ασφαλιστικού συστήματος. Η στρατηγική του βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και τη δωρεάν κάλυψη βασικών εξόδων όλου του πληθυσμού. Ακόμα χαρακτηρίζεται από έντονη κρατική συμμετοχή και παρέμβαση. Οι υπηρεσίες που παρέχει απευθύνονται σε όλον τον πληθυσμό της χώρας (σχεδόν 60 εκατομμύρια πληθυσμός) χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το εισόδημα ή η οικογενειακή κατάσταση τους.

Οι πρώτες μεταρρυθμίσεις του βρετανικού συστήματος πραγματοποιήθηκαν το 1999, όπου έγινε μετονομασία των υγειονομικών επαρχιών σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities) και δημιουργήθηκαν οι πρώτες Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Οι υγειονομικές αρχές είχαν σαν αρμοδιότητα το στρατηγικό σχεδιασμό και την ευθύνη πραγματοποίησης προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας των πολιτών με τη βοήθεια των τοπικών αρχών. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν ως σκοπό τον περιορισμό του εσωτερικού ανταγωνισμού της αγοράς και την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας, υγειονομικών αρχών και προμηθευτών. Το σύστημα υγείας διαχωρίστηκε στα Περιφερειακά Γραφεία Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS Executive Regional Offices), τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups), τις

Τοπικές αρχές (Local Authorities), τις Υγειονομικές αρχές (Health Authorities) και την Εσωτερική αγορά (NHS Trust) (Υφαντόπουλος, 2006).

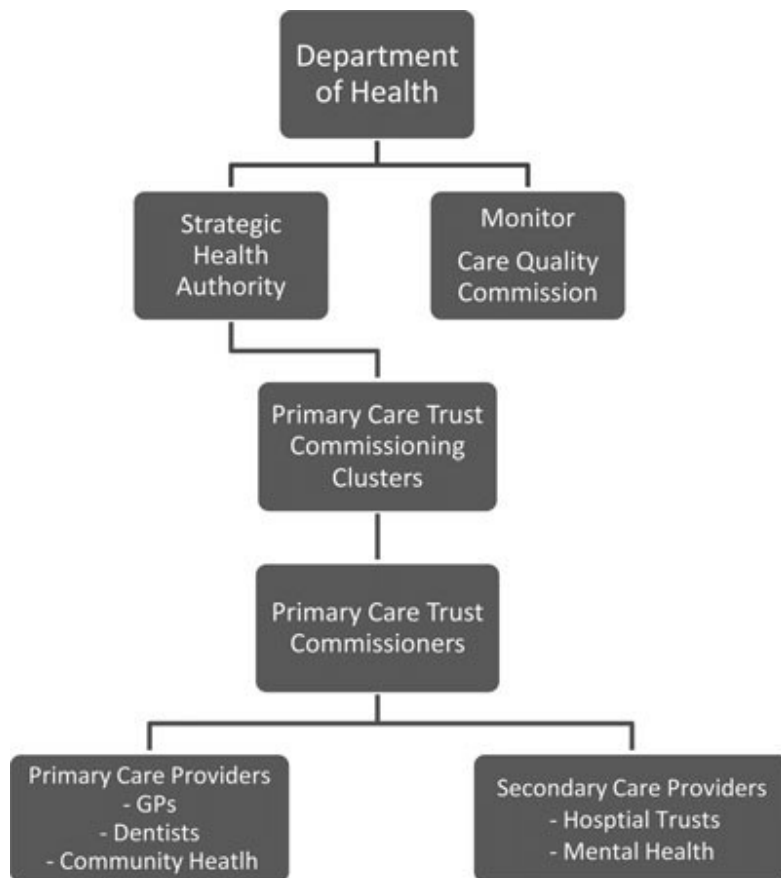
Το 2002 πραγματοποιήθηκαν και άλλες αλλαγές, με τις Υγειονομικές αρχές να μειώνονται σε 28 από 96 και να μετονομάζονται σε Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (Strategic Health Authorities). Εφαρμόστηκε η κατάργηση των Περιφερειακών Γραφείων και η θέσπιση της συμμετοχής του γενικού πληθυσμού στην υγεία. Οι πληρωμές ήταν αναλογικές με τις παροχές υγείας και αποτέλεσαν τρόπο πληρωμής για την εσωτερική αγορά. Το 2006 μειώθηκαν και άλλο οι Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές (ο αριθμός τους περιορίστηκε σε 10), ενώ χαρακτηριστική μείωση πραγματοποιήθηκε και στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας οι οποίες μειώθηκαν σε 152 από 303. Το 2009 έγινε η δημοσίευση του Καταστατικού του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS Constitution), στο οποίο έγινε γνωστή η θέσπιση των αρχών και των αξιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και οι υποχρεώσεις-δικαιώματα των ασθενών, των εργαζομένων και των πολιτών. Η βάση του καταστατικού αυτού, αφορά την ίση και δίκαιη περίθαλψη των ασθενών σε συνδυασμό με την παροχή υπηρεσιών με υψηλό ποιοτικό επίπεδο. Μετά από περαιτέρω αλλαγές και βελτιώσεις το 2013 και το 2017 οι αρχές του NHS είναι οι ακόλουθες:

1. Το NHS λογοδοτεί στους ασθενείς και το κοινό που εξυπηρετεί
2. Η πρόσβαση στο NHS είναι άμεσα εξαρτώμενη από την ανάγκη του ατόμου και όχι από τη δυνατότητα πληρωμής
3. Η παροχή υπηρεσιών από το NHS είναι διαθέσιμη για όλους
4. Η προτεραιότητα του NHS είναι ο ασθενής και για το λόγο αυτό αποσκοπεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματισμού
5. Το NHS συνεργάζεται με διάφορους οργανισμούς προς σκοπό την εξυπηρέτηση των συμφερόντων του συνόλου του πληθυσμού και των ασθενών.

Όσον αφορά τη δομή του NHS, αρχικά οι **τοπικές αρχές** είναι υπεύθυνες να συγκεντρώνουν τους απαραίτητους πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό και να συνάπτουν συμβάσεις με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι **πολίτες** οφείλουν να πληρώνουν τους φόρους και οι **προμηθευτές υγείας** να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικού περιεχομένου. Οι βασικοί παράμετροι είναι η δωρεάν περίθαλψη, τόσο στους πολίτες της χώρας όσο και σε επισκέπτες

(Walpole, 2019). Η συμμετοχή στο NHS είναι υποχρεωτική και παρέχει υπηρεσίες από γενικούς ιατρούς καθώς και το σύνολο των νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αλλά και μακροχρόνια κατ' οίκο φροντίδα.

Από το 2013 μέχρι και σήμερα έχουν καθοριστεί οι πέντε προτεραιότητες του NHS από το Υπουργείο Υγείας, οι οποίες είναι η περίθαλψη ηλικιωμένων με άνοια και μακροχρόνιες ασθένειες, η βελτίωση της φροντίδας ασθενών, η πρόληψη και η καταπολέμηση των βασικών αιτιών θανάτου. Η βασική αναδιοργάνωση του NHS παρουσιάζεται στην Εικόνα 3.



Εικόνα 3: Σχηματική απεικόνιση της οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος της Μεγάλης Βρετανίας. (Harris et al., 2012)

Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση (Private Medical Insurance), μπορεί να χαρακτηριστεί ως συμπληρωματική, αφού μπορεί να καλύψει υπηρεσίες οι οποίες δεν παρέχονται ή δεν καλύπτεται πλήρως η κρατική τους χρηματοδότηση και χρησιμοποιείται κυρίως για ταχύτερη

πρόσβαση και βελτιωμένες υπηρεσίες. Η ιδιωτική ασφάλιση βασίζεται σε ένα συμβόλαιο υπογεγραμμένο από τον ασφαλιστή και τον ασφαλισμένο, ενώ παράλληλα υπογράφεται ένα δεύτερο συμβόλαιο μεταξύ του παρόχου υγείας και του ασφαλιστή (Walpole, 2019).

Τέλος, όσον αφορά υπηρεσίες που δεν προβλέπονται από το εθνικό σύστημα υγείας, τα άτομα είναι υπόχρεα να καταβάλουν το αντίτιμο (άμεση πληρωμή) ή να συμμετέχουν στο κόστος σε ένα καθορισμένο ποσοστό. Η άμεση πληρωμή συνήθως πρόκειται για μια ιδιωτική θεραπεία, την κοινωνική φροντίδα και την αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, με τις δαπάνες για αγορά των τελευταίων να αποτελούν περίπου το 41% (Boyle, 2011).

3.2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Γερμανίας

Η Γερμανία, σε αντίθεση με τα όσα αναλύθηκαν για τη Μεγάλη Βρετανία, αφιερώνει σημαντικό πιο χαμηλό ποσοστό του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη. Το σύστημα ασφάλισης της Γερμανίας βασίζεται στη συνεργασία ιδιωτικών, δημοσίων και μη κερδοσκοπικών οργανισμών (Goerffarth and Henke, 2012). Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της Γερμανίας είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας (Statutory Health Insurance Program, GKV), το οποίο καλύπτει νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα, συνταγογράφηση φαρμάκων, πραγματοποίηση θεραπειών, κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις και αποζημιώσεις σε εγκύους. Το ασφαλιστικό πρόγραμμα αυτό αποτελεί ένα εθνικό σύστημα ασφάλισης που είναι ικανό να χρηματοδοτήσει ακόμα και ανίατες ασθένειες (π.χ. καρκίνος) (Henke et al., 1994). Η ασφάλιση αυτή είναι υποχρεωτική για όλους τους φοιτητές, ανέργους, εργαζόμενους, συνταξιούχους και παιδιά και υπάρχει ένα όριο εισοδήματος πάνω από το οποίο δεν είναι υποχρεωτική η ασφάλιση.

Όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν μια μικρή συμμετοχή, ανάλογα την περίπτωση νοσηλείας, με το ποσοστό να είναι περίπου 1% του ετήσιου εισοδήματος σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων. Στο γερμανικό σύστημα ο νοσοκομειακός και εξωνοσοκομειακός τομέας λειτουργούν ανεξάρτητα. Συγκεκριμένα, οι ιδιώτες ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι, διαθέτουν προσωπικό ιατρείο, καθορίζουν ελεύθερα τις αμοιβές τους και οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα. Το κράτος καθορίζει το ανώτατο όριο αμοιβής. Στο νοσοκομειακό τομέα, η οργάνωση λειτουργεί

κάτω από σαφές διάγραμμα, προγραμματισμό και προϋπολογισμό (Iglehart and Lalchandani, 1991).

Η καταβολή των εισφορών είναι μηνιαία και σχετίζεται με το ύψος του εισοδήματος ενώ οφείλει και ο εργοδότης να καταβάλει συμμετοχή στα ασφαλιστικά ταμεία σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος στο ταμείο. Σε περίπτωση ανάγκης για μακροχρόνια αποχή από την εργασία, ο εργοδότης οφείλει να καταβάλλει για έξι εβδομάδες εισόδημα ενώ το ταμείο είναι υπόχρεο να καλύψει την ιατρική και φαρμακευτική δαπάνη. Στην ασφάλιση GKV, όπου βασική αρχή είναι η αλληλεγγύη, οι εισφορές καθορίζονται μόνο από το ύψος των εσόδων στηρίζοντας έτσι τους οικονομικά ασθενείς. Η δημόσια ασφάλιση GKV περιλαμβάνει νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη, προληπτικές, διαγνωστικές, οδοντιατρικές εξετάσεις, εμβολιασμούς, επίδομα ασθένειας, συνταγογραφούμενα φάρμακα, κοινωνιοθεραπεία, φυσικοθεραπεία και εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

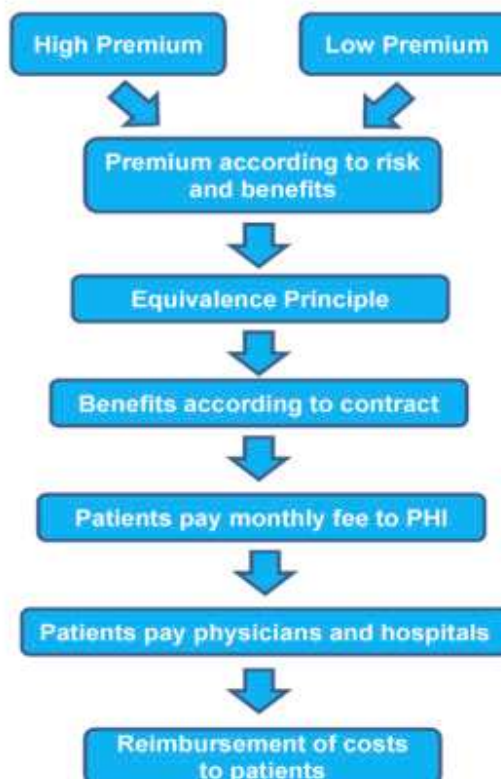
Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PKV), χαρακτηρίζεται από τρεις διαφορετικές πολιτικές, την πλήρη υποκατάσταση υγείας (αφορά περίπου το 7% του πληθυσμού της Γερμανίας όπου χαρακτηρίζονται από υψηλό εισόδημα), την αντικατάσταση της ασφάλισης υγείας των δημοσίων υπαλλήλων (αφορά περίπου το 5% του πληθυσμού) όπου η κυβέρνηση πληρώνει το 50-70% της περίθαλψης και το υπόλοιπο πρέπει να καλυφθεί από την ιδιωτική ασφάλιση και το 10% του πληθυσμού οι οποίοι θέλουν συμπληρωματική ασφάλιση (Alber, 2017).

Βασική προϋπόθεση της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η συνεχής εργασία για τρία έτη και η υπέρβαση των ορίων εισοδήματος που έχουν τεθεί (Alber, 2017). Οι εισφορές στην ιδιωτική ασφάλιση εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση υγείας και όχι από το εισόδημα, παράμετροι οι οποίοι καθορίζονται από το συμβόλαιο που επισυνάπτει ο εργαζόμενος με τον πάροχο. Τα άτομα που συνασφαλίζονται είναι υπόχρεα περαιτέρω εισφορών. Τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης καταβάλλονται από τον ασφαλισμένο και εν συνεχεία του επιστρέφονται ολικά ή μερικά ανάλογα το συμβόλαιο που έχει υπογραφεί. Στην ιδιωτική ασφάλιση, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με χρόνια νοσήματα ή γυναίκες έχουν μεγαλύτερες εισφορές ως αποτέλεσμα του μεγαλύτερου κινδύνου συνεχούς περίθαλψης.

Statutory Health Insurance (SHI)



Private Health Insurance (PHI)



Εικόνα 4: Κατηγοριοποίηση του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας (Ehrich et al., 2016)

3.3. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σουηδίας

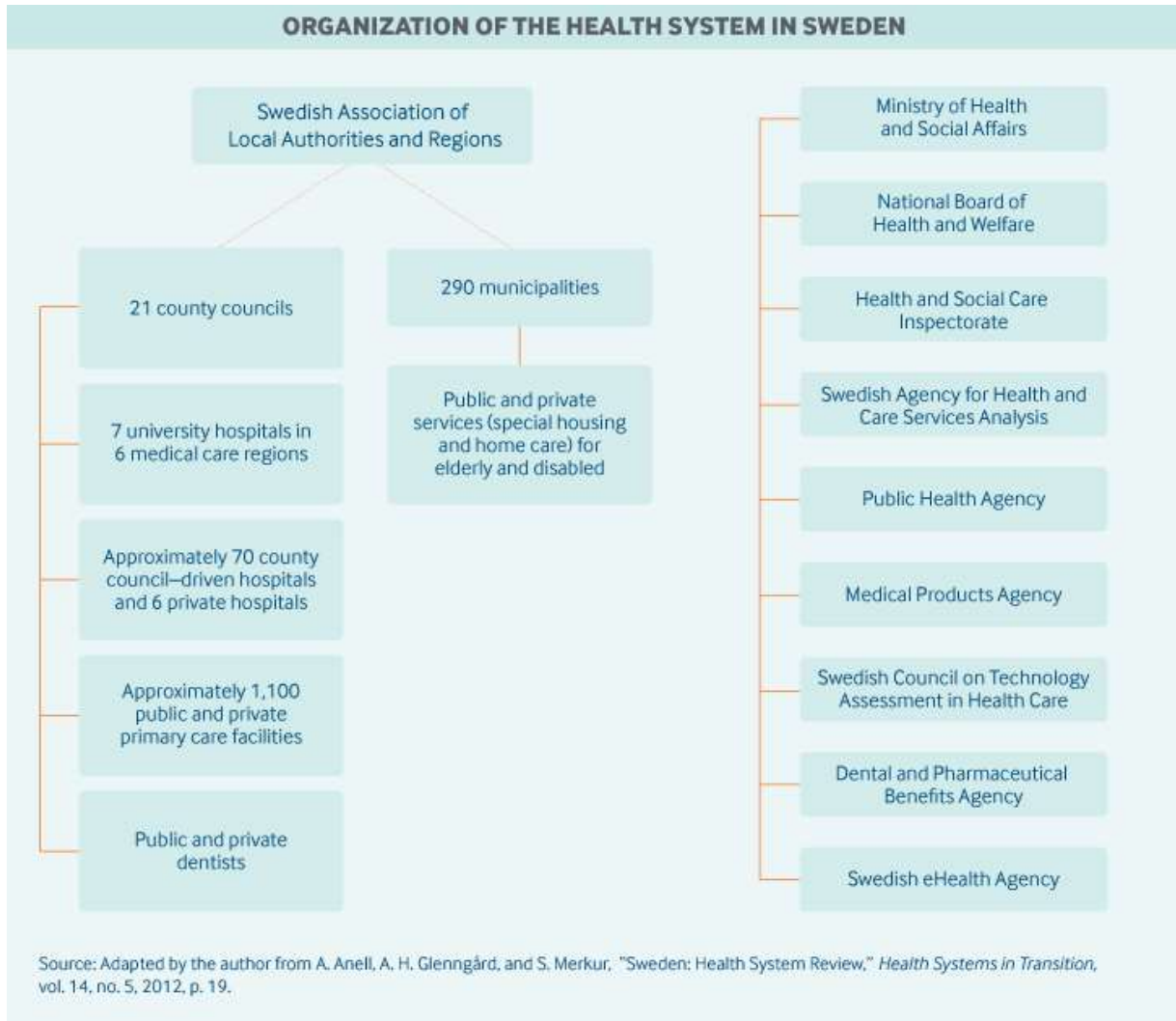
Το κράτος έχει την πλήρη ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, με την αυτοδιοίκηση να έχει σημαντική εξουσία στην οργάνωση, τη διανομή και χρηματοδότηση του συστήματος. Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στην οργάνωση των σκανδιναβικών χωρών σε περιφέρειες, νομούς και δήμους, με την τοπική αυτοδιοίκηση να έχει την πλήρη εξουσία σε τοπικό επίπεδο (Θεοδώρου, 2001). Το σκανδιναβικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε ραγδαία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Από τη δεκαετία του 1970 και μετά χαρακτηρίζεται ως ένα από τα καλύτερα συστήματα σε οργάνωση. Το σκανδιναβικό σύστημα υγείας διαθέτει σημαντικούς πόρους, εξειδικευμένο εξοπλισμό και προσωπικό με υψηλή επιστημονική κατάρτιση. Από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα έχει υποστεί μια σειρά μεταρρυθμίσεων και αναβαθμίσεων.

Βασικές αρχές του συστήματος αυτού βρίσκονται στο πρότυπο Beveridge, με πιο περιφερειακή οργάνωση, με τη χρηματοδότηση να είναι κατά 78% προερχόμενη από τη γενική φορολογία και κατά 22% από ιδιωτικές εισφορές. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν ξεπερνά το 1% των δαπανών ενώ στο 20% των φαρμάκων και οδοντιατρικών εισφορών έχει συμμετοχή και ο ασθενής. Το υγειονομικό σύστημα χωρίζεται σε περιφερειακά συμβούλια τα οποία αποτελούνται από ένα νοσοκομείο και διάφορους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι χωρίζονται περαιτέρω σε υποτομείς των επιμέρους δήμων της χώρας. Το κράτος έχει αναλάβει την χρηματοδότηση της ιατρικής έρευνας, των ακαδημαϊκών νοσοκομείων και της δημόσιας υγείας. Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι πλήρως αποκεντρωμένο και διοικείται ανά τομέα με αποτέλεσμα η πολιτεία να μπορεί να ελέγχει καλύτερα τα όργανα υγείας και να οδηγείται σε μια πιο άμεση επίλυση προβλημάτων.

Από το 1955 έχει θεσπιστεί η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και μέχρι σήμερα προσφέρει επιδόματα αναπηρίας, ασθένειας και μπορεί να παρέχει μερική κάλυψη κάποιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων. Τα χρήματα οδηγούνται στα νοσοκομειακά ιδρύματα μέσω ετήσιων προϋπολογισμών, στους οποίους περιλαμβάνονται και τα έξοδα για αναλώσιμα, εξοπλισμό, μισθούς προσωπικού και φάρμακα, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει και η εφαρμογή κλινικών προϋπολογισμών με σκοπό τα κλινικά αυτά τμήματα που έχουν εξοικονομήσει κάποιο ποσό να μπορούν να χρησιμοποιήσουν το ποσό αυτό για την αναβάθμιση του εξοπλισμού τους ή την εκπαίδευση του προσωπικού τους. Η αμοιβή του προσωπικού είναι μηνιαία ενώ έχει ξεκινήσει και μια σειρά προσπαθειών σύνδεσης της αμοιβής με τον αριθμό των ιατρικών πράξεων που πραγματοποιούν.

Η φαρμακευτική περίθαλψη αγγίζει το 10% των δαπανών υγείας με το μεγαλύτερο μέρος να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο ποσοστό να καλύπτεται από τον ασθενή. Η συμμετοχή του ασθενούς διαφοροποιείται ανά περίπτωση ή ανά φάρμακο. Για την ΠΦΥ είναι υπεύθυνοι γενικοί ιατροί και κέντρα υγείας σε χιλιάδες ασθενείς, με τα κέντρα υγείας να είναι επανδρωμένα με νοσηλευτές, μαίες και γενικούς ιατρούς. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα της επιλογής του κέντρου υγείας, του νοσοκομείου αλλά και του οικογενειακού γιατρού. Για το 2010, το σουηδικό σύστημα υγείας αποδείχτηκε το τρίτο κατά σειρά πιο δαπανηρό σύστημα μετά το σύστημα υγείας των ΗΠΑ και του Καναδά. Αποτελεί ένα από τα πιο εξελιγμένα

συστήματα ασφάλισης σε όλη την Ευρώπη και βασίζεται στη δημόσια πρωτοβουλία και χρηματοδότηση ενώ δεν έχει σύμπραξη με τον ιδιωτικό τομέα.



Εικόνα 5: Οργάνωση του σουηδικού συστήματος υγείας

3.4. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ

Αντίθετα με τα ευρωπαϊκά συστήματα που μελετήσαμε μέχρι στιγμής, το σύστημα υγείας των ΗΠΑ έχει ως βάση την ιδιωτική ασφάλιση και λειτουργεί βασισμένο στην ελεύθερη αγορά μη δίνοντας τη δυνατότητα κρατικής παρέμβασης. Οι Αμερικάνοι διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση

η οποία μπορεί να είναι ομαδική ή ατομική είτε να παρέχεται από τους εργοδότες. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων προερχόμενων από διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες και από διάφορα προγράμματα κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

Βασικό ρόλο στο αμερικάνικο σύστημα υγείας διαδραματίζουν οι οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Managed Care Organizations) οι οποίοι δημιουργήθηκαν ως απάντηση της αύξησης δαπανών στην υγεία κατά τη δεκαετία του 1990 με σκοπό τη σταθεροποίηση τους (Ξένος, 2014). Οι οργανισμοί αυτοί παρεμβαίνουν ανάμεσα σε παρόχους υγείας και ασθενείς δίνοντας το κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν πιο αποδοτικά και πιο ορθά τους πόρους χωρίς να επιτρέπουν την αύξηση της προκλητής ζήτησης και επομένως την αύξηση των δαπανών (Greenwald 2010). Το έργο τους όμως είναι ακόμα πιο δύσκολο αφού μέσα στη διαχείριση του κόστους πρέπει οι υπηρεσίες να χαρακτηρίζονται από συνεχώς βελτιωμένη ποιότητα και να είναι ανταγωνιστικές εξασφαλίζοντας έτσι τη βιωσιμότητά τους (Getzen, 2011).

Παρά το γεγονός ότι η βάση του ασφαλιστικού συστήματος των ΗΠΑ είναι η ιδιωτική ασφάλιση, το κράτος διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο. Το κράτος αναλαμβάνει τη θέσπιση κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Είναι υπεύθυνο να θέσει την τιμή και τον όγκο των υπηρεσιών υγείας αλλά και να χορηγήσει στους επαγγελματίες υγείας τις άδειες εργασίας για να εξασφαλιστεί η βάση της ποιότητας της δημόσιας υγείας και να μην ευοδωθούν οι κοινωνικές ανισότητες (Folland, 2018). Ο τομέας υγείας ελέγχεται τόσο από την κυβέρνηση όσο και από τις κυβερνήσεις της εκάστοτε πολιτείας, με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση να παίζει ρυθμιστικό και ουσιαστικό ρόλο στο Department of Health and Human Services (HHS) το οποίο εφαρμόζει τις εντολές του Κογκρέσου και της κυβέρνησης. Το HHS έχει υπό την αιγίδα του ζωτικής σημασίας οργανισμούς όπως το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) που είναι υπεύθυνο για την ποιότητα και την έρευνα υπηρεσιών υγείας, το Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) που είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση προγραμμάτων, το Centers for Disease Control and Prevention (CDC) όπου βασικό του μέλημα είναι τη προστασία της δημόσιας υγείας και το Food and Drug Administration (FDA) υπεύθυνο για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας ιατρικών, βιολογικών και φαρμακευτικών προϊόντων (Rice et al., 2013).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ για το 2010 είχαν καταγραφεί 5754 νοσοκομεία εκ των οποίων τα 4602 ήταν δημοσίου δικαίου και αναλογούν σε 18,6 νοσοκομεία ανά 1 εκατομμύριο πληθυσμού.

Τα 1526 ήταν ιδιωτικά νοσοκομεία, εκ των οποίων τα 1202 ήταν ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τα 324 ήταν ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Όσον αφορά τους ανασφάλιστους και χαμηλού εισοδήματος ασθενείς υπάρχουν δωρεάν κλινικές, κέντρα επείγουσας φροντίδας και πιστοποιημένα κέντρα υγείας (Federally Qualifies Health Centers-FQHCs) τα οποία έχουν πηγή χρηματοδότησης την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.

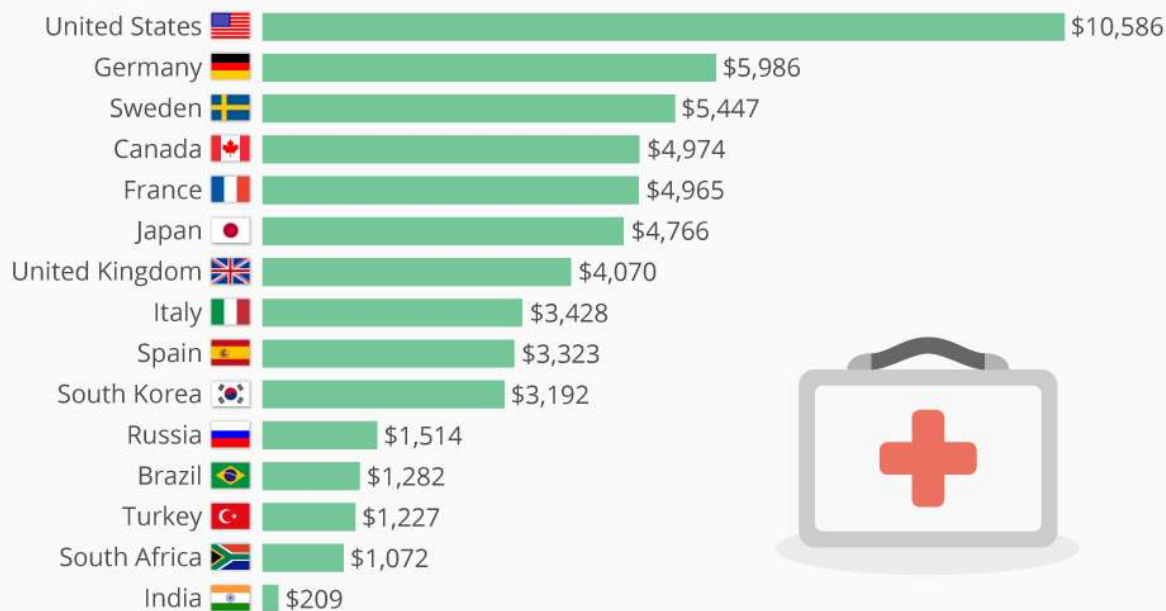
Στο μεγαλύτερο μέρος, η ασφάλιση καλύπτεται από τους εργοδότες οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν μέσω πλήθους ασφαλιστικών προγραμμάτων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, με τα ασφάλιστρα να πληρώνονται από κοινού από τον εργαζόμενο και τον εργοδότη (Thornton and Rice, 2008). Κάποιες υπηρεσίες όπως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή η αγορά ιατρικών συσκευών απαιτούν υψηλή συμμετοχή από τον ασφαλισμένο (Greenwald et al., 2010). Στους αυτοαπασχολούμενους ή στους απασχολούμενους σε μικρές επιχειρήσεις η ασφάλιση είναι ατομική, ελλοχεύοντας τον κίνδυνο ασφάλισης με υψηλές εισφορές.

Σχετικά με τη δημόσια ασφάλιση, υπάρχουν δυο είδη. Το πρόγραμμα Medicare και Medicaid είναι υπεύθυνα για την ελάφρυνση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι. Στο Medicare έχει τη δυνατότητα ένταξης κάθε Αμερικάνος πολίτης άνω των 65 ετών ο οποίος έχει εργαστεί τουλάχιστον δέκα έτη καθώς και όσοι βρίσκονται σε τελικά στάδια ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας ή έχουν μόνιμη αναπηρία. Μειονέκτημα αποτελεί η αδυναμία κάλυψης οδοντιατρικής φροντίδας και μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και η υπερχρέωση των ασθενών προς τους ιατρούς (Folland, 2018). Στο Medicaid συμπεριλαμβάνονται πληθυσμιακές ομάδες με πολύ χαμηλό εισόδημα, οικογένειες με παιδιά, έγκυες, άτομα με αναπηρία και ηλικιωμένοι. Οι κυβερνήσεις των Πολιτειών παίζουν σημαντικό ρόλο, καλύπτοντας μέχρι και το 83%, ανάλογα το κατά κεφαλήν εισόδημα της κάθε Πολιτείας. Η συμμετοχή των ασθενών πραγματοποιείται μέσα από ένα μικρό ασφάλιστρο και από αυτό εξαιρούνται έγκυες γυναίκες και παιδιά κάτω των 18 ετών.

Το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστων και το υψηλό ποσοστό των εισφορών βάσει του ΑΕΠ που αφορούν στην περίθαλψη, καθιστούν τις ΗΠΑ από τις χώρες που έχουν το πιο ακριβό σύστημα υγείας παγκοσμίως (Εικόνα 6).

The U.S. Has The Most Expensive Healthcare System

Per capita health expenditure in selected countries in 2018



@Statista_com

Source: OECD

statista

Εικόνα 6: Παγκόσμια κατάταξη κόστους των συστημάτων υγείας διάφορων χωρών (Norc, 2018).

3.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας

Από το 1948, βάσει Συντάγματος, το ιταλικό κράτος είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η υγεία αποτελεί ατομικό αγαθό και κοινωνικό κεκτημένο. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει ισότιμη και ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το εθνικό σύστημα υγείας αποτελεί το μοναδικό πάροχο υπηρεσιών υγείας και αποτελείται από ισχυρές αποκεντρωμένες δομές. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας πραγματοποιείται κυρίως από τη φορολογία και συγκεκριμένα τα έσοδα από το ΦΠΑ διοχετεύονται στο Εθνικό Ταμείο Αλληλεγγύης ενώ οι φόροι από τους δημόσιους υπαλλήλους, εθνικού εισοδήματος και κατανάλωσης πετρελαίου διοχετεύονται στις Περιφέρειες. Τα έσοδα αυτά σε συνδυασμό με

παροχές κεφαλαίων δίνονται σε ανεξάρτητες δημόσιες νοσοκομειακές επιχειρήσεις και διαπιστευμένους νοσοκομειακούς οργανισμούς ιδιωτικού δικαίου.

Οι πάροχοι υγείας κατηγοριοποιούνται σε:

- Δημόσιες Νοσοκομειακές Επιχειρήσεις
- Τοπικούς Φορείς Υγείας
- Ιδιωτικά διαπιστευμένους φορείς
- Εθνικό Ινστιτούτο Επιστημονικής έρευνας



Εικόνα 7 Οργάνωση ιταλικού συστήματος υγείας (Biselli, 2016)

Κεφάλαιο 4^ο: Περιγραφή και πλεονεκτήματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

4.1. Περιγραφή και ανάλυση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Την δεκαετία του 1970 η Ελλάδα κατείχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά υπηρεσιών υγείας που προσέφεραν οι ασφαλιστικές αγορές σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη την ίδια εποχή. Τα τελευταία χρόνια όμως η κατάσταση αυτή έχει αλλάξει, με τις εταιρίες να ανταγωνίζονται δυναμικά στην ελεύθερη αγορά για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της χώρας. Οι ίδιοι οι πολίτες σιγά σιγά ανταποκρίνονται στις προσφορές αυτές, στρέφοντας το ενδιαφέρον τους στις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιδιωτικές εταιρίες και οι λόγοι που έχουν πλέον την προτίμηση αυτή ποικίλουν.

Ένας από τους λόγους όπου οι πολίτες στρέφουν τον ενδιαφέρον τους στην ιδιωτική ασφάλιση αφορά την αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες δεν απαιτούν εξαντλητικές ώρες αναμονής και οι χώροι περίθαλψης μοιάζουν με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις. Ακόμα ένα πλεονέκτημα είναι οι συμφωνίες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί μεταξύ ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών με μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα αλλά και με διαγνωστικά κέντρα τα οποία είναι εξοπλισμένα με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα.

Ως ασφάλιση ορίζεται η παροχή χρημάτων ή υπηρεσιών που παρέχονται σε ασφαλισμένους έναντι ασφαλιστρών. Πρακτικά, ορίζεται η κάλυψη των χρηματικών αναγκών του ασφαλιζόμενου έναντι σε πιθανό κίνδυνο εμφάνισης ιατρικών και άλλων σχετιζόμενων οικονομικών δαπανών. Η ασφάλιση υγείας πλέον καλύπτει τις ανάγκες της μεγαλύτερης μερίδας των ανθρώπων παγκοσμίως. Ως κίνδυνος χαρακτηρίζεται η αβεβαιότητα η οποία σχετίζεται με την επέλευση ενός ενδεχομένου το οποίο είναι ζημιογόνο ως προς τον πελάτη. Κίνδυνος μπορεί να θεωρηθεί ένα περιστατικό το οποίο είναι ικανό να δημιουργήσει μια οικονομική ανάγκη. Άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία μια κοινωνίας κινδύνων με αποτέλεσμα τη θέσπιση Νόμων Μεγάλων Αριθμών. Όσο μεγαλύτερη είναι η ομοιότητα των κινδύνων τόσο πιο σωστά μπορεί να λειτουργήσει η έννοια της ασφάλισης. Ο

μεγάλος βαθμός ομοιότητας μπορεί να οδηγήσει τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις σε στατιστικά συμπεράσματα αυξημένης ισχύος και την ταξινόμηση των αναγκών βάσει των κοινών χαρακτηριστικών. Κάθε μέλος της κοινωνίας καλείται να αποδώσει ένα αντίτιμο, το οποίο καλείται ασφάλιστρο και μέσω αυτού μπορεί να λαμβάνει τις παροχές που του αναλογούν κατά την εμφάνιση κάποιου κινδύνου.

Η ασφάλιση ουσιαστικά έρχεται να προστατέψει τους πολίτες από αυτές τις πιθανές ζημιογόνες καταστάσεις (Νεκτάριος, 2005). Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα υγείας είναι ικανά να καλύπτουν τα έξοδα μίας νοσοκομειακής περίθαλψης, έξοδα τα οποία αφορούν εξονοσοκομειακές δραστηριότητες όπως είναι οι διαγνωστικοί έλεγχοι καθώς και καταστάσεις όπου στον πελάτη προκληθεί κάποιου είδους ανικανότητα στο να μπορεί να αυτοσυντηρηθεί.

Γύρω από τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υπάρχει νομικό πλαίσιο το οποίο τροποποιείται κατά την πάροδο των ετών ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. Ο πρώτος νόμος θεσπίστηκε το 1970 (Ν.Δ. 400/1970) «Περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφάλισης» και ο δεύτερος πυλώνας τους ορίστηκε τα έτη 1976 και 1985 σχετικά με «Διαμεσολάβηση στις συμβάσεις ιδιωτικής ασφάλισης» (Ν. 489/1976 και Ν. 1569/1985 αντίστοιχα). Η ισχύουσα νομοθεσία και οι επικαιροποιήσεις της είναι άμεσα εναρμονισμένες με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τις πλέον σημαντικές τελευταίες πράξεις που εκδόθηκαν ήταν το Π.Δ. 23/14-02-2005, το οποίο σχετίζεται με την εισαγωγή τροποποιήσεων σχετικά με τον υπολογισμό του περιθωρίου φερεγγυότητας που οφείλει κάθε ελληνική ασφαλιστική εταιρεία να υπολογίζει αλλά και με τα κεφάλαια εγγύησης που έχουν την υποχρέωση να κατέχουν. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί η προσαρμογή της Οδηγίας 2002/92/Ε.Κ. στην ελληνική νομοθεσία μέσω του Π.Δ. 190/14-09-2006. Συνολικά, πάνω από 20 νομοθετήματα έχουν ψηφιστεί και σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση (Πίνακας).

Πίνακας 1: Νομοθεσία, προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις που σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση

Αριθμός απόφασης	Θέμα νομοθετήματος
N. 400/1970	«Περί ιδιωτικής επιχείρησης ασφαλίσεως»
Π.Δ. 148/1984	«Κλαδικό λογιστικό σχέδιο»
N. 2170/1993	«Τροποποίηση Ν. 400/1970»
Π.Δ. 252/1996	«Συμμόρφωση με Οδηγία 2 και 3 της Ε.Ε.»
N. 2496/1997	«Ασφαλιστική σύμβαση, τροποποιήσεις σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση»
Π.Δ. 159/1998	«2 ^η Τροποποίηση Ν. 400/1970»
Π.Δ. 169/2000	«Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στην Οδηγία 91/674/ΕΟΚ»
Π.Δ. 288/2002	«Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στις Οδηγίες 98/78/ΕΚ, 73/239/ΕΟΚ, 79/267/ΕΟΚ»
Π.Δ. 23/2005	«Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στις Οδηγίες 2000/64/ΕΚ, 2002/12/ΕΚ, 2002/83/ΕΚ, 2002/13/ΕΚ»
Υ.Α. Κ3-3974/11-10-1999	«Ρύθμιση θεμάτων ασφάλισης ζωής»
Υ.Α. Κ3-6282/29-05-2000	«Καθορισμός περιεχομένου ετήσιας έκθεσης περιθωρίου φερεγγυότητας
Υ.Α. 3/9124/30-11-2001	«Αναπροσαρμογή ανώτατων εγγυημένων τεχνικών επιτοκίων»
Υ.Α. Κ3/3200/17-04-2002	«Καθορισμός ενιαίου τρόπου υποβολής στοιχείων ετήσιων εργασιών ασφαλιστικών επιχειρήσεων»
Υ.Α. Κ3/8010/8-08/2007	«Καθορισμός απαιτούμενων προϋποθέσεων εξετάσεων των διαμεσολαβητών στην ασφάλιση»
N. 3229/2004	«Εποπτεία της ιδιωτικής ασφάλισης»
N. 3301/2004	«Συμφωνίες παροχής χρηματοοικονομικής ασφάλειας και εφαρμογή των διεθνών λογιστικών προτύπων
N. 3487/2006	«Ενσωμάτωση στο εθνικό δίκτυο της οδηγίας 2003/51/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 18/6/2003για "τροποποίηση των οδηγιών

	του συμβουλίου 78/660/ΕΟΚ, 83/349/ΕΟΚ, 86/635/ΕΟΚ και 91/674/ΕΟΚ σχετικά με τους ετήσιους και ενοποιημένους λογαριασμούς εταιρειών ορισμένων μορφών τραπεζών και άλλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και ασφαλιστικών επιχειρήσεων
N. 3492/2006	«Φορολογικές ρυθμίσεις (Φόρος ασφαλιστρών κ.ά.)»
N.3522/2006	«Μεταβολές στη φορολογία εισοδήματος, απλουστεύσεις στον Κ.Β.Σ. κ.ά.»
1934 Απόφαση Ε.Π.Ε.Ι.Α.	«Πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας

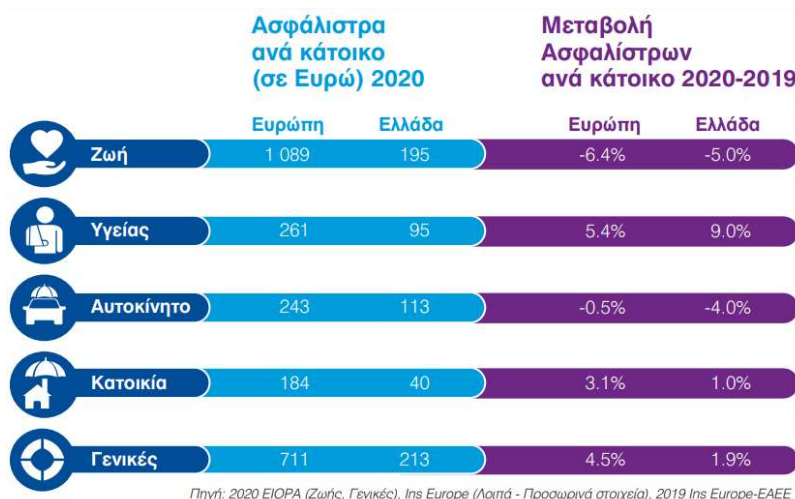
Η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) αποτελεί το βασικό φορέα εκπροσώπησης των ασφαλιστικών εταιριών για τη χώρα μας και αριθμεί 47 μέλη. Σκοπός της ΕΑΕΕ είναι η δημιουργία μιας αξιόπιστης ασφαλιστικής αγοράς με έμφαση στην καινοτομία, την απλότητα και την παροχή υπηρεσιών. Στοχεύει στη συμβολή της διάδοσης της ιδιωτικής ασφάλισης, τον εκσυγχρονισμό και τη βιώσιμη ανάπτυξη. Η εκάστοτε ετήσια έκθεση που συντάσσεται αποσκοπεί στην έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των μελών, την παρακολούθηση της ισχύουσας νομοθεσίας, την ενημέρωση σχετικά με τη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων, ερευνητικών εργασιών, διαλέξεων και σεμιναρίων στον τομέα της ασφάλισης, την υιοθέτηση νέων βελτιωμένων στρατηγικών και συλλογή και ανάλυση στατιστικών στοιχείων για την απεικόνιση της αγοράς.

Ο βραδύς ρυθμός ανάπτυξης της ευρωπαϊκής οικονομίας κατά τα έτη 2018-2019 οδήγησε σε σημαντικά μειωμένη παραγωγή ασφαλιστρών κατά 1,254 δις €, δηλαδή μείωση περίπου κατά 3,3% μέσα σε ένα έτος. Συγκεκριμένα, για το 2019 δαπανήθηκαν 2.091 € κατά κεφαλήν στην Ευρώπη, με 1163 € να αφορούν την ασφάλεια ζωής και τα 248 € να αφορούν την ασφάλιση υγείας. Στην Ευρώπη, οι ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν μια σειρά από υπηρεσίες κάλυψης υγείας οι

οποίες αφορούν τη συμπλήρωση και την επέκταση της δημόσιας υγείας. Με αυτόν τον τρόπο ο ασφαλισμένος μπορεί να επωφεληθεί από ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την επιλογή παρόχου υγειονομικής περίθαλψης μέσα από μια μεγάλη ποικιλία. Οι επιλογές αυτές και η ποιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης, οδήγησαν στην αύξηση των ασφαλιστρών υγείας (έναντι της μείωσης των νέων συμβολαίων ασφαλίσεων για ζωή και υλικά αγαθά) κατά 6,8% με τα ασφαλιστρα υγείας να φτάνουν τα 149 δις €. Έτσι, παρατηρείται ότι για το 2019 δαπανήθηκαν 15 € περισσότερα, κατά κεφαλήν, συγκριτικά με το 2018. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι παρά την συνολική αύξηση των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας στην Ευρώπη, η κάθε χώρα παρουσίασε διαφορετική εικόνα στα ασφαλιστρα υγείας που αντιπροσωπεύει τις σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διάφορα εθνικά συστήματα υγείας.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι αύξηση παρουσίασαν και οι συνολικές αποζημιώσεις ασφαλίσεων υγείας που καταβλήθηκαν. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 7,7% οδηγώντας σε αύξηση κατά 119 δις € για το 2019.

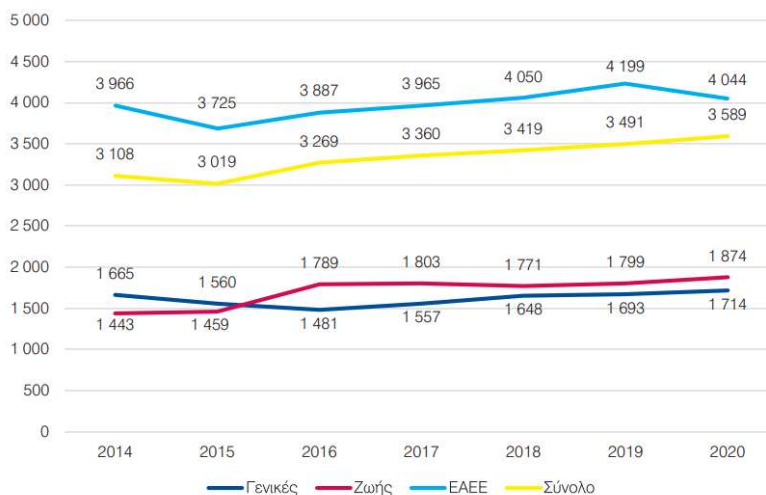
Στην Ελλάδα, τα ασφαλιστρα υγείας έχουν αυξηθεί κατά 9% από το 2020 συγκριτικά με το 2019 και τα ασφαλιστρα είναι περίπου 95 € ανά κάτοικο.



Εικόνα 8: Καταμερισμός ασφαλιστρών ανά πολίτη στην Ελλάδα συγκριτικά με τον μέσο όρο των πολιτών των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η Ευρώπη απαριθμεί 3906 Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις, 148 ελβετικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις και 59 τούρκικες ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Στον τομέα της ασφάλισης απασχολούνται συνολικά 945.000 εργαζόμενοι. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση της

Τράπεζας της Ελλάδος, που δημοσιεύτηκε τον Απρίλιο του 2021, η ελληνική ασφαλιστική αγορά αριθμεί 51 ασφαλιστικές επιχειρήσεις, εκ των οποίων οι 32 είναι ασφαλιστικές επιχειρήσεις κατά Ζημιών, 5 είναι οι επιχειρήσεις ασφαλίσεων Ζωής και 14 που δραστηριοποιούνταν ταυτόχρονα σε ασφάλειες ζωής και ζημιών. Οι ελληνικές εταιρείες έχουν ενσωματώσει σε σημαντικό βαθμό το θεσμικό πλαίσιο «Φερεγγυότητα II».



Εικόνα 9: Καταμερισμός ασφαλιστρών στην Ελλάδα από το 2014-2021

Τα συνολικά ασφάλιστρα για το 2021 είναι σημαντικά ενισχυμένα κατά 7,7% συγκριτικά με το 2020, με τα ασφάλιστρα υγείας να έχουν αυξηθεί κατά 10% συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη.

Σχετικά με τις ασφαλίσεις υγείας, το Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) δημοσίευσε τους δείκτες μεταβολής των νοσοκομειακών εξόδων που αποζημιώσαν οι ασφαλιστικές εταιρείες για το έτος 2020. Η ανάλυση των στοιχείων οδηγεί στην παρατήρηση ότι η συχνότητα εμφάνισης ζημιάς μειώθηκε το 2020 σε 15,8% συγκριτικά με το 17,4% που ήταν το 2019. Η μείωση αυτή πιθανόν οφείλεται στην απροθυμία των ασθενών να επισκέπτονται δομές υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και έτσι περιορίστηκαν οι επισκέψεις σε δομές υγείας μόνο για τα επείγοντα περιστατικά. Η τάση αυτή για αναβολή προγραμματισμένων επισκέψεων και χειρουργικών επεμβάσεων οδήγησε σε αύξηση του μέσου κόστους ζημιάς κατά 1,4% (4100 € από 3700 € που ήταν το 2019). Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι σχεδιάζεται μια έρευνα στο πλαίσιο της Επιτροπής Υγείας της Ένωσης σε συνεργασία με το IOBE όπου θα εξετάζονται ανα νόσο και

σύνολο περιστατικών και ηλικιών μια σειρά από δείκτες. Οι δείκτες αυτοί εκτιμάται να αποτελέσουν τη βάση ενδιαφέροντος του κοινού για το κόστος των ατομικών νοσοκομειακών προγραμμάτων και τη βελτιωμένη τιμολόγηση της νοσοκομειακής κάλυψης νοσοκομειακών προγραμμάτων.

4.1. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας-Τιμολόγηση ασφαλιστρών

Η ιδιωτική κάλυψη υγείας κατηγοριοποιείται σε βασικής κάλυψης (Primary Private Health Insurance, primary PHI), διπλής κάλυψης (Duplicate PHI), συμπληρωματική κάλυψη υγείας (Complementary PHI) και επιπρόσθετη κάλυψη υγείας (Supplementary PHI). Η **βασική κάλυψη υγείας** αφορά άτομα που δεν έχουν κάποια κοινωνική ασφάλιση είτε γιατί δεν έχουν επιλέξει να είναι ασφαλισμένα κάπου είτε γιατί δεν υπάρχει αντίστοιχη κοινωνική παροχή. Η **διπλή κάλυψη υγείας** δίνει τις ίδιες υπηρεσίες με την κρατική ασφάλιση υγείας αλλά προσφέρει ταυτόχρονη πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Η **συμπληρωματική κάλυψη υγείας** συμπληρώνει πρακτικά τις κοινωνικές υπηρεσίες και καλύπτει συνολικά ή μερικά τις δαπάνες. Τέλος, η **επιπρόσθετη κάλυψη υγείας** καλύπτει από πρόσθετες υπηρεσίες υγείας που δεν παρέχονται από την κοινωνική ασφάλιση.

Τα ασφάλιστρα ζωής και υγείας θα πρέπει να μην έχουν υπερβολική τιμή και να είναι σχετικά σταθερά για ένα χρονικό διάστημα. Οι εταιρείες αρχικά, βάσει της μελέτης της αγοράς και του ανταγωνισμού, καθορίζουν ένα μικτό ασφάλιστρο το οποίο δοκιμάζεται κατά πόσο ανταποκρίνεται στους στόχους και τις συνθήκες. Εάν δεν αποφέρει τα αναμενόμενα κέρδη ή τα αναμενόμενα αποτελέσματα τότε θα μεταβληθεί σε μετέπειτα τροποποίηση.

Το ασφάλιστρο πρέπει να χαρακτηρίζεται ως επαρκές, αφού οφείλει να μπορεί να καλύψει τις υποχρεώσεις της εταιρείας προς τον πελάτη. Τα ασφάλιστρα συγκεντρώνονται πρακτικά από την εταιρεία και χρησιμοποιούνται για την κάλυψη μελλοντικών αναγκών. Σημαντικό είναι να γίνει σωστή εκτίμηση των μελλοντικών κινδύνων και να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα άρα τα συλλεγόμενα ασφάλιστρα να μπορούν να ξεπερνούν τους κινδύνους. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται σε στοιχεία παλαιότερων ετών που αναφέρουν τη συχνότητα και το ύψος των

αποζημιώσεων και έτσι προκύπτει το καθαρό ασφάλιστρο όπου θα δοθεί για τις αποζημιώσεις στο μέλλον.

Υπάρχουν και παράγοντες που επηρεάζουν το ασφάλιστρο, ώστε να χαρακτηρίζεται η ασφάλιση από δικαιοσύνη. Κάθε άτομο έχει διαφορετική κάλυψη που διαφοροποιείται από την κατάσταση της υγείας του, τον τρόπο ζωής του (κάπνισμα, παχυσαρκία), ιατρικό ιστορικό οικογένειας και ατόμου, οικονομική κατάσταση, επάγγελμα, φύλο, ηλικία, συχνότητα μετακινήσεων, οικογενειακή κατάσταση κ.ά. Όσο πιο επιβαρυνμένοι είναι οι παράγοντες αυτοί τόσο πιο εύκολο για τον ασφαλιστή θα είναι να αποφασίσει την ποσοστιαία αύξηση του ασφαλίστρου του ατόμου. Τέλος, το ασφάλιστρο δεν πρέπει να έχει μεγάλη διαφορά τιμής έναντι των ανταγωνιστών διότι έτσι οι πελάτες θα κατευθυνθούν και θα απευθυνθούν σε άλλη εταιρεία κι έτσι η εταιρεία θα ζημιωθεί από την απώλεια πελατών. Κάθε εταιρεία οφείλει να κάνει συχνούς ελέγχους αγοράς για να οδηγείται σε δελεαστικά πακέτα ασφαλιστρών και να αναπροσαρμόζει την πολιτική της. Στην Ελλάδα, σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της τιμής του ασφαλίστρου διαδραματίζουν και οι φόροι (περίπου 15% επί του καθαρού ασφαλίστρου), οι ετήσιες οικονομικές αναπροσαρμογές λόγω ηλικίας, οικονομίας και τεχνολογίας, τα κέρδη της εταιρείας, τα διαχειριστικά έξοδα, η προμήθεια των ασφαλιστών και το αντασφάλιστρο.

Τα προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων σχετίζονται με αποζημιώσεις για δωμάτιο και τροφή, τα έξοδα χειρουργείου, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις εντός νοσηλείας και τις αμοιβές ιατρών. Τα επιδόματα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, το χειρουργικό επίδομα και το ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα. Η κάλυψη αυτή προβλέπει την καταβολή ενός συγκεκριμένου εφάπαξ ποσού για κάθε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης ή παραμονής στο νοσοκομείο ανεξάρτητα από τα πραγματικά έξοδα νοσηλείας. Τα επιδόματα παρέχονται ως κίνητρο στους ασφαλισμένους που επιλέγουν κρατικά νοσοκομεία για να νοσηλευτούν και αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση ή από το κράτος. Τα προγράμματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης συνήθως επιβάλλουν την συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος (10% με 20%), για φάρμακα, εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις. Η παροχή γίνεται μέσω συμβεβλημένων με την ασφαλιστική εταιρεία διαγνωστικών κέντρων και συμβεβλημένων ιατρών. Τα προγράμματα επιδόματος σε περίπτωση ανικανότητας παρέχονται όταν ο ασφαλισμένος έχει απώλεια εσόδων από την εργασία του (Νεκτάριος, 2014). Ακολούθως παρουσιάζονται τα έξοδα σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας

για τα έτη 2012-2015 σε κλινικές και επιδόματα καθώς και καλυπτόμενα έξοδα σε δημόσιους παρόχους από ιδιωτικές ασφαλιστικές.

Στον τομέα της υγείας οι ασφάλειες έχουν την μορφή ομαδικών ή ατομικών συμβολαίων. Στα ομαδικά συμβόλαια γίνεται επισύναψη συμβολαίου μεταξύ εργαζομένου και εργοδότη το οποίο καλύπτει το 80-90% του κόστους των υπηρεσιών που παρέχει η ασφάλιση ενώ ο εργαζόμενος καλείται να πληρώσει μόνο την διαφορά (10-20%). Επιπλέον η κοστολόγηση του ασφαλιστρού εξαρτάται από την ηλικία, το φύλλο, τον κίνδυνο νόσησης του πελάτη αλλά και από τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά.

Η ιδιωτική ασφάλιση, με βάση την εκάστοτε χώρα στην οποία εφαρμόζεται μπορεί να υποκαθιστά πλήρως την κοινωνική-δημόσια ασφάλιση ή μπορεί να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό ρόλο, όπου στην τελευταία περίπτωση έχει τον χαρακτηρισμό *riders* (Σίσκου, 2005). Σε περίπτωση που ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πρόσθετος της κοινωνικής ασφάλισης, οι πελάτες λαμβάνουν υπηρεσίες που δεν παρέχονται από την κοινωνική ασφάλιση, όπως η αγορά εξοπλισμού για θεραπευτικούς σκοπούς ή για προβλήματα τα οποία απαιτούν την συμβολή οδοντιάτρου. Σε ορισμένες χώρες αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται από την κοινωνική ασφάλιση, όμως η ποιότητα που παρέχουν δεν είναι καλή με αποτέλεσμα η ιδιωτική ασφάλιση να παρέχει καλύτερες υπηρεσίες και να έχει και στην περίπτωση αυτή συμπληρωματικό ρόλο. Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικός της κοινωνικής ασφάλισης παρέχει στους ασφαλισμένους την κάλυψη των θεσμοθετημένων εξόδων που προκύπτουν κατά την συνδιαλλαγή τους με τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Kutzin, 2013, Huber and Orosz, 2003)

Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι αποζημιώσεις από τις εταιρίες, ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες και πλαίσια ενώ παράλληλα δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές του τρόπου αυτού μεταξύ των διάφορων εταιριών. Πιο συγκεκριμένα στην περίπτωση των διαγνωστικών εξετάσεων οι εταιρείες ασφάλισης προτιμούν να συνάπτουν συμβόλαια συνεργασίας με διαγνωστικά κέντρα ή με νοσοκομειακά ιδρύματα στα οποία ο ασφαλιζόμενος μπορεί να πραγματοποιήσει τις εξετάσεις του δωρεάν ή να καταβάλει το ποσοστό συμμετοχής που του αναλογεί βάσει του συμφωνητικού που έχει υπογράψει με την εταιρία ασφάλισης. Όσον αφορά αποζημιώσεις σε έξοδα νοσηλείας, τα χρήματα καταβάλλονται είτε απολογιστικά όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε μη συμβεβλημένα νοσοκομειακά ιδρύματα είτε απευθείας από τις

ασφαλιστικές εταιρίες προς τα συνεργαζόμενα ιδρύματα χωρίς να εμπλέκεται στις διαδικασίες ο πελάτης. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι με τον όρο απολογιστική εννοούμε την αποζημίωση όπου ο ασθενής πληρώνει ο ίδιος το κόστος νοσηλείας και με τα απαραίτητα αποδεικτικά μπορεί να πάρει τα χρήματα από την ασφαλιστική εταιρία μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Επιπλέον πολλά νοσοκομεία σε περιπτώσεις όπου τα έξοδα νοσηλείας αφορούν μεγάλα ποσά, δίνουν την δυνατότητα στους ασθενείς να υπογράψουν συναλλαγματικές επιταγές. Επίσης στους ασθενείς επιτρέπεται να κάνουν ταυτόχρονη χρήση της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα το κόστος να μειώνεται κατά πολύ και σε κάποιες περιπτώσεις να είναι και μηδενικό.

Λόγω της αδυναμίας των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα να προσφέρουν ικανοποιητικές υπηρεσίες στους ασφαλιζόμενους πολίτες, σε συνδυασμό με τις άτυπες πληρωμές που καλούνται να πληρώσουν από επιτήδειους εργαζομένους των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και τις ιδιωτικές πληρωμές για δαπάνες υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση στην χώρα μας αρχίζει να γίνεται αρκετά δημοφιλής (Σίσκου, 2005). Πιο συγκεκριμένα το 1976 μόλις το 0,6% του πληθυσμού διέθετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας (ΚΕΠΕ 1998), ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 το ποσοστό άγγιξε το 2%, που ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη (Letsch et al., 1992). Το 2003 το ποσοστό ξεπερνούσε το 15%. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι αυτή η μεγάλη αύξηση οφείλετε στην δυσκολία διαχωρισμού των συμβολαίων υγείας από τα συμβόλαια ζωής (Σίσκου, 2005).

4.2. Νοσοκομειακές αποζημιώσεις

Το 2021 ήταν η τέταρτη χρονιά, κατά την οποία το Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) δημοσίευσε τους δείκτες μεταβολής των νοσοκομειακών εξόδων που αποζημίωσαν οι ασφαλιστικές εταιρίες για τους ασφαλισμένους τους το έτος 2020 σε σχέση με το 2019. Ειδικότερα, αξιοποιώντας τα δεδομένα που παρείχαν 14 εταιρίες –μέλη της ΕΑΕΕ, που διαθέτουν σε ισχύ χαρτοφυλάκιο μακροχρόνιων ατομικών νοσοκομειακών εξόδων και που, πρακτικά, αποτελούν το σύνολο της αγοράς αυτού του τύπου προγραμμάτων, το IOBE υπολόγισε τα αποτελέσματα των δεικτών για το 2020, ενσωματώνοντάς τα στην αντίστοιχη ειδική Έκθεσή του, που αναλύει τις μεταβολές των δεικτών από το έτος 2011 και εξής. Η δημοσίευση της τελευταίας αυτής έκθεσης του IOBE έγινε στις αρχές Νοεμβρίου προκειμένου καταναλωτές, δημόσιοι φορείς και ασφαλιστικές επιχειρήσεις να έχουν έγκαιρα, πριν το κλείσιμο του έτους,

γνώση των αποτελεσμάτων της αγοράς. Η έκθεση του IOBE είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα τόσο του Ιδρύματος, όσο και της ΕΑΕΕ. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι η συχνότητα εμφάνισης ζημιάς στο σύνολο του χαρτοφυλακίου μειώθηκε το 2020 σε 15,8%, από 17,4% το 2019. Η πτώση της συχνότητας εμφάνισης ζημιάς το 2020 δείχνει, ασφαλώς, την αρνητική επίδραση της πανδημίας στην προθυμία των ασθενών να επισκέπτονται δομές υγείας και να νοσηλεύονται. Ωστόσο, καθώς πολλοί ασφαλισμένοι ανέβαλαν θεραπευτικές παρεμβάσεις και επεμβάσεις και περιόρισαν τη χρήση των δομών υγείας σε περισσότερο επείγοντα περιστατικά, επιδεινώνοντας την κατάσταση υγείας τους, αυξήθηκε το μέσο κόστος ζημιάς στο σύνολο του χαρτοφυλακίου. Ειδικότερα, το μέσο κόστος ζημιάς ανήλθε το 2020 σε €4,1 χιλ., από €3,7 χιλ. το 2019. Ως εκ τούτου, λόγω, δηλαδή, της αύξησης του μέσου κόστους ζημιάς, το καθαρό κόστος κάλυψης αυξήθηκε ελαφρά το 2020, με αποτέλεσμα ο Ενιαίος Δείκτης Υγείας (ΕΔΥ), συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης της ηλικίας, να σημειώνει αύξηση της τάξης του 1,4%. Στόχο της ΕΑΕΕ, για την τρέχουσα χρονιά, εξακολουθεί να αποτελεί η αδιάλειπτη, ετήσια, επικαιροποίηση των δεικτών, με σαφώς ορισμένο χρόνο δημοσίευσής τους το Νοέμβριο μήνα, το αργότερο. Το συγκεκριμένο έργο έχει, εξ αρχής, αξιολογηθεί ως ουσιώδες στοιχείο για την ενίσχυση της διαφάνειας και της ενημέρωσης των ασφαλισμένων για τη μέση τιμή και το εύρος της ποσοστιαίας μεταβολής του καθαρού κόστους των συγκεκριμένου τύπου προγραμμάτων, σε επίπεδο αγοράς. Η προσήλωσή της ΕΑΕΕ προς αυτή την κατεύθυνση παραμένει σταθερή, έπειτα από τη νομοθετική ρύθμιση, το 2020 (άρθρο 268 του ν. 4738/2020), για την αντιμετώπιση του ζητήματος των αναπροσαρμογών ασφαλιστρών στο πλαίσιο των μακροχρόνιων προγραμμάτων νοσοκομειακής περίθαλψης, της οποίας εξακολουθεί να αναμένεται το σχετικό προεδρικό διάταγμα που ο προαναφερόμενος νόμος προβλέπει.

Η ΕΑΕΕ, έχοντας αποτιμήσει ότι το έργο των δεικτών που έχει ανατεθεί στο IOBE έχει, αφενός, συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση των αιτιών μεταβολής του κόστους κάλυψης των μακροχρόνιων νοσοκομειακών προγραμμάτων και, αφετέρου, ότι η κατανόηση αυτών των μεταβολών θα μπορούσε να ενισχυθεί σημαντικά για το σύνολο, ανεξαρτήτου, δηλαδή, διάρκειας ατομικών νοσοκομειακών προγραμμάτων, μέσα από την ανάλυση επιπλέον παραγόντων που επηρεάζουν αυτές τις μεταβολές, όπως είναι η νοσηρότητα των ασφαλισμένων και η διάρθρωση των σχετικών δαπανών, ανέθεσε στο IOBE τη διενέργεια μιας ακόμα μελέτης. Ειδικότερα, ειδική τεχνική ομάδα εργασίας που έχει συσταθεί στο πλαίσιο της Επιτροπής Υγείας της Ένωσης, συνεργαζόμενη με το IOBE, προέβη στη σχεδίαση της δομής και τον ορισμό των δεδομένων που

θεωρούνται απαραίτητα για την διενέργεια της νέας μελέτης, η οποία θα εξετάζει ανά νόσο (κατά την διεθνή κατάταξη ICD-10) και στο σύνολο των περιστατικών καθώς και ανά ηλικία και στο σύνολο των ηλικιών μια ευρεία σειρά δεικτών. Η μελέτη αφορά την περίοδο 2016 – 2020 και εκτιμάται ότι θα βοηθήσει το καταναλωτικό κοινό και κάθε ενδιαφερόμενο φορέα στην καλύτερη κατανόηση της εξέλιξης του κόστους των ατομικών νοσοκομειακών προγραμμάτων συνολικά και την ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση της τιμολόγησης της νοσοκομειακής κάλυψης των νοσοκομειακών προγραμμάτων. Η συγκεκριμένη μελέτη σχεδιάζεται να πραγματοποιείται περιοδικά, αναλόγως της χρησιμότητάς της, αλλά όχι με ετήσια συχνότητα, όπως εκείνη των δεικτών. Στόχος της ΕΑΕΕ είναι το έργο αυτό να λειτουργήσει ενισχυτικά της μελέτης των δεικτών του IOBE και να αποδειχθεί το ίδιο χρήσιμο και έγκυρο όπως και η προαναφερόμενη μελέτη.

Κεφάλαιο 5^ο: Τρόποι αναβάθμισης δημόσιας ασφάλισης υγείας

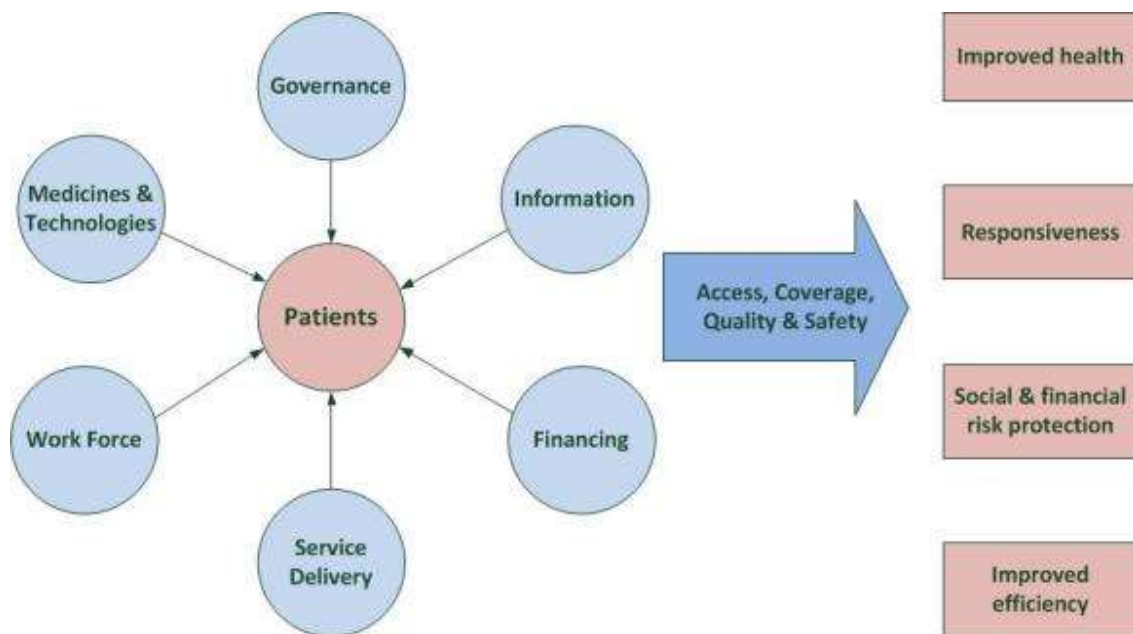
Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα απειλείται σημαντικά κατά τα τελευταία έτη στα οποία η χώρα μας διανύει μια μακρά οικονομική ύφεση. Η παρατεταμένη αυτή ύφεση έφερε στην επιφάνεια μια σειρά από λάθη και προβλήματα του παρελθόντος που αφορούν τόσο τη λειτουργία όσο και την οργάνωση του ασφαλιστικού συστήματος και μπορούν να αποτελέσουν αιτίες πιθανής κατάρρευσής του. Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η κάλυψη των συνταξιοδοτικών απολαβών σε μια χώρα η οποία αποτελείται κατά μεγάλο βαθμό από συνταξιούχους, ένας αριθμός που αναμένεται να ξεπεράσει τους εργαζομένους τα επόμενα 20 χρόνια. Έτσι, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μόνο για την κάλυψη συνταξιοδοτικών παροχών σε χαμηλοσυνταξιούχους για ένα χρόνο (παροχές με μηνιαίο μέσο όρο 384€) απαιτείται η χρήση του 7% του ΑΕΠ.

Ένα ακόμα πρόβλημα των ελληνικών ασφαλιστικών ταμείων είναι ότι η πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης είναι πολύ χαμηλότερη από αυτή των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Σε συνδυασμό με το αυξημένο προσδόκιμο ζωής, τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται με σημαντικά μειωμένα έξοδα να καλύψουν για πολλά χρόνια τους συνταξιούχους. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης του ολοένα και ταχύτερα αυξανόμενου γερασμένου πληθυσμού, στην δεύτερη Παγκόσμια Συνέλευση για την Γήρανση το 2002, εγκρίθηκε το διεθνές σχέδιο δράσης για την γήρανση (MIPAA- Madrid International Plan of Action on Aging). Η στρατηγική αυτή προτείνει την εξέταση των ηλικιωμένων, ως προς την ικανότητά τους να συμμετάσχουν και να επωφελούνται από θέσεις εργασίας στις οποίες είναι ικανοί να είναι ακόμα παραγωγικοί με αποτέλεσμα να αποσυμφοριστούν τα ταμεία από τον αυξημένο αριθμό συντάξεων ενώ παράλληλα να αυξάνεται κι ο αριθμός των εργαζομένων που καταβάλουν εισφορές.

Σιγά σιγά φαίνεται να εδραιώνεται η ιδέα της δημόσιας υποστήριξης, η οποία πραγματοποιείται μέσω της προσέγγισης και της συμπερίληψης απόψεων και ιδεών από άτομα που ανήκουν στο γενικό πληθυσμό (Mockford et al., 2012). Η συμμετοχή του κοινού (μέσω ερωτηματολογίων που θα μοιράζονται στις δομές υγείας) μπορεί να οδηγήσει σε νέες ιδέες οι

οποίες μπορούν να επηρεάσουν αλλά και να συμπεριληφθούν στις νέες στρατηγικές που χαράσσονται τόσο από τους παρόχους υγείας όσο και από το Υπουργείο Υγείας. Για το λόγο αυτό το μέτρο αυτό έχει αρχίσει ήδη να υιοθετείται από διάφορες χώρες (Borins, 2002, Mackenbach and Mckee, 2013). Μια αποτελεσματική κυβερνητική πολιτική συνδέεται με την ικανότητα που έχει να αναπτύσσει και να εφαρμόζει τα υπό επιβολή μέτρα. Έτσι η εκάστοτε κυβερνητική υπηρεσία πρέπει να δρα με επαγγελματισμό και χωρίς διαφθορά (Persson and Sjöstedt, 2015).

Ο ΠΟΥ έχει προτείνει μια σειρά από στοιχεία όπου έχουν ως στόχο την ενίσχυση των συστημάτων υγείας με σκοπό την παροχή μια δίκαιης, αποτελεσματικής, προσβάσιμης από όλους και υψηλού επιπέδου περίθαλψης. Τα στοιχεία του ΠΟΥ έχουν ως κέντρο τον ασθενή ο οποίος δέχεται επιδράσεις από τη δουλειά του, τις υπηρεσίες, την κυβέρνηση, την οικονομία και την τεχνολογία και με αυτές τις επιδράσεις μπορεί να οδηγηθεί σε πρόσβαση στους τομείς υγείας με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας, την προστασία από οικονομικά ρίσκα αλλά και σε βελτιωμένα αποτελέσματα (Weimann and Stuttford, 2014).



Εικόνα 10: Διάγραμμα των παραμέτρων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ασφάλισης ενός ασθενή (Weimann and Stuttford, 2014).

Η αιμοφορία στην υγειονομική περίθαλψη φαίνεται ότι είναι το κλειδί για τη βελτίωση των συστημάτων ασφάλισης υγείας. Μέσω της αιμοφόρου ασφάλισης παρέχεται οικονομική προστασία από τα έξοδα και τα κόστη των συστημάτων υγείας για όλους, έχοντας ως στόχο την ισότιμη

πρόσβαση. Ένα μέτρο που έχει προταθεί είναι η περαιτέρω επιβολή ειδικών εισφορών σε τιμολόγια κινητής τηλεφωνίας και στις μεταφορές χρημάτων, με τα έσοδα αυτά να διατίθενται στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, στη Γκάνα, όπου είναι μια χώρα με χαμηλό επίπεδο εσόδων, έχει προταθεί και η εισαγωγή ειδικών φόρων στο βωξίτη, το κακάο και το χρυσό με τα έσοδα επίσης να διατίθενται στην υγεία (Laar et al., 2020).

Συζήτηση

Η κρίση που βιώνουμε, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τα τελευταία χρόνια αλλά και οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο το κόστος λειτουργίας όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών αναδείχθηκαν εμφανώς κατά τα έτη της οικονομικής ύφεσης. Την τελευταία 25ετία, το ασφαλιστικό σύστημα υγείας έχει δεχθεί μια σειρά τροποποιήσεων και μεταρρυθμίσεων έχοντας πάντα ως βάση ότι η ασφάλιση υγείας είναι ένα κοινωνικό αγαθό για το οποίο φροντίζει το ελληνικό κράτος (Κάσσοι, 2021).

Για αρχή το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο αποτελούνταν από περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς ανανεώθηκε μέσω της δημιουργίας ενός ενιαίου οργανισμού με την ονομασία Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) το οποίο διανέμει τα έσοδα του σε διάφορους φορείς όπως ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που αφορά την υγεία. Η σύσταση αυτή είχε ως σκοπό την μείωση της δημόσιας δαπάνης και την άρση διαστρεβλώσεων του υγειονομικού συστήματος. Τα μέχρι τότε προβλήματα τόσο του ασφαλιστικού όσο και του υγειονομικού συστήματος, επιδεινώθηκαν όταν κατά την οικονομική ύφεση αυξήθηκαν τα ποσοστά ανεργίας, μειώθηκαν οι μισθοδοτικές εισφορές και έτσι αναπόφευκτα μειώθηκαν οι εισφορές. Η μείωση αυτή είχε ως αποτέλεσμα να τίθεται ζήτημα βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος, να μειώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονταν, με το κράτος να αδυνατεί να κρατήσει μια ισορροπία μεταξύ ζημιών και εισφορών (Φλώρος, 2017).

Η ανεπάρκεια της κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με το πρακτικό μονοπώλιο που δημιουργήθηκε στο σύστημα υγείας, αντί να οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί, διόγκωσε την αποτελεσματικότητα, τα χρέη και βοήθησε στην δημιουργία μιας σειράς παραπληρωμών (Νεκτάριος, 2014, Σιδέρης, 2014). Τη λύση σε αυτά τα προβλήματα φαίνεται ότι μπορεί να δώσει η ιδιωτική ασφάλιση ως συμπληρωματική της δημόσιας. Μια πιθανή συνεργασία μεταξύ δημόσιου τομέα και ιδιωτικής αγοράς υγείας, θα μπορούσε να λειτουργήσει αποδοτικά για την αξιοποίηση των ήδη υπάρχοντων πόρων και δομών, για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και γενικότερα να υπάρξει μια αναβάθμιση του επιπέδου της υγείας. Επίσης η συνεργασία αυτή θα μπορούσε να οδηγήσει στην μειωμένη επιβάρυνση των πολιτών

αλλά και την πλήρη και πραγματική εκμετάλλευση των ασφαλιστικών εταιριών. Η συνεργασία αυτή φαίνεται να είναι αρκετά σημαντική σε περιόδους οικονομικής κρίσης, αφού τα ελλείμματα διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα αλλά και οι επενδύσεις του ιδιωτικού τομέα είναι κερδοφόρες. Μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης οι κοινωνικές ανάγκες αντιμετωπίζονται καλύτερα, χωρίς να επιβαρύνεται ο κρατικός προϋπολογισμός. Επιπλέον ο υγιής ανταγωνισμός, μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομειακών ιδρυμάτων οδηγεί σε ολοένα καλύτερες υπηρεσίες υγείας, ικανοποιώντας έτσι και τους πολίτες (Πεχλιβανίδου, 2017, Economou et al., 2017).

Από την άλλη μεριά, πολλοί είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν με δυσπιστία την αυξημένη εμπλοκή της ιδιωτικής ασφάλισης, διότι ανησυχούν για την εμφάνιση οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων, οι οποίες θα πλήξουν περισσότερο την κατώτερη τάξη.

Στην παρούσα εργασία εφόσον μελετήθηκαν διάφορα γνωστά ασφαλιστικά συστήματα παγκοσμίως, τα οποία περιλαμβάνουν και συνεργασία με την ιδιωτική ασφάλιση, έγινε μια προσπάθεια για εύρεση αποτελεσματικών τρόπων ουσιαστικής αναδιοργάνωσης και συνεργασίας, κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να οδηγηθούν τόσο η λειτουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος στο οποίο θα αλληλοσυμπληρώνεται η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, όσο και οι δομικές μεταρρυθμίσεις δημιουργώντας πλέον το κατάλληλο έδαφος για περιορισμό και εξ ορθολογισμό των δαπανών του δημοσίου. Αυτό κρίνεται ζωτικής σημασίας για το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα, αφού οι φόροι που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες είναι δυσανάλογα υψηλοί σε σχέση με τους μισθούς ενώ το πλήθος των ενεργών πολιτών (εργαζόμενοι) τείνει να συρρικνώνεται έναντι του ολοένα και αυξανόμενου αριθμού συνταξιούχων. Άλλοι τρόποι είναι οι εναλλακτικοί τρόποι τιμολόγησης ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση σε εργαζόμενους που ανήκουν σε υψηλή μισθοδοτική κλίμακα.

Η δημιουργία ενός ολιγοπωλιακού ασφαλιστικού συστήματος θα μειώσει την υπερτιμολόγηση, οδηγώντας σε πραγματική διαπραγμάτευση μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιριών . Από αυτή την διαπραγμάτευση, κερδισμένοι θα βγουν μόνο οι ασφαλισμένοι πολίτες, αφού αναμένεται να αυξηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όπως αναλύθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια το ελληνικό σύστημα ασφάλισης υγείας είναι το Νοτιοευρωπαϊκό , το οποίο ομοιάζει αρκετά με το σύστημα Beveridge (Mackenbach and McKeel, 2013, Φλώρος, 2017). Μία πρόταση που θα μπορούσε να υιοθετηθεί είναι η εισαγωγή

στοιχείων από ασφαλιστικά συστήματα τύπου Bismark. Με τον τρόπο αυτό τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία θα είναι υπόχρεα μικρότερων προϋπολογισμών για την υγεία, ενώ οι εργοδότες θα καλούνται να αυξήσουν τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως τα εισοδηματικά. Επιπλέον σε άτομα τα οποία ανήκουν σε υψηλές οικονομικές βαθμίδες προτείνεται ένα μεικτό σύστημα ασφάλισης στο οποίο οι εργαζόμενοι καλούνται υποχρεωτικά να πληρώνουν ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα οι κρατικές εισφορές να απευθύνονται και να διοχετεύονται στους οικονομικά ασθενέστερους. Μέσω αυτών των τρόπων οι κοινωνικές ανισότητες παραμένουν σε χαμηλό επίπεδο, η κρατική παρέμβαση διατηρείται αλλά το εθνικό ασφαλιστικό ταμείο επιβαρύνεται σε πολύ μικρότερο βαθμό και με τα χρήματα που εξοικονομεί μπορεί να κάνει το προϊόν της δημόσιας υγείας ποιοτικότερο και πιο ελκυστικό προς τους πολίτες.

Τέλος ύστερα από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρήθηκε ότι παρόλο που υπάρχουν αρκετά συστήματα ασφάλισης υγείας, τα περισσότερα εφαρμόζονται πάρα πολλά χρόνια και μπορεί κάποιος να πει ότι είναι ξεπερασμένα, αφού δεν ακολουθούν τις ανάγκες της σύγχρονης αγοράς εργασίας (τηλεργασία, μείωση ποσοστού χειρωνακτικών εργασιών κ.α.). Θα μπορούσε κανείς να πει ότι η εξέλιξη των ασφαλιστικών συστημάτων παγκοσμίως βρίσκεται σε μια ύφεση, αφού τα προβλήματα του εκάστοτε συστήματος εντοπίζονται εδώ και πολλά χρόνια από τις διάφορες κοινωνίες και κρατικούς φορείς, όμως οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι ελάχιστες. Για τον λόγο αυτό απαιτείται από τα κράτη να αφιερώσουν ορισμένους οικονομικούς πόρους ώστε να βρουν κατάλληλες λύσεις για να ξεπεράσουν τα εκάστοτε προβλήματα με την κάθε πολιτεία να προσαρμόζει τα συστήματά της με βάση τις ελλείψεις της και τις ανάγκες της.

Βιβλιογραφία

- ALBER, J. 2017. Government Responses to the Challenge of Unemployment: The Development of Unemployment Insurance in Western Europe.
- BISELLI, D. 2016. *Italian Healthcare: the Regional Health Service Models* [Online]. Available: https://www.miopharmablog.it/2016/06/italian-healthcare-the-regional-health-service-models/?fbclid=IwAR10sv_HdgvET4RFWnJ7ZemdJOWCLGnOzf7v6NmZ9ssv_5EAAfKfJvDM9RU [Accessed].
- BORINS, S. 2002. On the Frontiers of Electronic Governance: A Report on the United States and Canada. *International Review of Administrative Sciences - INT REV ADM SCI*, 68, 199-211.
- BOYLE, S. 2011. United Kingdom (England): Health System Review. *Health systems in transition*, 13, 1-483, xix.
- CARLOS PESTANA BARROS, M. N., A. ASSAF 2010. Efficiency in the Greek insurance industry. *European Journal of Operational Research*.
- ECONOMOU, C., KAITELIDOU, D., KARANIKOLOS, M. & MARESSO, A. 2017. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit*, 19, 1-166.
- EHRICH, J., GROTE, U., GERBER-GROTE, A. & STRASSBURG, M. 2016. The Child Health Care System of Germany. *The Journal of Pediatrics*, 177, S71-S86.
- FOLLAND, S. 2018. *The Economics of Health and Health Care*.
- GETZEN, T. 2011. Macroeconomic Dynamics of Health: Lags and Variability in Mortality, Employment and Spending. *Encyclopedia of Health Economics*.
- GOEPFFARTH, D. & HENKE, K.-D. 2012. The German Central Health Fund-Recent developments in health care financing in Germany. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 109.
- GREENWALD, J. L., HALASYAMANI, L., GREENE, J., LACIVITA, C., STUCKY, E., BENJAMIN, B., REID, W., GRIFFIN, F. A., VAIDA, A. J. & WILLIAMS, M. V. 2010. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med*, 5, 477-85.
- HARRIS, M., GREAVES, F., PATTERSON, S., JONES NIELSEN, J., PAPPAS, Y., MAJEED, A. & CAR, J. 2012. The North West London Integrated Care Pilot: Innovative Strategies to Improve Care Coordination for Older Adults and People With Diabetes. *The Journal of ambulatory care management*, 35, 216-25.
- HENKE, K. D., ADE, C. & MURRAY, M. A. 1994. The German health care system: structure and changes. *J Clin Anesth*, 6, 252-62.
- HU, A. & MANNING, P. 2010. The global social insurance movement since the 1880s. *Journal of Global History*, 5, 125-148.
- HUBER, M. & OROSZ, E. 2003. Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001. *Health Care Financ Rev*, 25, 1-22.
- IGLEHART, D. L. & LALCHANDANI, A. P. 1991. Diffusion approximations for complex repair systems. *Naval Research Logistics (NRL)*, 38, 817-838.

- KUTZIN, J. 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
- LAAR, A., ASARE, M. & DALINJONG, P. 2020. *What Alternative and Innovative Sources of Healthcare Finance Can Be Explored for the Sustainability of the National Health Insurance Scheme of Ghana? Perspectives of Health Managers*.
- LETSCH, S. W., LAZENBY, H. C., LEVIT, K. R. & COWAN, C. A. 1992. National health expenditures, 1991. *Health care financing review*, 14, 1-30.
- MACKENBACH, J. P. & MCKEE, M. 2013. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health*, 23, 195-201.
- MOCKFORD, C., STANISZEWSKA, S., GRIFFITHS, F. & HERRON-MARX, S. 2012. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 24, 28-38.
- NEKTARIOS, M., BARROS, C. & ASSAF, A. 2010. Efficiency in Greek insurance industry. *European Journal of Operational Research*, 205, 431-436.
- NORC. 2018. *American's Views of Healthcare Costs, Coverage and Policy* [Online]. Available: <http://www.norc.org/Research/Projects/Pages/americans-views-of-healthcare-costs-coverage-and-policy.aspx> [Accessed].
- PERSSON, A. & SJÖSTEDT, M. 2015. The Political and Historical Origins of Good Government: How Social Contracts Shape Elite Behavior. In: DAHLSTRÖM, C. & WÄNGNERUD, L. (eds.) *Elites, Institutions and the Quality of Government*. London: Palgrave Macmillan UK.
- RICE, T., ROSENAU, P., UNRUH, L. Y., BARNES, A. J., SALTMAN, R. B. & VAN GINNEKEN, E. 2013. United States of America: health system review. *Health Syst Transit*, 15, 1-431.
- SIBBETT, T. 2006. History of Insurance.
- THORNTON, J. & RICE, J. 2008. Determinants of healthcare spending: A state level analysis. *Applied Economics*, 40, 2873-2889.
- VÁRADI, Á. 2008. Preliminary Data of Life and Health Insurance in the Roman Law. *Hungarian Medical Journal*, 2, 533-538.
- VOZIKIS, A., MANOLITZAS, P., MOUCHAKIS, D. & DROSOS, D. 2009. MEASURING E-INSURANCE IN GREECE: THE CASE OF PUBLIC INSURANCE FUNDS. *SPOUDAI JOURNAL OF ECONOMICS AND BUSINESS*, 59, 85-99.
- WALPOLE, S. C. 2019. Health Professionals' Insights into the Impacts of Privately Funded Care within a National Health Service: A Qualitative Interview Study. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 15, 56-71.
- WEIMANN, E. & STUTTAFORD, M. C. 2014. Consumers' perspectives on national health insurance in South Africa: using a mobile health approach. *JMIR mHealth and uHealth*, 2, e49-e49.
- Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Β. Τ. 2009. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη *Archives of Hellenic Medicine*
- ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ. 2014. *Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- ΓΙΑΝΝΑΚΗ, Α. 2017. *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- ΓΙΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. Μ. 2009. *Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας* Gutenberg.

- ΖΑΦΕΙΡΗ-ΚΑΜΠΙΤΣΗ, Α. 2011. Που οδηγείται η κοινωνική ασφάλιση;. Αθήνα
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ 2001. Σύστημα Υγείας *Σύστημα Υγείας* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- ΚΑΣΣΟΣ, Φ. 2021. Ιδιωτική Ασφαλιστική Αγορά: Ετήσια Έκθεση 2021.
- ΚΟΥΜΑΡΙΑΝΟΣ, Β. 2017. Ενοποίηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης: Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης ως Οργανωτικό Όχημα για την Νέα Αρχιτεκτονική των Συντάξεων. *Κοινωνική Πολιτική*, 8, 50-73.
- ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ν. 2006. *Οικονομική και επιχειρησιακή στρατηγική*, Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- ΜΟΥΡΔΟΥΚΟΥΤΑΣ, Κ. 2007. *Υπηρεσίες Υγείας (Α Τόμος)*.
- ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. 2005. *Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας Σταμούλης*
- ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. 2014. *Ιδιωτική Ασφάλιση και Διαχείριση Κινδύνων* Παπαζήση.
- ΞΕΝΟΣ 2014. Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Archives of Hellenic Medecine*, 172-185.
- ΠΕΧΛΙΒΑΝΙΔΟΥ. 2017. *Δημόσια υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και προοπτικές*. Master's, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- ΣΙΔΕΡΗΣ. 2014. *Ο Ασφαλιστικός Κλάδος στην Ελλάδα σε περίοδο οικονομικής κρίσης*. Τ.Ε.Ι Πειραιά.
- ΣΙΣΚΟΥ 2005. *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο*, Πανεπιστήμιο Αθηνών
- ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. 1999. *Κοινωνική Πρόνοια: μια γενική θεώρηση Έλληνα*
- ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Ό. 2006. *Κρατος Πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις* Αθήνα Gutenberg
- ΣΥΡΟΚΑΚΗ, Α. 2016. *Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα* Master Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2006. *Τα οικονομικά της υγείας*
- ΦΛΩΡΟΣ, Σ. 2017. *Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας* Master, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Χ. ΠΛΑΤΗΣ, Σ. Α. 2019. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα υπό το Πρίσμα των Αρχών της Διακήρυξης της Αστάνα*.