



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΘΩΜΑΣ

ΣΥΜΦΩΝΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

TRIANTAFYLLOU THOMAS

AGREEMENTS OF INSURANCE COMPANIES WITH HOSPITALS

Graduate Thesis Submitted for the degree
Master of Science in Health Management

Piraeus, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΘΩΜΑΣ

ΣΥΜΦΩΝΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής :

Επίκουρος Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συγγραφή αυτής της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν και αυτοί δεν είναι άλλοι από τους καθηγητές μου τους γονείς μου καθώς και τους φίλους μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την πρώην κοπέλα μου Ηλιάνα η οποία υπήρξε αρωγός σε όλη την προσπάθεια μου για να φέρω εις πέρας αυτό το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. Δεν θα έπρεπε να παραλείψω τους συμφοιτητές μου οι οποίοι υπήρξαν πολύτιμοι βοηθοί και συνάδελφοι σε αυτό το μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Επίσης θα ήταν παράλειψη μου να ξεχάσω τις υπηρεσίες δημόσιες και ιδιωτικές όπως την ένωση ασφαλιστικών εταιρειών και τον δικηγορικό σύλλογο Θεσσαλονίκης.

Τέλος θα ήθελα να δώσω τις πιο εγκάρδιες ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου κο Αθανάσιο Βοζίκη χωρίς τη βοήθεια του οποίου δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί αυτή η μελέτη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συνεχώς αυξανόμενη σημασία της ασφάλισης του ανθρώπου στις Δυτικές κοινωνίες έχει οδηγήσει τους πληθυσμούς αυτών των κοινωνιών να κατατάσσουν την ασφάλιση την δική τους και των γύρω τους σαν πρωταρχικό μέλημα για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η ασφάλιση χωρίζεται σε δημόσια (κοινωνική) και στην Ιδιωτική. Η διόγκωση της ανάγκης για ασφάλεια πέραν αυτής που παρέχει το κράτος οδήγησε στην δημιουργία ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και στην παροχή πιο ολοκληρωμένων πακέτων ασφάλισης για τους πολίτες. Οι εταιρείες αυτές αποτελούν σήμερα ισχυρούς οικονομικούς παράγοντες για τις οικονομίες των εκάστοτε χωρών. Συμβάλουν σημαντικά στην οικονομική ευμάρεια μιας χώρας με την αποκατάσταση ζημιών, χρηματοδότηση επενδύσεων, ενθάρρυνση επιχειρηματικής πρωτοβουλίας, ανάπτυξη έρευνας και τεχνολογίας κα. Τεράστια επίσης είναι η συμβολή του ασφαλιστικού κλάδου στην υγεία, σταθερότητα και συνοχή της οικογένειας, ως πυρήνα του κοινωνικού ιστού, αλλά και σε τελική ανάλυση της ίδιας της κοινωνίας.

Παγκόσμια διαφορετικές χώρες παρέχουν διαφορετικά ασφαλιστικά πακέτα και συνάπτουν διαφορετικές συμφωνίες είτε μεταξύ κράτους –ασφαλιστικών εταιρειών είτε μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών –νοσοκομείων ανάλογα με τον ασφαλιστικό κίνδυνο τον προσδόκιμο ζωής αλλά και τα ασφαλίσεων υγείας και του κόστους της ασφάλισης υγείας. Η Παρούσα εργασία περιγράφει την κατάσταση της ασφάλειας υγείας στην Ελλάδα τις μεθόδους τιμολόγησης και των συστημάτων διαχείρισης (*Managed Care*). Επίσης κάνει μια ανάλυση περιεχομένου των συμβολαίων Ασφαλιστικών εταιρειών με Νοσοκομεία όπως επίσης αξιολογεί το περιβάλλον συνεργασίας των ασφαλιστικών εταιρειών και των νοσοκομείων στην Ελλάδα

Λέξεις κλειδιά: Ασφαλιστικό Κίνδυνο, Προσδόκιμο Ζωής, Συστήματα Διαχείρισης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα	4
2. Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα	7
2.1 Γενικά περί ασφάλισης υγείας – Φορείς ασφάλισης	
2.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα	
2.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα – Η έννοια και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας	
2.4 Αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	
2.5 Λόγοι επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	
2.6 Προοπτικές της Ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	
3. Συμβόλαια Ασφάλισης Υγείας	22
3.1 Έννοια και φύση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας	
3.2 Είδη συμβολαίων ασφάλισης υγείας	
3.3 Περιεχόμενο συμβολαίων ασφάλισης υγείας	
3.4 Συνήθεις όροι καλύψεων ατομικής ασφάλισης υγείας	
4. Η έννοια του κινδύνου στην ασφάλιση υγείας – Μέθοδοι τιμολόγησης και Συστήματα διαχείρισης	29

4.1	Μεθοδολογία προσδιορισμού του ασφαλίστρου	
4.2	Μεθοδολογία ιατρικής εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου	
4.3	Οι Ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες και το πρόβλημα του κόστους της ασφάλισης υγείας	
4.4	Συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας (Managed Care)	
5.	Ανάλυση περιεχομένου των συμβολαίων Ασφαλιστικών εταιρειών με Νοσοκομεία	54
6.	Συμφωνίες ασφαλιστικών εταιρειών με νοσοκομεία. Η διεθνής εμπειρία	73
6.1	Σύστημα υγείας Ηνωμένου Βασιλείου	
6.2	Σύστημα Υγείας Καναδά	
6.3	Συστημα Υγείας Η.Π.Α	
6.4	Σύστημα Υγείας Κίνας	
6.5	Σύστημα Υγείας Ινδίας	
6.6	Σύστημα Υγείας Ισραήλ	
6.7	Σύστημα Υγείας Σιγκαπούρης	
6.8	Σύστημα Υγείας Φιλανδίας	
6.9	Σύστημα Υγείας Γερμανίας	
6.10	Παράδειγμα Κάτω Χωρών	
6.11	Σύστημα Υγείας Αυστραλίας	
7.	Αξιολόγηση του περιβάλλοντος συνεργασίας των ασφαλιστικών εταιρειών και των νοσοκομείων στην Ελλάδα	9
8.	Συμπεράσματα – Προτάσεις	109

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A/A	ΤΙΤΛΟΣ	Σελ.
2.1	Επίδραση ιδιωτικής ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών Υγείας	14
	Πλάνο πώλησης νος. Προϊόντων της ALICO	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

A/A	ΤΙΤΛΟΣ	Σελ.
2.1	Φόροι σε σχέση με την Κοινωνική Ασφάλιση	9
2.2	Κάτοχοι Ασφάλειας Ζωής Υγείας στην Ελλάδα	15
4.1	Σχήματα Οργανισμών Managed Care	47

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

A. Ελληνικές

A.E.Π	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
E.A.E.E	Ενωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος
I.K.A	Ιδρυμα κοινωνικής Ασφάλισης
O.ΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
T.E.B.E	Ταμείο Εμπόρων Βιομηχάνων
O.O.Σ.A	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
E.Σ.Υ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
E.E	Ευρωπαϊκή Ένωση
H.Π.A	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Δ.Ε.Π.Υ	Διεθνής Ένωση Πολιτικής της Υγείας
M.M.E	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

B. Ξενόγλωσσες

O.E.C.D	Organization of Economical Co ownership and Development
N.H.S	National Health System
H.M.O	Health Maintenance Organisation
P.P.O	Preferred Provider Organisation
P.O.S	Point of Service
F.F.S	Fee for Service
W.H.O	World Health Organisation
I.A.H.P.E	International Association of Health Policy
S.E.E.F	South Eastern Europe Fund

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΗΓΩΝ

1. Evaluating Managed Care Effectiveness: A Societal Perspective Jill Schield, MS
Institute for Health Policy Research and Policy Studies, Northwestern University
James J. Murphy, FSA, MAAA Society of Actuaries, Merrill Lynch, Howard
Johnson & Company Howard J. Bolnick, FSA, MBA Society of Actuaries, Radix
Health Connection October 2000
2. AN INNOVATION IN HOSPITAL CONTRACTING —DESIGNING
CONTRACTS THAT PROMOTE FAIR PAYMENT AND ALIGNED
INCENTIVES William J. Fox, FSA, MAAA Ross A. Laursen, ASA, MAAA peer
reviewed by Steve Cigich, FSA, MAAA
3. Financial Management of Health
Insurance: Forecasting, Monitoring and Analyzing Health Plan Experience by Phyllis
A. Doran, FSA, Robert H. Dobson, FSA, and Ronald G. Harris, FSA
4. Journal of Health Economics 19 2000 663–677 Contracts for health care and
asymmetric information Gianni De Fraja Department of Economics and Related
Studies, University of York, Heslington, York, YO1 5DD, UK C.E.P.R., 90-98
Goswell Road, London, EC1V 7DB, UK
5. Public Purchaser-Private Provider Contracting for Health Services Examples from
Latin America and the Caribbean. Katherine Slack William D. Savedoff¹ January
2001
6. The Effect of Managed Care on Health Care Providers. Laurence B. Baker-Martin
L Brown. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH. Cambridge
April 1997

7. Clark, Bruce W., JD, "Negotiating Successful Managed Care Contracts,"
HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT, August 1995, pp. 27-30.
8. Managed care contracting .Best practices in patient access
9. Himmelstein DU. Woolhandler S. Hellander I. "Bleeding the patient. The consequences of corporate health care". (Philadelphia, Common Courage Press 2001).
10. Geyman J. "Falling through the safety net. Americans without health insurance". (Monroe, Common Courage Press 2005).
11. Κονδύλης Η. Μπένος Α. "Προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας στις ΗΠΑ. Μία κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση". (Ελληνική Ιατρική, 2005, 71(2) -υπό εκτύπωση).

Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο :

www.pnhp.org

www.healthp.org

www.healthemergency.org.uk

<http://www.naftemporiki.gr/premium/members/login>

<http://news.disabled.gr/?p=259>

<http://www.rediff.com/money/2003/sep/20insure.htm>

http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service

<http://news.kathimerini.gr/4dcgi>.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Εισαγωγή

Ο ασφαλιστικός κλάδος συμβάλλει, όσο λίγοι, στην οικονομική, ψυχολογική και σωματική υγεία των μελών των σύγχρονων κοινωνιών. Άλλωστε, είναι αποδεδειγμένο ότι όσο πιο αναπτυγμένος είναι σε μια κοινωνία ο ασφαλιστικός θεσμός, τόσο πιο λίγα είναι τα κοινωνικά προβλήματα που εμφανίζονται.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ως σύγχρονες οικονομικές μονάδες αποτελούν εξορισμού ένα σημαντικό πεδίο απασχόλησης εργαζομένων αλλά και πηγή φορολογικών εσόδων του Κράτους, υπηρετώντας συγχρόνως και ένα θεσμό με πολλαπλές θετικές παραμέτρους για την οικονομική ευμάρεια μιας κοινωνίας, όπως:

1. *Αποκατάσταση ζημιών*: Με την αποκατάσταση των κάθε είδους ζημιών, αποτρέπεται η σοβαρή διατάραξη των οικονομικών, επιχειρηματικών, επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και εξασφαλίζεται η σταθερότητα και η συνέχεια.
2. *Ενθάρρυνση και Προαγωγή Αποταμίευσης*: Τα κεφάλαια που συγκεντρώνονται από τα ασφάλιστρα, αποτελούν ουσιαστικά διαθέσιμα αποταμιευμένα κεφάλαια, τα οποία συμβάλλουν στη δημιουργία υγιούς και ισχυρής εθνικής χρηματαγοράς.
3. *Χρηματοδότηση Επενδύσεων*: Φυσικό επακόλουθο της δημιουργίας αποταμιευτικών κεφαλαίων, είναι η αξιόπιστη ενίσχυση παραγωγικών επενδύσεων, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ισχυροποίηση της οικονομίας και την αύξηση του ΑΕΠ.
4. *Ενθάρρυνση Επιχειρηματικής Πρωτοβουλίας*: Είναι βέβαιο ότι κάτω από τις σημερινές συνθήκες της παγκοσμιοποίησης και του οξύτατου ανταγωνισμού οι επιχειρηματικές πρωτοβουλίες και ιδιαίτερα οι καινοτόμες και κατά συνέπεια οι πλέον ριψοκίνδυνες, θα ήταν πολύ λιγότερες, αν οι επιχειρηματίες δεν είχαν το προστατευτικό δίκτυο των ασφαλειών.

5. *Ανάπτυξη Έρευνας και Τεχνολογίας*: Ο ασφαλιστικός κλάδος στηρίζει οικονομικά και ενθαρρύνει επιστημονικές έρευνες, που συνδέονται με την υγεία και τις αιτίες πρόκλησης ατυχημάτων, ενώ παράλληλα κάνει εφικτή την παραγωγή προϊόντων προχωρημένης τεχνολογίας, μέσα από τη διασφάλιση του προφανούς κινδύνου.
6. *Διάσωση Προσωπικών, Οικογενειακών και Εθνικών Πόρων*: Σημαντικά μικρότερο θα ήταν το συνολικό Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν, αν δεν υπήρχε ο ασφαλιστικός θεσμός. Αρκεί να υπολογίσουμε πόσο μεγάλη θα ήταν η απώλεια υλικών αγαθών, χωρίς ελπίδα επαναδημιουργίας τους, από μεμονωμένες (τροχαία ατυχήματα - πυρκαγιές) ή συλλογικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες, τυφώνες, ηφαιστεια), αν δεν υπήρχε η δυνατότητα αντικατάστασής τους από τις ασφαλιστικές αποζημιώσεις.

Τεράστια επίσης είναι η συμβολή του ασφαλιστικού κλάδου στην υγεία, σταθερότητα και συνοχή της οικογένειας, ως πυρήνα του κοινωνικού ιστού, αλλά και σε τελική ανάλυση της ίδιας της κοινωνίας.

1. *Ψυχική και Πνευματική Υγεία*: Το σημαντικότερο ίσως από όλα τα αγαθά που προσφέρει ο ασφαλιστικός κλάδος στους πολίτες των σύγχρονων κοινωνιών, είναι το αίσθημα ασφάλειας, που μειώνει δραστικά την πίεση, την ανησυχία και το άγχος, που από τη φύση τους είναι γενεσιουργά αίτια ψυχολογικών και οργανικών ασθενειών.
2. *Ποιότητα Ζωής*: Η συμπλήρωση ή/και αναπλήρωση των κοινωνικών ασφαλίσεων σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο στα θέματα εξασφάλισης οικογενειακού εισοδήματος (σε περιπτώσεις ανικανότητας προς εργασία), υγείας και θανάτου, καθώς και η αποκατάσταση κάθε είδους υλικών ζημιών, συμβάλλει στην ηρεμία, γαλήνη και συνοχή της οικογένειας και άρα στην ποιότητα ζωής. Παράλληλα διασφαλίζει στα παιδιά και στους νέους ανθρώπους σπουδές και "οικογενειακό κεφάλαιο" για τη δημιουργία νέων οικογενειακών πυρήνων.
3. *Διατήρηση Περιουσίας και Εσόδων*: Οι αποζημιώσεις, σε περιπτώσεις ατυχημάτων και μακρόχρονων ασθενειών, διασφαλίζουν -τουλάχιστον σ' ένα

σημαντικό μέρος- την οικονομική αυτάρκεια του παθόντος και της οικογένειάς του και αποτρέπουν την αύξηση των κοινωνικών προβλημάτων. Παράλληλα, οι αποζημιώσεις καταστροφής της περιουσίας αποτρέπουν την περιθωριοποίηση πρώην εύπορων οικογενειών και τη δημιουργία νεόπτωχων.

Αποφθεγματική για την αξία του ασφαλιστικού θεσμού για τις κοινωνίες είναι η σχετική ρήση του Ουίνστον Τσόρτσιλ:

*"Αν μπορούσα, θα έγραφα τη λέξη **ΑΣΦΑΛΙΣΗ** πάνω σε κάθε σπίτι και στο μέτωπο κάθε ανθρώπου"*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ασφαλιστική βιομηχανία βρίσκεται πλέον ενώπιον σημαντικών εξελίξεων. Το ενδεχόμενο συμμετοχής της στα επαγγελματικά ταμεία, η ισχυροποίηση της στο τρίτο και ίσως και στο δεύτερο πυλώνα ασφάλισης, η διάθεση από τα ασφαλιστικά δίκτυα τραπεζικών προϊόντων και αντίστροφα προδιαγράφουν ως ευοίωνο το μέλλον του κλάδου.

Μπροστά σε μια νέα πραγματικότητα βρίσκεται η ιδιωτική ασφάλιση, διεκδικώντας ισχυρότερη θέση στο χρηματοπιστωτικό σύστημα της χώρας. Τα φορολογικά κίνητρα που δόθηκαν τελευταία, οι έλεγχοι του υπουργείου Ανάπτυξης που σταδιακά βάζουν σε τάξη τα οικονομικά του κλάδου, τα νέα προγράμματα των ίδιων των εταιρειών, αλλά και η στενή σχέση που πλέον έχουν αποκτήσει με την τραπεζική αγορά μέσω του bancassurance, δημιουργούν ένα μεγάλο πεδίο δράσης με προοπτικές ανάπτυξης, που θα διογκώσει τη συμμετοχή ασφαλιστικής βιομηχανίας στο ΑΕΠ και θα ισχυροποιήσει τη σχέση της με το πελατειακό της κοινό. Εξάλλου, όπως συμβαίνει και με άλλους τομείς της εθνικής μας οικονομίας, η ασφαλιστική αγορά θα ακολουθήσει τα χνάρια της ευρωπαϊκής και γιατί όχι της παγκόσμιας αγοράς, όπου η ασφαλιστική βιομηχανία εξελίσσεται και αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς.

Σε ό,τι αφορά το οικονομικό περιβάλλον και την πορεία των Γενικών Ασφαλίσεων, από τα πρώτα στοιχεία που συγκέντρωσε η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος για το 2004, προκύπτει ότι αύξησαν την παραγωγή τους κατά 5,5% έναντι 13,5% το 2003 και ειδικότερα κατά 5% ο κλάδος Αστικής Ευθύνης Αυτοκινήτου, έναντι 10% το 2003 και κατά 6% οι Λοιποί κλάδοι, όπως Πυρός και Μεταφορών έναντι 15% το 2003.

Οι συγκρατημένοι ρυθμοί ανάπτυξης της παραγωγής σε σχέση με το 2003 αποδίδονται στο γεγονός ότι αν και πέρυσι οι εταιρείες προχώρησαν σε αυξήσεις ασφαλίσεων, αυτές υπολειπόντουσαν αισθητά σε σχέση με τις ανατιμήσεις της προηγούμενης χρήσης. Ανάλογη αναμένεται να είναι και

φέτος η εικόνα του κλάδου, δεδομένου ότι η χρονιά άρχισε με μεγάλη αυτοσυγκράτηση στα τιμολόγια των εταιρειών.

Οι αυξήσεις που ανακοινώθηκαν σε μέσα επίπεδα περιορίστηκαν μετά από πολλά χρόνια στα όρια του πληθωρισμού, γεγονός το οποίο δείχνει ότι οι μεγάλες τουλάχιστον ασφαλιστικές επιχειρήσεις θα επιδιώξουν την πραγματική ανάπτυξη των εσόδων τους, που θα προέλθει από τα δίκτυα πωλήσεων και δεν θα προκληθεί από την άνοδο των τιμολογίων τους. Την ίδια στιγμή, πολλοί από τους μικρούς της αγοράς θα στοχεύσουν στη διατήρηση του όγκου των χαρτοφυλακίων τους, δεδομένου ότι με το χαμηλό επίπεδο στο οποίο κράτησαν τα ασφάλιστρά τους τα τελευταία χρόνια βελτίωσαν υπερβολικά τα μερίδιά τους σε βάρος των μεγάλων.

Όμως ο αγώνας των μικρών δεν σταματά εδώ. Οι αυστηροί έλεγχοι του υπουργείου Ανάπτυξης τους υποχρεώνουν να αναζητήσουν νέα κεφάλαια για τη διατήρηση των περιθωρίων φερεγγυότητας στα όρια του νόμου και στο πλαίσιο αυτό, είτε θα προχωρήσουν σε αυξήσεις μετοχικού κεφαλαίου, όπως ήδη έκαναν ορισμένες, είτε θα αναπροσαρμόσουν αυξητικά τα τιμολόγια τους προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα από τις πωλήσεις, είτε πάλι θα προβούν συντονισμένα και στις δύο ενέργειες, εφόσον παραστεί ανάγκη.

Για Πέμπτη συνεχόμενη χρονιά η τιμή του δείκτη των συνολικών ασφαλιστρών προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν παρουσιάζει αύξηση σε σύγκριση με την προηγούμενη χρονιά. Έτσι μετά το 2001 που έλαβε την χαμηλότερη τιμή του (1,81%) των τελευταίων 8 χρόνων το 2007 υπολογίζεται σε 2,05 Όσο αναφορά τώρα για το ποσοστό επενδύσεων επί του ΑΕΠ Ο οποίος αποτελεί διεθνώς ένα δείκτη του βαθμού ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς αφού έλαβε το 2000 την μέγιστη τιμή του (4,13%) παρουσίασε κάμψη το 2002 στο 3,69% αλλά στη συνέχεια παρουσίασε ανάκαμψη φτάνοντας στο ποσοστό του 5.17% το 2007 Όσο αναφορά τον δείκτη των συνολικών κατά κεφαλήν ασφαλιστρών το 2000 αντιστοιχούσε σε 235,64 ευρώ παρουσίασε συνεχή αύξηση και το 2007 έφθασε να πάρει 418.61 ευρώ ανά κάτοικο

Στη θετική αυτή εξέλιξη καθοριστικό ρόλο έπαιξαν τα φορολογικά κίνητρα τα οποία δόθηκαν, τόσο στα ομαδικά, όσο και στα ατομικά

συμβόλαια, κίνητρα τα οποία έφεραν πιο κοντά στον κλάδο τους απλούς καταναλωτές, αλλά και τους επιχειρηματίες.

Μετά το προαναφερόμενο θετικό βήμα, οι ασφαλιστές διαπιστώνουν ότι ο κλάδος τους θα πρέπει να στραφεί προς τον τομέα των συντάξεων και τις αποταμιεύσεις. Οι λόγοι που οδηγούν στη στρατηγική αυτή, όπως επισημαίνεται από την Ε.Α.Ε.Ε., έχουν να κάνουν, τόσο με την ανάγκη για σύνταξη και ιατροφαρμακευτική κάλυψη που διαμορφώνεται στον ελληνικό πληθυσμό, όσο όμως και με την αποδοτικότητα και την κερδοφορία των ασφαλιστικών εταιρειών που ασκούν τον κλάδο Ζωής. Επιπλέον διαμορφώνονται συνθήκες για τη θετική αντιμετώπιση πάγιων αιτημάτων της αγοράς, όπως η αύξηση των φορολογικών κινήτρων, γεγονός το οποίο εφόσον υλοποιηθεί, θα διογκώσει σημαντικά τη ζήτηση των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων. Υπό αυτή την έννοια το επόμενο βήμα για την ασφαλιστική αγορά είναι να επιμείνει στα σημεία στα οποία υπερτερεί των ανταγωνιστών της στον αποταμιευτικό τομέα, καθώς και να αποφασισθεί στο εσωτερικό της αγοράς τι πρωτοβουλίες θα αναληφθούν και με ποιο ρίσκο.

Το βασικότερο πλεονέκτημα πάντως της ασφαλιστικής βιομηχανίας είναι η σε βάθος χρόνου εγγύηση καταβολής της παροχής, πλεονέκτημα για το οποίο θα πρέπει να αποφασισθεί αν είναι σε θέση να αναλάβει το ρίσκο που εμπεριέχει. Στο πλαίσιο αυτό η Ένωση έχει ήδη δραστηριοποιηθεί κλαδικά προς τρεις κατευθύνσεις. Προς την προασφαλιστική διαδικασία, την ανάπτυξη των δικτύων πωλήσεων και τη δεοντολογία και αλλά επικοινωνία των ασφαλιστών με το πελατειακό τους κοινό.

Κεφάλαιο 2

Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

2.1 Γενικά περί ασφάλισης υγείας – Φορείς ασφάλισης

Ανάλογα με τους σκοπούς και τις επιδιώξεις της ασφάλισης, και με τις βάσεις πάνω στις οποίες οργανώνεται κάθε φορά η κοινότητα των κινδύνων, διαμορφώθηκαν διάφορες μορφές, με τις οποίες ασκείται σήμερα η ασφάλιση υγείας.

Με βάση τα κριτήρια αυτά, η ασφάλιση υγείας διακρίνεται σε **Κοινωνική** και **Ιδιωτική**.

- **Κοινωνική Ασφάλιση**

Η κοινωνική ασφάλιση έχει σαν σκοπό, την εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών αναγκών, που εμπίπτουν στα πλαίσια της κρατικής κοινωνικής πολιτικής, γι' αυτό και η σχετική αρμοδιότητα έχει ανατεθεί σε διάφορους Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου.

Το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε. και διάφορα άλλα Κλαδικά Ταμεία Συντάξεων, Επικουρικά, Υγείας κλπ, είναι Οργανισμοί που ασκούν κοινωνική ασφάλιση και υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης, είναι ο υποχρεωτικός της χαρακτήρας. Ο εργαζόμενος ή ο επαγγελματίας, είναι υποχρεωμένος να ασφαλιστεί όταν ασκεί επάγγελμα, που εμπίπτει στην ασφαλιστική αρμοδιότητα των παραπάνω Οργανισμών, χωρίς να μπορεί, με κανένα νόμιμο τρόπο, να το αποφύγει.

Οι όροι ασφάλισης είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους, που προστατεύονται έναντι των κινδύνων, χωρίς να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη σύμβαση ή συμφωνία, μεταξύ των ασφαλισμένων και του ασφαλιστικού φορέα.

Οι συνήθεις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας κλπ.

- **Ιδιωτική Ασφάλιση**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, σε αντίθεση με την Κοινωνική, ενεργείται με την ελεύθερη βούληση όσων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής κάλυψης και προστασίας έναντι ορισμένων κινδύνων, που απειλούν την υγεία, την αρτιμέλεια, την περιουσία ή ακόμα και τη ζωή τους. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε, πως το μέρος εκείνο κατά το οποίο υστερεί, σε ποιότητα η παρεχόμενη από την κοινωνική ασφάλιση προστασία, έρχεται να συμπληρώσει, σε πολλές περιπτώσεις, η ιδιωτική ασφάλιση.

Κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι, η κατάρτιση ιδιαίτερης σύμβασης μεταξύ ασφαλιστή και καθενός από τους ασφαλισμένους και η ελευθερία που έχουν για την κατάρτιση, την τροποποίηση, τη συνέχιση ή ακύρωση των συμβάσεων αυτών, καθώς και την επιλογή των κινδύνων, έναντι των οποίων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής προστασίας, κάθε φορά οι ασφαλιζόμενοι {ΘηείαήŪέçð Ì. 1987 5 /id}.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ασκείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις, που έχουν τα εχέγγυα που απαιτεί η αρμόδια Κρατική Αρχή, για να τους χορηγήσει τη σχετική άδεια λειτουργίας, ή και από αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς. Δεν αποκλείονται και οι περιπτώσεις των κρατικών ή εποπτευομένων από το κράτος οργανισμών. Ιδιαίτερα σήμερα, μεγάλο μέρος της ελληνικής ασφαλιστικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιείται από τις μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες, που ελέγχονται μέσω των τραπεζών, από το Κράτος.

2.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό σύστημα υγείας υπήρξε πάντοτε ένα τυπικό παράδειγμα του Μοντέλου Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck Model) {ΈέάήŪδιöëïð Ë. 1995 6 /id}. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα λειτουργεί μέσω δεκάδων Ιδρυμάτων - Οργανισμών, που παρέχουν εικονικά πλήρη κάλυψη, αλλά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης. Από αυτά, πάνω από 80 προσφέρουν ασφάλιση υγείας και υπηρεσίες. Κατά μία άλλη τυπολογία {OECD 1992 7 /id}, το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι μίξη του Μοντέλου Δημόσιου Συμβολαίου (Public Contract Model) και του Ολοκληρωμένου Δημόσιου Μοντέλου (Public Integrated Model).

Οι δαπάνες της δημόσιας υγείας χρηματοδοτούνται κατά 60% από την εισπραξη φόρων και κατά 40% μέσω των διανομών της κοινωνικής ασφάλισης {ΘηείάñÛêçð Ì. 1987 5 /id} .

Κατά τη δεκαετία του '80, σύμφωνα με στατιστικές της EUROSTAT, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 12,2% του ΑΕΠ το 1980 σε 20,7% το 1989. Στο ίδιο χρονικό διάστημα υπήρξε σημαντική αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας, από 4,5% του ΑΕΠ το 1980 σε 5,5% το 1990 {Schieber, Poullier, et al. 1992 8 /id}. Αυτό αντικατοπτρίζει το γεγονός, ότι κατά τη δεκαετία του '80, η Ελλάδα εισήλθε σε μία περίοδο υψηλών δαπανών για τη δημόσια υγεία, σε μία προσπάθεια να καλύψει σοβαρά προβλήματα που προκλήθηκαν από ανεπαρκή χρηματοδότηση των προηγούμενων δεκαετιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ, ότι η Ελλάδα για πολλά χρόνια είχε τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες, σε ποσοστό του ΑΕΠ, για την υγεία, ανάμεσα σε όλες (με εξαίρεση την Τουρκία) τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α {OECD 1990 9 /id}.

Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία κατά τη δεκαετία του '80 προήλθε αποκλειστικά από φορολογικά έσοδα. Σαν αποτέλεσμα, η σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας αντιστράφηκε :

Πίνακας 2.1

ΕΤΟΣ	ΦΟΡΟΙ (%)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (%)
1975	40.8	59.2
1980	42.0	58.0
1985	51.5	48.5
1991	60.8	39.2

Πηγή : ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία {Ëðñéúðìðëïð Æ. 2001 10 /id} που αναφέρονται στο έτος 1998, η Ελλάδα καταλαμβάνει με ποσοστό 8,3 % επί του ΑΕΠ, την έκτη θέση μαζί με την Αυστραλία, ανάμεσα σε 23 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, σε ότι αφορά το ύψος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το χρονικό διάστημα 1960-1998 η χώρα μας παρουσίασε μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία 6,5 %, καταλαμβάνοντας την τρίτη υψηλότερη θέση. Παρόλα αυτά, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ, κατατάσσονται στην προτελευταία θέση (με

τελευταία την Πορτογαλία) σε κοινοτικό επίπεδο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΚΕΠΕ {Áεáíáóβιö Ë. 2000 11 /id}. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται, επειδή οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν σταθερά αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια σε ποσοστό που σήμερα υπερβαίνει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, κάτι το οποίο φαντάζει παράδοξο για τη λογική των εθνικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό που συγκροτήθηκε στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80. Η αυξητική αυτή πορεία απεικονίζει τις καταναλωτικές τάσεις των Ελλήνων, αλλά και τις οικονομικές και χρηματοδοτικές ανεπάρκειες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα και την οδοντιατρική περίθαλψη, όπου και εντοπίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης και το μέγεθος της εμφανιζόμενης «υπόγειας» οικονομίας. Η έκθεση επισημαίνει ότι οι πραγματικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερες από το 3% του ΑΕΠ, που αναφέρεται στα επίσημα ελληνικά μεγέθη, και να προσεγγίζει σύμφωνα με εκτιμήσεις το 4,2% του ΑΕΠ.

Έτσι, παρά την σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 15ετία, κρίνοντας την κοινωνική ασφάλιση δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι θεσμός καταξιωμένος στο λαϊκό αίσθημα. Πολλά παράπονα διατυπώνονται σε βάρος των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, την ποιότητα της περίθαλψης, το χρόνο αναμονής, το ύψος του ασφαλιστρού κ.ά.

Ακόμα επικρίνεται η κοινωνική ασφάλιση, για τον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των εισπραττομένων εισφορών, καθώς και για τον τρόπο που διοικούνται οι σχετικοί Οργανισμοί. Κατά υπολογισμούς των επικριτών της κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική θα μπορούσε να αποδώσει καλλίτερα αποτελέσματα, με πολύ χαμηλότερο κόστος {ÓεῖöðÝεεö Æ. 1990 12 /id}.

Γεγονός είναι πως στους οργανισμούς αυτούς, παρουσιάζονται σαν μειονεκτήματα η γραφειοκρατική οργάνωση, που χαρακτηρίζει όλους τους κρατικούς και ημι-κρατικούς οργανισμούς, καθώς και η έλλειψη της ατομικής πρωτοβουλίας και του κινήτρου του κέρδους, που έχει σαν συνέπεια, από τη μία την αύξηση των εξόδων λειτουργίας και από την άλλη την έλλειψη προθυμίας και ζωτικότητας στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Αν στα παραπάνω προστεθούν, η γήρανση του πληθυσμού, τα νέα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, η έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η συνακόλουθη διόγκωση των προσδοκιών του πληθυσμού, γίνεται κατανοητό, ότι τα

αδιέξοδα που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση και λειτουργία της Κοινωνικής Ασφάλισης έχουν επιταθεί.

Έτσι, το ασφάλιστρο διαμορφώνεται σε ύψος δυσανάλογο με την ποιότητα της παρεχόμενης ασφάλισης υγείας και δίνεται στους ασφαλισμένους, που ταλαιπωρούνται, το δικαίωμα για δυσμενή σχόλια και παράπονα, που καταλήγουν πολλές φορές, σε έντονες διαμαρτυρίες.

Αν σκεφθούμε όμως, πως στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, καλύπτονται συνήθως οι κατώτερες εισοδηματικές τάξεις μιας χώρας, θα πρέπει να θέσουμε σε αμφισβήτηση, το αν, αυτοί που ανήκουν στις τάξεις αυτές, θα ερχόντουσαν με τη θέλησή τους σε ασφαλιστικές εταιρίες να ασφαλιστούν, στην περίπτωση που αποδεσμευόντουσαν από τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Είναι βέβαιο, ότι αμεσότερες και επιτακτικότερες ανάγκες, θα τους υποχρέωναν να δαπανήσουν το επιπλέον εισόδημά τους και θα παραμέριζαν κάθε σκέψη για οποιαδήποτε πρόνοια ή μελλοντική εξασφάλιση. Έτσι θα προέκυπταν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, που η αντιμετώπιση τους, χωρίς την κατάλληλη υποδομή, θα ήταν αρκετά δύσκολη, αν όχι αδύνατη.

Κατά συνέπεια, πρέπει να δεχτούμε, πως η κοινωνική ασφάλιση υγείας, παρά τις ατέλειες της, επιτελεί σημαντικό κοινωνικό έργο. Όμως θα πρέπει να προσαρμοστεί πλέον στις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και τις απαιτήσεις του για πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

2.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα – Η έννοια και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας

Το κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ολιγοπωλιακή δομή της {Dickinson 1993 13 /id}.

Παρά την έλλειψη επίσημων και αξιόπιστων στατιστικών, υπολογίζεται ότι πάνω από 10% του πληθυσμού έχουν κάποιας μορφής ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ότι οι συνολικές διανομές ήδη φτάνουν το 10% του συνόλου των διανομών της Κοινωνικής Ασφάλισης {Έέάñüðĩðεϊò Ë. 1993 2 /id}.

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε μεγάλο βαθμό καλύπτει ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται από τις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης. Υπάρχουν όμως αρκετές ουσιαστικές διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης που πρέπει να τονιστούν :

- **Η έννοια της συμπληρωματικότητας**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα προς την Κοινωνική Ασφάλιση. Με κανένα τρόπο δεν μπορεί να λειτουργήσει ανταγωνιστικά γιατί τότε, κάτω από το καθεστώς ίσων δικαιωμάτων αλλά και υποχρεώσεων, θα πρέπει να επωμιστεί αναλογικά και το βάρος των όποιων προνοιακών παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες, στην Ελλάδα τουλάχιστον, είναι εκτεταμένες.

- **Ο προνοιακός χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η Κοινωνική Ασφάλιση σήμερα έχει ένα έντονα προνοιακό χαρακτήρα, που αποσκοπεί τόσο στη συμπλήρωση των κενών του Ελληνικού ασφαλιστικού καθεστώτος, όσο και στην εξάλειψη των έντονων ανισοτήτων της ασφαλιστικής προστασίας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Η ιδιωτική ασφάλιση αντίθετα, λειτουργεί με αυστηρά οικονομικά κριτήρια και με στόχο το κέρδος, γεγονός που απορρέει από τη φύση των εταιριών, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές ανώνυμες εταιρίες. Είναι λοιπόν φυσικό οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ασφάλισης υγείας να επιλέγουν τόσο τα ασφαλιστικά τους προγράμματα, όσο και τους πελάτες (ασφαλισμένους) τους, με τρόπο που να διασφαλίζει την οικονομική τους βιωσιμότητα και ευρωστία.

- **Ο διανεμητικός (καταναλωτικός) χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Οι διάφοροι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης και ιδιαίτερα το Ι.Κ.Α., λειτουργούν με βάση το διανεμητικό σύστημα, όπου οι σημερινές εισφορές, διατίθενται για την κάλυψη των σημερινών αναγκών. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αντίθετα, εργάζονται με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, γεγονός που επιβάλλει την επένδυση των αποθεματικών τους με τρόπο, ώστε να καλύπτουν τυχόν απώλειες των επενδυόμενων από τους ασφαλιζόμενους κεφαλαίων. Ταυτόχρονα, η

υπεραπόδοση των επενδύσεων μακροχρόνια επιτρέπει στις σημερινές γενεές να απολαύσουν μέρος της αύξησης του εθνικού εισοδήματος που δημιουργούν οι επόμενες γενεές.

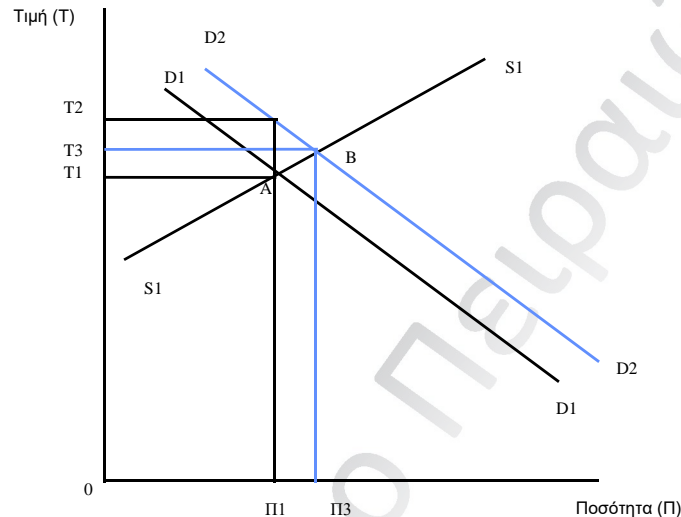
- **Ο προαιρετικός χαρακτήρας της Ιδιωτικής Ασφάλισης**

Ο προαιρετικός χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιβάλλει στις ασφαλιστικές εταιρίες έναν έντονο ανταγωνισμό, ο οποίος αναγκαστικά εκφράζεται μέσα από την πολιτική για την άντληση κεφαλαίων και την όσο το δυνατόν αποδοτικότερη αξιοποίηση τους.

Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε έρευνα για τη φύση και τις προοπτικές της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.. Πρόσφατη έρευνα {Έέάñüðìðèìð Ë. 1995 6 /id} έδειξε ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα απέτυχε να λειτουργήσει μέχρι σήμερα συμπληρωματικά στη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες κυρίως κατευθύνθηκαν στη κάλυψη του οικονομικού κινδύνου από ασθένεια, χωρίς να προσφέρουν νέες εναλλακτικές λύσεις στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαφοροποίηση του προϊόντος τους επιτυγχάνεται μέσω της διαφήμισης και της υπόσχεσης συγκεκριμένων ανέσεων σε περίπτωση εισόδου τους σε νοσοκομείο. Δεν προκαλούν λοιπόν έκπληξη τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασφαλισμένους. Η απουσία παρέμβασης για αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ουσιαστικά περιορίζει το συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίζει η ιδιωτική ασφάλιση, ενώ συντελεί και σε αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών {Έέάñüðìðèìð Ë. 1993 2 /id}.

Διάγραμμα 2.1

Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Στο διάγραμμα 2.1 φαίνονται οι καμπύλες ζήτησης (D1D2) και προσφοράς (S1S1) υπηρεσιών υγείας. Η αρχική θέση ισορροπίας είναι το σημείο A, όπου παράγεται ποσότητα Π1 στην τιμή T1. Η αύξηση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών, μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης ισοδυναμεί με αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών, που οδηγεί σε μετατόπιση προς τα δεξιά της καμπύλης ζήτησης στη θέση D2D2 (income effect). Όσο η προσφορά μένει σταθερή στην ποσότητα Π1, το μόνο αποτέλεσμα είναι η αύξηση της τιμής στη θέση T2. Αν, όμως, η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση Π3 θα ικανοποιηθεί με μία πολύ μικρότερη αύξηση τιμών στη θέση B και σε τιμές T3. Κατά τον τρόπο αυτό θα λειτουργούσε ικανοποιητικά η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

2.4 Αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Πρέπει να τονιστεί και πάλι ότι μία σοβαρή αδυναμία της μελέτης του θέματος της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ανυπαρξία δημοσιευμένων στοιχείων. Τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής-Υγείας, που περιέχουν και την ασφάλιση για σύνταξη, πληρωμές αποζημιώσεων σε περίπτωση θανάτου ή αναπηρίας, επιδόματα σπουδών και άλλα αποταμιευτικά προγράμματα. Για τους λόγους αυτούς τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω {Ϊδέοιγίδο Ϊβέιδο 1992 14 /id} είναι ενδεικτικά, και θα πρέπει με κάποια επιφύλαξη να γίνει αποδεκτό ότι απεικονίζουν τη σημερινή πραγματική κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.

Πίνακας 2.2

Κάτοχοι ατομικής ασφάλειας Ζωής-Υγείας στην Ελλάδα, 1992

Φύλο	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΑΣ	57 %
ΓΥΝΑΙΚΑ	43 %

Ηλικία	Ποσοστό %
25-34	24%
35-44	29%
45-60	16%

Εκπαίδευση	Ποσοστό %
Βασική	16 %
Μέση	45 %
Ανώτερη / Ανώτατη	39 %

Εισόδημα	Ποσοστό %
----------	-----------

Πολύ υψηλό / Υψηλό	60 %
Μέσο / Χαμηλό	40 %

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ως προς την σύνθεση του ασφαλισμένου και μη πληθυσμού, έγκυρη έρευνα ξένου Πανεπιστημίου {Propper & Eastwood 1989 15 /id}.

Σύμφωνα με ανάλυση τυχαίου δείγματος πληθυσμού της Μεγάλης Βρετανίας, εξετάστηκε η σύνθεση των ήδη ασφαλισμένων και η πρόθεση (ή και απόφαση) για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.125 άτομα (ασφαλισμένα και μη), ηλικίας μεταξύ 25 και 70 ετών και απαντήσεις συλλέγησαν από 1.360 άτομα (64% response rate). Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε την Άνοιξη του 1987, είχε σχεδιαστεί να διαπιστώσει σε βάθος τη στάση των ατόμων σε σχέση με την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Συγκεκριμένα, η έρευνα συνέλεξε δεδομένα για τη σύνθεση του νοικοκυριού, χαρακτηριστικά οικονομικο-κοινωνικού χαρακτήρα, τρέχουσας κατάστασης της υγείας, πρόσφατης χρήσης υπηρεσιών υγείας, ύπαρξης κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να διαγνώσει και την πρόθεση για την κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας γι' αυτό το θέμα, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω :

- το εισόδημα, σαν μέτρηση της δυνατότητας για πληρωμή, είναι καθοριστικός παράγοντας της απόφασης για ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, δεν εμφανίζεται να έχει σημασία, αν το εισόδημα είναι μόνο ατομικό ή του συνόλου της οικογένειας.
- η επίδραση της ηλικίας είναι σημαντική, καθώς οι νέοι και οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανόν να επιζητούν την ασφάλιση. Παρόλα αυτά, εμφανίζονται ευνοϊκά διακείμενοι σε συμπληρωματική ασφάλιση, υπό όρους.
- η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, από μόνη της δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση. Όμως, συνδυαζόμενη με την κατάσταση υγείας, επιδρά θετικά προς την κατεύθυνση της ασφάλισης. Η παρουσία άλλου ατόμου (στο νοικοκυριό) με προβλήματα υγείας, δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση.
- το υψηλό επίπεδο μόρφωσης και η θετική στάση προς τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρούν θετικά στην απόφαση.

- η κατηγορία των υπαλλήλων, που απολαμβάνουν προνομιακής κοινωνικής ασφάλισης υγείας, έχουν αρνητική πρόθεση.
- οι περιοχές με υψηλούς δείκτες οικονομικής ανάπτυξης, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.
- οι περιοχές με προβλήματα στην κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση και στη παροχή υπηρεσιών υγείας, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι τα παραπάνω συμπεράσματα πρέπει να ληφθούν υπόψη, με την επιφύλαξη ότι η Αγγλική αγορά είναι διαφορετική από την αντίστοιχη Ελληνική. Και αυτό γιατί το NHS φαίνεται να λειτουργεί πιο οργανωμένα από το ΕΣΥ.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας, δεν έχει νόημα η εκτενέστερη αναφορά με ποσοστά, πίνακες κλπ στην παραπάνω έρευνα. Απλώς συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε, ότι η ανάλυση αυτή διαπίστωσε την αναγκαιότητα να μη αγνοήσουμε τυχόν περιορισμούς και δεσμεύσεις, που επηρεάζουν καταλυτικά την ελεύθερη απόφαση και επιλογή.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε, ότι έρευνα σχετικά με την πρόθεση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τη στάση των ατόμων απέναντι της στην Ελλάδα δεν υπάρχει, τουλάχιστον τέτοια που να θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει έρευνα που περιγράφει τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα (IádóáãÜíçð ÌÛííð & ÌçðñÛëíð Èáüäüñíð 1998 16 /id}, τουλάχιστον στο βαθμό που συγχρόνως διαφαίνονται και οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

2.5 Λόγοι επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Σε μια δημοκρατική κοινωνία ο πολίτης έχει το δικαίωμα της απολαβής βελτιωμένων ή αυξημένων υπηρεσιών υγείας, εφόσον το επιθυμεί και μπορεί να καταβάλει το πρόσθετο κόστος. Η Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας πράγματι παρέχει αυτή τη δυνατότητα.

Αλλά ας συνοψίσουμε τους λόγους που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας. Εδώ, τόσο η {Dickinson 1993 13 /id} & {Sansom 1987 17 /id} όσο και η Ελληνική {Ἐεάñüðĩðēĩð Ę. 1993 2 /id} & {ICAP HELLAS A.E. 2001 3 /id} & {ΌεĩðδΥεζò Ā. 1990 12 /id} βιβλιογραφία, συμφωνούν, ότι οι κύριοι λόγοι που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είναι :

1. ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από την Κοινωνική Ασφάλιση
2. ελεύθερη επιλογή γιατρού
3. ελεύθερη επιλογή θεραπευτηρίου ή διαγνωστικού κέντρου
4. επιλογή ξενοδοχειακού επιπέδου νοσηλείας
5. επιλογή φαγητού
6. επιλογή ωρών επισκέψεων
7. επιλογή χρόνου λήψης υπηρεσιών υγείας

Μια ματιά στους παραπάνω λόγους, μας δείχνει ότι η επιλογή της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας οφείλεται, όχι τόσο στα προτερήματα της όσο στα μειονεκτήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Άλλο αξιοπρόσεκτο σημείο είναι ότι οι πολίτες δεν εκδηλώνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες από την Κοινωνική Ασφάλιση υπηρεσίες υγείας, αλλά στις έχοντες σχέση με την ελευθερία επιλογής γιατρού, θεραπευτηρίου και του χρόνου που θα κάνει χρήση τους. Δηλαδή, προσδιορίζει τα υπάρχοντα προβλήματα του κοινωνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

2.6 Προοπτικές της Ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Προκειμένου να προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις προοπτικές που ανοίγονται με την ευρωπαϊκή ενοποίηση στον τομέα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στον τομέα της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα παρακάτω δεδομένα :

1. Σε όλο το κόσμο, στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα ανεβαίνει συνεχώς το κόστος των παροχών υπηρεσιών υγείας, ώστε τα συστήματα κοινωνικής

- ασφάλισης να αντιμετωπίζουν πλέον οξύτερα προβλήματα χρηματοδότησης. Ιδιαίτερα στη χώρα μας οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς να είναι συχνά σε θέση να παράσχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, περιορίζονται σε παροχές με τη μορφή επιδομάτων.
2. Η κοινωνική ασφάλιση θα ασκείται πλέον από λιγότερα ασφαλιστικά ταμεία και ο στόχος της μείωσης των ελλειμμάτων θα πραγματοποιηθεί μετά το 2001 {ΆδειέΕΡ ÆñÛδääá ðçð ÅëëÛäïð 1995 18 /id}.
 3. Ιδιαίτερα τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια διαπιστώνεται, τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στην Ελλάδα, έντονο ενδιαφέρον για συμπληρωματικές καλύψεις υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αν και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν - αλλά και ούτε είναι επιθυμητό από πολιτικής και κοινωνικής πλευράς - να υποκαταστήσουν την κοινωνική ασφάλιση, σίγουρα μπορούν με βάση τα παραπάνω να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας συμπληρώνοντας την κοινωνική ασφάλιση υγείας.
 4. Είναι εντυπωσιακό, ότι το έτος 2000, από τα 4 τρις δραχμές που δαπανήθηκαν συνολικά για την υγεία στην Ελλάδα, το 43,8% αφορούν ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή χρήματα που κατέβαλαν οι πολίτες από την τσέπη τους. Και όμως, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες καλύπτουν σήμερα, μόνο το 5% από αυτές τις δαπάνες. Το γεγονός, ότι η ανασφάλιστη αυτή ζήτηση δεν καλύπτεται, δεν οφείλεται μόνο στην συμπεριφορά των πολιτών, αλλά κυρίως στην έλλειψη ολοκληρωμένων και φθηνών προγραμμάτων κάλυψης του πληθυσμού. Το παραπάνω γεγονός, καταδεικνύει τις τεράστιες ευκαιρίες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού η ανασφάλιστη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται σε περίπου 1,8 τρις δραχμές.
 5. Η ενιαία ευρωπαϊκή αγορά, έστω και καθυστερημένα από Ελληνικής πλευράς, θεσπίστηκε πλέον και στον τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων. Έτσι, ο οιοσδήποτε Έλληνας πολίτης θα μπορεί να συνάπτει ότι ασφαλιστικό συμβόλαιο επιθυμεί σε οποιαδήποτε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έστω και αν η ασφαλιστική εταιρία δεν διαθέτει θυγατρική στην Ελλάδα. Έτσι, κάθε ασφαλιστική επιχείρηση, με ενιαία διοικητική άδεια που θα της χορηγείται από το κράτος-μέλος, θα μπορεί να δραστηριοποιείται στον Ευρωπαϊκό οικονομικό χώρο, είτε με την ίδρυση υποκαταστημάτων είτε με το καθεστώς της ελεύθερης παροχής

υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θεσπίζεται αυστηρότερο καθεστώς ελέγχου και εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

6. Η εισοδηματική πολιτική εξακολουθεί να είναι σφικτή μέχρι και σήμερα και θα επηρεάσει έτσι το διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα, οι τάσεις που φαίνεται να διαμορφώνονται είναι:

- ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών μειώθηκε δραστικά τα τελευταία χρόνια, Το γεγονός αυτό, συνδυαζόμενο με την απαιτούμενη εξυγίανση των ασφαλιστικών εταιριών, περιορίζει τη δυνατότητα επιβίωσης των προβληματικών και μικρών εταιριών και επιταχύνεται ο ρυθμός μείωσης του πλήθους των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και επιβάλλει την ανάγκη συγχώνευσης και ενοποίησης των μικρών μονάδων, ώστε να καταστούν βιώσιμες. Κάτω από αυτή τη προοπτική, εμφανίζεται αυξημένος ο βαθμός συγκέντρωσης του μεριδίου της ασφαλιστικής αγοράς, στα χέρια λίγων ασφαλιστικών εταιριών.
- ο εκσυγχρονισμός, η καλύτερη οργάνωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η ανάπτυξη των εργασιών και στο εξωτερικό, καθώς και η πραγματοποίηση επενδύσεων είναι προτεραιότητες για κάθε ελληνική ασφαλιστική επιχείρηση, με δεδομένη και την παρουσία των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων και με την μορφή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο σύντομο μέλλον.
- η πλήρης απελευθέρωση των τιμολογίων αναμένεται ότι θα ενεργήσει ευεργετικά για την αύξηση των εργασιών αλλά και τη βελτίωση των τεχνικών αποτελεσμάτων.
- τα ασφαλιστικά προγράμματα Ζωής και Υγείας αναπτύσσονται με πολύ έντονους ρυθμούς λόγω και των προβλημάτων της κοινωνικής ασφάλισης

Συνέπεια των παραπάνω είναι να εμφανίζεται την τελευταία δεκαετία μια θεαματική αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

Βέβαια, προϋπόθεση για τη συνέχιση της επιτυχούς δραστηριοποίησης των ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελέσουν :

- η έντονη δραστηριοποίηση στην ανάπτυξη του δικτύου πωλήσεων
- οι επενδύσεις σε προγράμματα εισαγωγής και ανάπτυξης της πληροφορικής
- προγράμματα για την συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης των εργασιών
- επέκταση και συμμετοχή σε νέες δραστηριότητες
- επέκταση των δραστηριοτήτων σε χώρες εκτός της Ελλάδος
- συγχώνευση-ενοποίηση εταιριών για την δημιουργία εταιριών με ικανοποιητικό μέγεθος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της παγκοσμιοποίησης των αγορών
- εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- επινόηση και προσφορά σύγχρονων ασφαλιστικών προγραμμάτων
- αντιμετώπιση με επιτυχία του ανταγωνισμού, μέσα από ορθολογική κοστολόγηση των προσφερομένων προγραμμάτων της και
- βελτίωση συνεχώς της εικόνας (image) και της θέσης στην ελληνική αγορά.

Κεφάλαιο 3

Συμβόλαια ασφάλισης υγείας

3.1 Έννοια και φύση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Η ασφάλιση Υγείας, είναι μία σύμβαση , που προβλέπει ότι, ο Ασφαλιστής, που εισπράττει σαν αντιπαροχή το ασφάλιστρο, θα καταβάλει ορισμένα χρηματικά ποσά, όταν, κατά τη διάρκεια της ζωής του Ασφαλισμένου συμβούν ορισμένα περιστατικά, (ασθένεια, χρήση υπηρεσιών υγείας κλπ), που περιγράφονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο {Όειδῶϊγᾶςδ ἌΕ. 1999 20 /id}.

Τα ουσιώδη στοιχεία για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως και κάθε άλλης, είναι :

- Αίτηση και αποδοχή
- Σεβασμός των όρων
- Δικαιοπρακτική ικανότητα των συμβαλλομένων
- Νόμιμος σκοπός

Αποδεικτικό στοιχείο της ασφαλιστικής σύμβασης είναι το **ασφαλιστήριο Συμβόλαιο**. Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, που στηρίζεται στον πρόσφατο νόμο 2496/97, χρονολογείται και πρέπει τουλάχιστον να περιέχει (άρθρο 1 παρ. 2):

- Τα στοιχεία των συμβαλλομένων (και του δικαιούχου, αν αυτός είναι διαφορετικό πρόσωπο)
- Τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης
- το αντικείμενο της ασφάλισης
- το ασφαλιστικό ποσό
- το ασφάλιστρο
- τους κινδύνους που αναλαμβάνει ο Ασφαλιστής

- τις τυχόν εξαιρέσεις κάλυψης
- και το εφαρμοστέο δίκαιο (αν αυτό δεν είναι το Ελληνικό)

Τα συμβαλλόμενα, στην ασφαλιστική σύμβαση μέρη, είναι ο Ασφαλιστής και ο Συμβαλλόμενος (συνήθως ο Ασφαλιζόμενος). Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί το πρόσωπο του Ασφαλιζόμενου ή του δικαιούχου της ασφάλισης, να μη συμπίπτει με εκείνο του Συμβαλλόμενου.

Όπως και σε κάθε άλλη αμφοτεροβαρή σύμβαση, έτσι και στην ασφαλιστική, δημιουργούνται υποχρεώσεις και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη. Έτσι,

- **ο Ασφαλιζόμενος** οφείλει με ευθύτητα και ειλικρίνεια, κατά το προσυμβατικό στάδιο, να απαντήσει στα ερωτήματα του Ασφαλιστή και να δηλώσει σ' αυτόν κάθε σχετικό με τον καλυπτόμενο κίνδυνο στοιχείο ή και αποδεχτεί υγειονομικό έλεγχο, εφόσον του ζητηθεί. Επίσης, κατά τη διάρκεια της σύμβασης φέρει το βάρος της καταβολής του ασφαλιστρού.
- **ο Ασφαλιστής** έχει ουσιαστικά μία υποχρέωση : την παροχή της ασφαλιστικής προστασίας και φυσικά την τήρηση όλων εκείνων των οικονομικών προϋποθέσεων και διαδικασιών, προκειμένου να ανταποκρίνεται στην καταβολή των αποζημιώσεων, που θα προέλθουν από την αναδοχή των κινδύνων. Γενικότερα, όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, πέρα από τις υποχρεώσεις που ο νόμος επιβάλλει, ο Ασφαλιστής έχει την υποχρέωση να ακολουθεί εκείνη την ασφαλιστική πολιτική, που κατοχυρώνει κατά τον καλλίτερο τρόπο τα συμφέροντα των Ασφαλισμένων.

3.2 Είδη συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλιζομένων, διακρίνονται σε **ατομικά** και **ομαδικά**.

- Με τα **ατομικά**, ο Συμβαλλόμενος ασφαρίζει τον εαυτό του ή και μέλη της οικογένειάς του.
- Με τα **ομαδικά**, ασφαρίζεται το σύνολο του τακτικού (ή και έκτακτου) προσωπικού του Συμβαλλόμενου. Η ομαδική ασφάλιση υγείας είναι ένα είδος πρόσθετης και δεσμευτικής παροχής, που καλλιεργεί αγαθές σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και εργοδοσίας, και επιφυλάσσει πολλά κέρδη και

οφέλη και στον εργαζόμενο, του οποίου βελτιώνει τους όρους περίθαλψης και διαβίωσης, και στον εργοδότη, του οποίου τα συμφέροντα εξυπηρετούνται καλύτερα από τις αγαθές αυτές σχέσεις. Τα ασφαλιστρα ακόμα, αναγνωρίζονται σαν παραγωγικές δαπάνες και απαλλάσσονται από τη φορολογία εισοδήματος του εργοδότη.

3.3 Περιεχόμενο συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τις καλύψεις που παρέχονται από τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, μπορούμε να διακρίνουμε σε :

3.3.1 Νοσοκομειακές παροχές (inpatient Hospitalization benefits)

Οι παροχές αυτές, αναφέρονται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται, κατά την περίθαλψη του Ασφαλισμένου μέσα σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Θα πρέπει δε να διευκρινίσουμε, πως δεν θεωρούνται Νοσηλευτικά Ιδρύματα τα αναρρωτήρια, τα ιδρύματα για ναρκομανείς και αλκοολικούς, τα γηροκομεία, τα αναπαυτήρια και τα φυσιοθεραπευτήρια {Δηλ. 1987 5 /id}.

Τις νοσοκομειακές παροχές διακρίνουμε σε :

3.3.1.1 Νοσοκομειακό επίδομα (pure hospital daily allowance)

Το νοσοκομειακό επίδομα αναφέρεται σε ημερήσιο χρηματικό ποσό, που η Ασφαλιστική Εταιρία καταβάλλει στον Ασφαλισμένο, εφόσον εισαχθεί σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ανεξάρτητα από τις δαπάνες που θα πραγματοποιηθούν τελικά. Έτσι για την καταβολή του επιδόματος αυτού, χρειάζεται μόνο γνωμάτευση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, για να διαπιστωθεί αν η πάθηση καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και εισιτήριο-εξιτήριο για να προσδιοριστεί ο αριθμός των ημερών.

Μέρος ή ολόκληρο το νοσοκομειακό επίδομα, καταβάλλουν σαν επίδομα ανάρρωσης και για περιορισμένο αριθμό ημερών, ορισμένες Ασφαλιστικές Εταιρίες και μετά την έξοδο του Ασφαλισμένου από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Συνήθως (και ειδικότερα σε περασμένα χρόνια), υπάρχει ένα ανώτατο όριο ημερών πληρωμής του επιδόματος κατά περίπτωση ασθένειας.

3.3.1.2 Νοσοκομειακή περίθαλψη (hospital expenses).

Αυτή αναλύεται σε :

⇒ Βασική (ή κλασσική) περίθαλψη (Basic Medical Scheme) και περιλαμβάνει :

- ◇ Ημερήσια έξοδα για δωμάτιο και τροφή (R & B), ποσό χ , με ανώτατο όριο συνήθως τις 90-180 ημέρες κατ' ασθένεια, με ανώτατο ετήσιο όριο τις 270-360 ημέρες.
- ◇ Αμοιβή χειρουργού-αναισθησιολόγου κλπ, ποσό χ , κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και $\chi = \psi$).
- ◇ Έξοδα για εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινολογικές κλπ), ποσό χ , κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και $\chi = \psi$).
- ◇ Έξοδα για φάρμακα, ζώνες, τεχνητά μέλη κλπ, ποσό χ , κατά περίπτωση νοσηλείας και ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και $\chi = \psi$).

⇒ Ευρεία περίθαλψη (Major Medical Scheme),

η οποία περιλαμβάνει ένα ανώτατο ετήσιο όριο δαπανών ποσό χ , το οποίο είναι δυνατό να δαπανηθεί χωρίς περιορισμό για οποιοδήποτε είδος επί μέρους δαπάνης (νοσοκομειακά έξοδα, αμοιβή χειρουργού κλπ). Συνήθως στην *Ευρεία Νοσοκομειακή Περίθαλψη* μπαίνει μόνο ένα ανώτατο όριο για την ημερήσια δαπάνη δωματίου- τροφής. Πέρα του ανώτατου ετήσιου ορίου δαπάνης, κανένα ποσό και για κανένα λόγο, δεν καταβάλλεται. Τα προγράμματα αυτά συνήθως προβλέπουν ή την ποσοστιαία συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε κάθε δαπάνη (π.χ. 20%), ή ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, από το οποίο, απαλλάσσεται κάθε χρόνο η Ασφαλιστική Εταιρία (π.χ. 100.000 δρχ). Η εξόφληση των σχετικών δαπανών, γίνεται κάθε φορά, με τα πρωτότυπα των επίσημων δικαιολογητικών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

3.3.2 Εξωνοσοκομειακές παροχές (outpatient benefits)

Αναφέρονται σε δαπάνες, που πραγματοποιούνται για θεραπείες εκτός Νοσοκομείου και αφορούν :

- ◇ ιατρικές επισκέψεις (στο σπίτι, το ιατρείο), έως δαπάνη ποσό χ κατά επίσκεψη και μέχρι ν επισκέψεις το έτος.
- ◇ φάρμακα κλπ, έως δαπάνη ποσό χ κατά εξέταση και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.
- ◇ εργαστηριακές εξετάσεις, έως δαπάνη ποσό χ κατά συνταγή και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.

Οι τρεις παραπάνω καλύψεις της Εξωνοσοκομειακής δίνονται πάντοτε με μία συμμετοχή του Ασφαλισμένου που συνήθως κυμαίνεται γύρω στο 20% του ποσού κάθε απόδειξης, την οποία προσκομίζει για πληρωμή.

Οι Ασφαλισμένοι, μπορούν να κάνουν χρήση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Ιατρών του Εξωτερικού, αρκεί να θεωρήσουν τα σχετικά δικαιολογητικά από τις Ελληνικές Προξενικές Αρχές, της έδρας των Ιδρυμάτων και Ιατρών αυτών.

Στην περίπτωση αυτή, οι σχετικές δαπάνες θα πληρωθούν στην Ελλάδα, σε δραχμές και σε τιμές συναλλάγματος της ημερομηνίας που πραγματοποιήθηκαν.

3.4 Συνήθεις όροι καλύψεων ατομικής ασφάλισης υγείας

3.4.1 Διάρκεια της ασφάλισης

Συνήθως τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας είναι *εγγυημένα ανανεώσιμα* (εφόσον δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι, όπως μη πληρωμή ασφαλιστρών ή συμπλήρωση του ανώτατου ορίου ηλικίας). Αυτό σημαίνει ότι η εταιρία εγγυάται τη συνεχή ανανέωση της κάλυψης, σύμφωνα με τους όρους του συμβολαίου. Η ανανέωση είναι στην αποκλειστική διάκριση του ασφαλισμένου και η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αιτιολογημένης αύξησης του ασφαλιστρου για ολόκληρη κλάση ασφαλισμένων, αλλά όχι για ένα μεμονωμένο άτομο. Η κάλυψη δεν μπορεί να ακυρωθεί, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ζημιών ή την επιδείνωση της υγείας του ασφαλισμένου.

3.4.2 Προϋπάρχουσες ασθένειες

Για να αντιμετωπίσουν την *αντεπιλογή**, τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας κατά κανόνα περιέχουν όρο για τις προϋπάρχουσες ασθένειες ή καταστάσεις. Με αυτό τον

* Η τάση να επιλέγουν να ασφαλιστούν, όσοι έχουν μεγαλύτερη από το μέσο όρο πιθανότητα ζημιάς

τρόπο, οι προϋπάρχουσες, της σύναψης του συμβολαίου ασφάλισης, σωματικές ή πνευματικές ασθένειες ή καταστάσεις του ασφαλισμένου, δεν καλύπτονται καθόλου (απορρίπτεται η κάλυψή τους) ή μόνο καλύπτονται μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος από την έκδοση του συμβολαίου (συνήθως μετά την πάροδο δύο ετών). Γι' αυτό το λόγο, πριν την σύναψη του συμβολαίου ασφάλισης υγείας υποχρεώνεται ο λήπτης της ασφάλισης να δηλώνει κάθε στοιχείο ή περιστατικό, εφόσον είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την επέλευση του κινδύνου (άρθρο 32 Ν. 2496/97)

3.4.3 Περίοδος αναμονής

Συχνά τα ασφαλιστήρια συμβόλαια περιέχουν μια περίοδο αναμονής, που εφαρμόζεται μόνο στην έναρξη του συμβολαίου. Για όλα τα είδη των ασφαλιστικών συμβάσεων προβλέπεται χρονικό διάστημα δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παράδοση του συμβολαίου, μέσα στο οποίο είναι δυνατή η γραπτή εναντίωση του λήπτη της ασφάλισης προς τους όρους του συμβολαίου.

3.4.4 Διαδοχική χρήση υπηρεσιών υγείας

Στην ασφάλιση υγείας παρουσιάζεται συχνά το πρόβλημα, μετά την αποζημίωση κάποιου ασφαλισμένου για χρήση ιατρικών υπηρεσιών εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας του, να επανέρχεται ο ίδιος ασφαλισμένος μετά σύντομο χρονικό διάστημα, με αίτησή του για αποζημίωση εξαιτίας του ίδιου προβλήματος. Και τίθεται το ερώτημα, η δεύτερη ασθένεια θεωρείται καινούργιο περιστατικό ή αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου; Τα περισσότερα συμβόλαια ασφάλισης υγείας περιέχουν σαφή όρο για διαδοχικές ασθένειες. Παρόλα αυτά, όταν εμφανιστεί σχετικό περιστατικό, αποτελεί συνήθως σημείο αντιπαράθεσης μεταξύ ασφαλισμένου και εταιρίας.

3.4.5 Όρος αδιαφιλονίκητου

Μετά τα δύο πρώτα χρόνια ισχύος της κάλυψης, η ασφαλιστική εταιρία δεν μπορεί να ακυρώσει την κάλυψη ή να αρνηθεί αποζημίωση, επικαλούμενη προϋπάρχουσα ασθένεια ή εσφαλμένη δήλωση στην αίτηση ασφάλισης, παρά μόνο εφόσον αποδείξει ότι ο ασφαλισμένος σκόπιμα προέβη σε δόλια και παραπλανητική δήλωση.

Κεφάλαιο 4

Η έννοια του κινδύνου στην ασφάλιση υγείας – Μέθοδοι τιμολόγησης και συστήματα διαχείρισης

4.1 Μεθοδολογία προσδιορισμού του ασφαλιστρου

4.1.1 Προσδιορισμός του ασφαλιστρου συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Η τιμολόγηση (Pricing) αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες λειτουργίες της ασφαλιστικής εταιρίας. Αρμόδιοι για τον προσδιορισμό των ασφαλιστρου είναι το τμήμα Underwriting* και οι αναλογιστές. Αυτοί αποφασίζουν την τιμή κάθε ασφάλισης, εξετάζοντας στατιστικά στοιχεία, στοιχεία ζημιών και άλλα στοιχεία. Η τιμολόγηση των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας πρέπει να ακολουθεί μερικές βασικές αρχές, οι κυριότερες από τις οποίες ορίζουν, ότι τα ασφαλιστρου πρέπει να είναι {ÍâêðÛñéïð Ì. 1998 21 /id} :

- *Επαρκή*, δηλαδή αρκετά για να καλύπτουν τις ζημιές και τα έξοδα
- *Δίκαια*, δηλαδή παρόμοιοι κίνδυνοι να χρεώνονται με τα ίδια ασφαλιστρου
- *Απλά*, ώστε το σύστημα τιμολόγησης να κατανοείται εύκολα
- *Σχετικά σταθερά* για ορισμένα χρονικά διαστήματα, ώστε να μη δημιουργούν δυσαρέσκεια στους ασφαλισμένους από τη συχνή μεταβολή της τιμής τους

* Το τμήμα της ασφαλιστικής εταιρίας, που :

1. προστατεύει την ασφαλιστική εταιρία από την ανάληψη κακών κινδύνων
2. τιμολογεί τους αναλαμβανόμενους κινδύνους
3. κατατάσσει τις αιτήσεις ασφάλισης σε κατηγορίες κινδύνων
4. παρακολουθεί στατιστικά την εξέλιξη των αναλαμβανόμενων κινδύνων

- *Προσαρμοσίμα*, στις διαχρονικές μεταβολές των κινδύνων και τις μεταβαλλόμενες οικονομικές συνθήκες
- *Να ενθαρρύνουν την πρόληψη*, δηλαδή να μειώνουν τη συχνότητα των κινδύνων και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων τους

Επίσης, θα πρέπει να αναφέρουμε μερικούς βασικούς όρους που χρησιμοποιούνται στην κοστολόγηση και την τιμολόγηση των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας :

- *Τεχνικά ασφάλιστρα* (ή ασφάλιστρα κινδύνου), είναι το ποσό που απαιτείται για την κάλυψη των αποζημιώσεων και των σχετικών εξόδων αποζημίωσης
- *Εμπορικά ασφάλιστρα*, είναι αυτά που προκύπτουν, αν στα τεχνικά ασφάλιστρα προστεθούν οι απαραίτητες επιβαρύνσεις για διαχειριστικά έξοδα, έξοδα πρόσκτησης ασφαλιστικών εργασιών και το περιθώριο κέρδους.
- *Συνολικά ασφάλιστρα*, είναι αυτά που προκύπτουν από τα εμπορικά ασφάλιστρα, μετά την επιβάρυνση με κοινωνικού χαρακτήρα εισφορές (φόροι, τέλη, δικαιώματα κλπ) που αποδίδονται στη συνέχεια στον δικαιούχο

Οι όποιες επιβαρύνσεις, εκφράζονται συνήθως ως ποσοστό των εμπορικών ασφαλιστρών και ονομάζεται «λόγος ή ποσοστό εξόδων». Το ποσοστό αυτό διατίθεται σε έξοδα, κέρδη, φόρους κλπ. Έτσι το συνολικό ασφάλιστρο δίδεται από τον τύπο :

$$\text{Συνολικό Ασφάλιστρο} = \text{Τεχνικό Ασφάλιστρο} / 1 - \% \text{ εξόδων}$$

Στις Γενικές Ασφαλίσεις, υπάρχουν τρεις βασικές μέθοδοι τιμολόγησης :

- Τιμολόγηση κατ' εκτίμηση (judgment rating), όπου κάθε κίνδυνος εκτιμάται ατομικά και το ασφάλιστρο καθορίζεται κυρίως από την εκτίμηση του τμήματος underwriting

- Τιμολόγηση με ταξινόμηση κατά κλάσεις (class rating), όπου κίνδυνοι με παρόμοια χαρακτηριστικά, ταξινομούνται στην ίδια κλάση και χρεώνονται με τα ίδια ασφάλιστρα
- Τιμολόγηση με προσαρμογή (merit rating), η οποία προβλέπει προσαρμογή των τιμών που ορίζονται κατά κλάση, ανάλογα με το ιστορικό ζημιών

Στην ατομική ασφάλιση υγείας, συνήθως ακολουθείται η πρακτική της τιμολόγησης με *ταξινόμηση κατά κλάσεις*, η οποία είναι και η πιο απλή. Στη μέθοδο αυτή, τα ασφάλιστρα αντανακλούν την εμπειρία για τη μέση ζημιά όλης της κλάσης. Η τιμολόγηση δηλαδή, βασίζεται στην υπόθεση, ότι οι μελλοντικές ζημιές θα καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των ασφαλισμένων. Τέτοιοι παράγοντες θεωρούνται η ηλικία, το φύλο, το περιβάλλον, ο τόπος κατοικίας, η φυλή, κατάσταση υγείας, το κάπνισμα, το είδος του ασφαλιστικού κινδύνου κ.α. {American Academy of Actuaries 1999 24 /id}.

Η *τιμολόγηση κατά κλάσεις*, ακολουθεί κατά κύριο λόγο τον υπολογισμό με τη μέθοδο *τεχνικού ασφαλιστρού (pure premium method)*. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το τεχνικό ασφάλιστρο καθορίζεται διαιρώντας το ποσό των αναμενόμενων αποζημιώσεων (μετά των εξόδων αποζημίωσης) δια του αριθμού των καλυπτόμενων κινδύνων {IâêðÛñéïð Ì. 1998 21 /id}. Στο ποσό των αποζημιώσεων συμπεριλαμβάνονται όλες οι πληρωθείσες ζημιές κατά τη διάρκεια της λογιστικής περιόδου, καθώς και τα ποσά που κρατούνται για την πληρωμή των ζημιών που έχουν εμφανιστεί στην ίδια περίοδο, αλλά δεν έχουν ακόμη καταβληθεί.

4.1.2 Ταξινόμηση των κινδύνων (Risk Classification)

Η *ταξινόμηση των κινδύνων* αναφέρεται στη διαδικασία σχηματισμού διαφορετικών ασφαλιστρών, για την ίδια κάλυψη, βασιζόμενοι σε ομαδικά χαρακτηριστικά κινδύνου. Αυτό συμβαίνει, όταν στόχος είναι η τιμοδότηση σε κάποιο ατομικό συμβόλαιο υγείας, αλλά τα διαθέσιμα στοιχεία των αποζημιώσεων, για τον συγκεκριμένο ασφαλισμένο, είναι ανεπαρκή. Η διέξοδος είναι, να μετρήσουμε

ομαδικά κόστη και να υποθέσουμε, ότι ο ασφαλισμένος ανήκει σε κάποια συγκεκριμένη ομάδα με παρόμοια χαρακτηριστικά κινδύνου για την υγεία του.

Η λογική είναι, ότι, τα ασφάλιστρα πρέπει να διαφέρουν, επειδή τα βασικά κόστη σύνθεσής τους διαφέρουν. Κυρίως, τα κόστη μπορεί να διαφέρουν λόγω διαφορετικής συχνότητας ή του μέσου μεγέθους των αποζημιώσεων ή λόγω διαφορετικής αποτίμησης του κινδύνου. Επιπρόσθετα, τα ασφάλιστρα μπορεί να διαφέρουν (όπως και παραπάνω αναφέραμε) και λόγω των μεθόδων εκτίμησης των ασφαλιστρών, λόγω στρατηγικής σε θέματα προώθησης προγραμμάτων ασφάλισης ή και λόγω πρακτικών στο Underwriting ασφαλίσεων υγείας.

Η *Ταξινόμηση των Κινδύνων* στην ασφάλιση υγείας ειδικότερα, απορρέει από αναγνωρίσιμες μεταβλητές (χαρακτηριστικά κινδύνου), οι οποίες διαχωρίζουν αυτά τα κόστη ανάμεσα σε διαφορετικούς ασφαλισμένους.

Διάφορα κριτήρια (*αναλογιστικά, επιχειρησιακά, κοινωνικά και νομικά*) λαμβάνονται υπόψη στον προσδιορισμό και την επιλογή των κινδύνων.

Τα *αναλογιστικά κριτήρια*, επιχειρούν να ταξινομήσουν με την μεγαλύτερη ακρίβεια τους ασφαλισμένους σε ομάδες, οι οποίες :

1. να είναι σχετικά ομοιογενείς (*homogeneous*), δηλαδή τα αναμενόμενα κόστη κάθε ενός ατομικού κινδύνου (ασφαλισμένου) στην ομάδα, θα πρέπει να είναι λογικά παρεμφερή
2. να έχουν αξιοπιστία (*credibility*), ικανοποιώντας την στατιστική αρχή των Μεγάλων Αριθμών
3. να έχουν διαφορετικό μέσο κόστος (*separation*)
4. να περιέχουν χαρακτηριστικά κινδύνου, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για προβλέψεις, διατηρώντας τις διαφοροποιήσεις του μέσου κόστους με *σχετική σταθερότητα σε διάρκεια χρόνου (reliability)*

Τα παραπάνω κριτήρια, μερικές φορές είναι αντικρουόμενα. Έτσι, π.χ. αυξάνοντας των αριθμό των ομάδων μπορεί να βελτιώνεται η ομοιογένεια, αλλά ταυτόχρονα μειώνεται η αξιοπιστία.

Τα *επιχειρησιακά κριτήρια*, περιλαμβάνουν αντικειμενικούς περιορισμούς, λογικά διοικητικά έξοδα και αναγνωρισιμότητα των κινδύνων.

Τα *κοινωνικά κριτήρια*, περιλαμβάνουν εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, αιτιότητα των χαρακτηριστικών κινδύνου, και αποδοχή και διαχείριση του απαιτούμενου κόστους.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, ως *Ταξινόμηση των Κινδύνων* λοιπόν, θα μπορούσε να οριστεί «η διαδικασία ομαδοποίησης των ατόμων με όμοια χαρακτηριστικά κινδύνου, διαδικασία που λαμβάνει μέρος σε κάθε λειτουργικό σύστημα ατομικής και εκούσιας ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να οριστούν τιμές στο σύστημα αυτό» {American Academy of Actuaries 1980 22 /id}.

Τέλος, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό τι **δεν** είναι η *Ταξινόμηση των κινδύνων*. Ορίζοντας τη μέση εμπειρία για μια συγκεκριμένη ομάδα (τάξη) ασφαλισμένων, δεν σημαίνει και ότι προβλέπουμε τις αποζημιώσεις για κάθε ένα ασφαλισμένο της ομάδας αυτής ατομικά. Είναι αδύνατο, αλλά και μη αναγκαίο να προβλέπουμε με εμπειρικά δεδομένα για ατομικούς κινδύνους. Εάν το γεγονός, ο χρόνος του και το μέγεθός του ήταν γνωστά εκ των προτέρων, δεν θα υπήρχε οικονομική αβεβαιότητα. Επίσης, δεν αποτελεί σκοπό της *Ταξινόμησης των κινδύνων* να αναγνωρίζει ασυνήθιστα ευνοϊκούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου, ή να ανταμείβει ή επιβαρύνει ορισμένες τάξεις εις βάρος κάποιων άλλων {Walters A.Michael 1981 25 /id}.

Χρησιμοποιώντας τις αρχές της *Ταξινόμησης των κινδύνων* κατασκευάζονται και οι πίνακες νοσηρότητας, τους οποίους οι ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν κατ' επιλογή τους και υποχρεούνται να κοινοποιούν ετησίως στο Υπουργείο Ανάπτυξης, αλλά και οι πίνακες νοσηρότητας υπολογισμού των μαθηματικών αποθεμάτων του Υπουργείου Ανάπτυξης (άρθρο 17 Π.Δ. 252/96).

Συστηματική χρήση, της ταξινόμησης των κινδύνων πραγματοποιείται για την ανάλυση των χαρακτηριστικών των εξόδων της ασφάλισης υγείας. Βασικό μοντέλο το οποίο χρησιμοποιείται, είναι το μοντέλο για το *κόστος ανάληψης του κινδύνου (Risk Cost Model)*, μέσω του οποίου κατασκευάζονται και οι πίνακες για την τιμολόγηση των νοσοκομειακών επιδομάτων ή/και οι πίνακες με τους δείκτες ανάληψης κινδύνου για αποζημίωση χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών στο NHS {Orros G. & Webber J. 1987 23 /id}:

$$Risk Cost = N * I0 * MDS * C/P$$

Όπου :

N =	Ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν εξιτήριο μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη
MDS =	Μέση διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης (σε ημέρες)
C =	Μέσο ημερήσιο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης
P =	Πληθυσμός σε κίνδυνο

Το παραπάνω μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνολική βάση, ή με βάση κάποιο χαρακτηριστικό της ομάδας κινδύνου.

Τέλος, πιο συνηθισμένη χρήση της ταξινόμησης κινδύνου, γίνεται για τον υπολογισμό του καθαρού κόστους κινδύνου ασφάλισης υγείας (*Pure Risk Cost*), το οποίο προτιμάται για τον υπολογισμό των ασφαλιστρών από τη μέθοδο τεχνικού ασφαλιστρου (*pure premium method*). Το καθαρό κόστος, μπορεί να οριστεί «ως ο λόγος των αποζημιώσεων, προς τους εκτειθέμενους». Το μέγεθος εκτειθέμενοι μπορεί να αναφέρεται σε ασφαλιζόμενα αθρο-έτη ή και έτη συμβολαίων. Συνηθίζεται, σε περίπτωση που υπάρχουν διαθέσιμα και τα δύο μεγέθη, τα αθρο-έτη. Για κάθε ταξινόμηση, σύμφωνα με κάποιο χαρακτηριστικό κινδύνου, ακολουθείται ότι αναφέρθηκε και στο παραπάνω μοντέλο.

4.1.3 Το Τιμολογιακό καθεστώς στη χώρα μας- Αντασφαλιστικές επιρροές

Τα ασφάλιστρα και οι γενικοί όροι των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας είναι ελεύθερα και δεν υπόκεινται σε καμία έγκριση της Εποπτεύουσας Αρχής, όπως συμβαίνει με τα ασφάλιστρα και τους γενικούς όρους των Ασφαλειών Ζωής.

Όμως, ελάχιστες Ελληνικές Ασφαλιστικές Εταιρίες εφαρμόζουν ασφάλιστρο, στο οποίο έχουν καταλήξει ύστερα από τη σχετική στατιστική παρατήρηση, των Ελληνικών δεδομένων. Έτσι, τα ασφάλιστρα καταρτίζονται συνήθως αυθαίρετα, χωρίς τη χρήση πινάκων νοσηρότητας, όπως συμβαίνει στο εξωτερικό, με βάση μόνο την εμπειρία της Ασφαλιστικής Εταιρίας και την εκτίμηση του αναλογιστή. Επίσης παράγοντας διαμόρφωσης του τελικού ασφαλιστρου αλλά και των γενικών όρων,

είναι συνήθως μόνο ο ανταγωνισμός και η νοοτροπία της πώλησης, που θέλει τα προγράμματα ασφάλισης υγείας σαν «κράχτη» για την πώληση συμβολαίων Ζωής {ÑÁÍÔÁ Ĭ.Ā. 1984 26 /id} .

Έτσι, οι περισσότεροι ακολουθούν το guide-line του ξένου αντασφαλιστού, τον οποίο θεωρούν περισσότερο έμπειρο και ως εκ τούτου πιο αρμόδιο να προσδιορίσει το ασφαλιστρο. Το αποτέλεσμα είναι, είτε η «μετάφραση» (αποτίμηση σε εγχώριο νόμισμα) των «ξένων» ασφαλιστρων, είτε η «κατασκευή» του πίνακα των ασφαλιστρων από το αντασφαλιστή, ο οποίος καλύπτει κατά το μεγαλύτερο μέρος (80%-90%) το σχετικό πρόγραμμα, πέρα από την κράτηση της ίδιας της εταιρίας (10%-20%).

Δεν παραγνωρίζεται βέβαια, ούτε η πλούσια επιστημονική γνώση, ούτε η διεθνής εμπειρία των αντασφαλιστών, οι οποίες μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να φανούν χρήσιμες. Όσο προχωρούμε όμως, σε ειδικότερα θέματα της ασφαλιστικής αγοράς προγραμμάτων υγείας, ο Πρωτασφαλιστής θα πρέπει να αναπτύσσει πρωτοβουλίες, ώστε ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες και προϋποθέσεις της αγοράς αυτής, να διαμορφώνει και να καταλήγει σε δικές του, εθνικές απόψεις, τις οποίες στη συνέχεια θα επιβάλλει στους αντασφαλιστές.

Οι υποδείξεις των αντασφαλιστών, από τις οποίες πρέπει να αποδεσμευτούν οι Πρωτασφαλιστές, συνήθως αναφέρονται σε :

⇒ *Προσδιορισμός των παρεχομένων καλύψεων*

οι παρεχόμενες προς τους ασφαλισμένους καλύψεις, πρέπει να είναι ανάλογες με τις συνθήκες που επικρατούν στην Ελληνική αγορά. Η ισχύουσα νομοθεσία, οι κοινωνικές δομές, το σύστημα υγείας, το βιοτικό επίπεδο, ο τρόπος και η φιλοσοφία ζωής, οι τοπικές ακόμα συνήθειες, είναι παράγοντες που επηρεάζουν αποφασιστικά την ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση υγείας και κατ' επέκταση τις παρεχόμενες από την ασφαλιστική αγορά καλύψεις, που μπορεί να είναι εντελώς ανεδαφικές και άστοχες για την ασφαλιστική αγορά μιας άλλης χώρας.

Σαν παράδειγμα χαρακτηριστικό, αλλά όχι μοναδικό, μπορούμε να αναφέρουμε την κάλυψη «επισκέψεις σε ψυχίατρο 20 κατ' έτος», που περιλαμβάνεται σε πρόγραμμα ασφάλισης υγείας στη χώρα μας. Δεν χρειάζεται κόπος για να καταλάβει κάποιος ότι ο αντασφαλιστής είναι Αμερικάνικη Εταιρία (και αναφέρεται σε πρόγραμμα που καλύπτει συνηθισμένη χρήση υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ) και

ότι Έλληνας Ασφαλιστής απλά μετέφρασε το πρόγραμμα, που του υπέδειξε ο πρώτος, χωρίς προσπάθεια προσαρμογής του στις απαιτήσεις και τα δεδομένα της Ελληνικής πραγματικότητας.

* *Προσδιορισμός του ασφαλίστρου*

Άλλο σφάλμα των Ασφαλιστικών Εταιριών της αγοράς μας, είναι η ανεξέλεγκτη αποδοχή και εφαρμογή του ασφαλίστρου που υποδεικνύουν οι αντασφαλιστές, το οποίο δεν έχει καμία σχέση με τα εγχώρια δεδομένα συναγωγής επέλευσης του κινδύνου της ασθένειας ή χρήσης άλλης υπηρεσίας υγείας. Επειδή το ασφάλιστρο αυτό βασίζεται σε πολύ συντηρητικούς υπολογισμούς και είναι φορτωμένο με υψηλούς δείκτες εμπιστοσύνης, κρίνεται κατά πολύ υψηλότερο εκείνου, που είναι αρκετό για την αντιμετώπιση των σχετικών κινδύνων.

Παρατηρείται έτσι, μία αδικαιολόγητη αναρχία καθορισμού συνήθως υψηλότερου (ή και σπανιότερα χαμηλότερου) ασφαλίστρου, από το επιστημονικά σωστό. Αυτό θα μπορούσε να εκλείψει, αν κάθε Ασφαλιστική Εταιρία ξεχωριστά ή ακόμα και οι Ενώσεις Ασφαλιστικών Εταιριών, αναλάμβαναν την πρωτοβουλία συγκέντρωσης και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων των αποζημιώσεων, και την διαμόρφωση βάσει αυτών ενός ασφαλίστρου, που θα ανταποκρίνονταν στα εθνικά μας δεδομένα.

Καλό θα ήταν στο σημείο αυτό να τονιστεί και πάλι ότι, στον προσδιορισμό της τιμής της ατομικής ασφάλισης υγείας, είναι σημαντικός ο διαχωρισμός μεταξύ του τεχνικού ασφαλίστρου και της τελικής τιμής που προσδιορίζεται για να προσφερθεί στην αγορά. Η εκτίμηση του τεχνικού ασφαλίστρου (κοστολόγηση) αναφέρεται στη μελέτη θεωρητικών μοντέλων εκτίμησης, τα οποία στηρίζονται στην ταξινόμηση των κινδύνων που αναλαμβάνονται με την ασφάλιση υγείας. Η τιμή πώλησης από την άλλη πλευρά, αναφέρεται σε μοντέλα τιμολόγησης, τα οποία κρίνονται κατάλληλα για την αγορά. Και τα δύο παραπάνω απαιτούν προβολές πάνω σε συγκεκριμένες βάσεις και ενέχουν κάποιο βαθμό αβεβαιότητας {Orros G. & Webber J. 1987 23 /id}.

Ο προσδιορισμός της τελικής τιμής ενός συμβολαίου ατομικής ασφάλισης υγείας, ασχολείται με τη διαμόρφωση της εξωτερικής τιμής για κάθε διαφοροποίηση του

σχεδιασμού και των προϊόντων, και την παρουσίασή της στους υποψήφιους πελάτες. Αντίθετα, η κοστολόγηση του ατομικού ασφαλιστρού, ασχολείται με την εκτίμηση του θεωρητικού ασφαλιστρού, το οποίο απαιτείται για κάθε κατηγορία κινδύνου, σε συνδυασμό με τους στόχους της επιχείρησης και τα οικονομικά κριτήρια. Όμως, δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι η ασφαλιστική αγορά λειτουργεί σε ανταγωνιστικό περιβάλλον, και ως εκ τούτου η πρακτική μπορεί να μη επιτρέπει τιμές συμβολαίων, που έχουν καθοριστεί με αυστηρά θεωρητικά-επιστημονικά κριτήρια. Αυτό όμως, δεν θα πρέπει να αποθαρρύνει τις ασφαλιστικές εταιρίες, από το να υιοθετήσουν μία θετική στάση στα θεωρητικά μοντέλα, που θα τους επιτρέψουν να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες της αγοράς ασφάλισης υγείας και να αναπτυχθούν εκ του ασφαλούς σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπως αυτό προδιαγράφεται στον ενοποιημένο Ευρωπαϊκό χώρο.

4.1.4 Το ασφαλιστικό κόστος προγραμμάτων υγείας

Δεν θα επεκταθούμε σε οικονομική ανάλυση του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, θα υπογραμμίσουμε όμως ορισμένες ιδιομορφίες του κόστους αυτού και θα προβούμε σε σχετικές παρατηρήσεις, από τις οποίες θα προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα για την αναγκαιότητα ανάπτυξης πληροφοριακών συστημάτων ασφάλισης υγείας, από τις Ασφαλιστικές Εταιρίες.

Κατ' αρχήν, το κόστος αυτής της ασφαλιστικής κάλυψης, φέρει έκδηλα τα χαρακτηριστικά του πρότυπου κόστους (standard cost), γιατί και κριτική ανάλυση των δεδομένων του παρελθόντος μπορεί να γίνει, για να διαπιστωθούν τυχόν αποκλίσεις και τα σχετικά αίτια, αλλά και οι αποκλίσεις αυτές συνιστούν για την Ασφαλιστική Εταιρία αποτέλεσμα {Θάδάεάιόβιθ Í.Äñ 1995 27 /id} . Το πρότυπο κόστος όμως, χάνει την έννοια και τη σημασία του στα προγράμματα ασφάλισης υγείας, γιατί τα πιο ουσιώδη στοιχεία του κόστους τους, χαρακτηρίζονται από μεγάλη ρευστότητα. Στην ασφαλιστική τεχνική, ποτέ δεν μπορούμε να έχουμε εμπιστοσύνη στα προκαθορισμένα έξοδα αποζημιώσεων για χρήση υπηρεσιών υγείας. Και αυτό, γιατί οι ζημιές, ο βασικότερος συντελεστής, που καλύπτει τη σημαντικότερη αναλογία του κόστους, εμφανίζουν εντυπωσιακές διακυμάνσεις, που οφείλονται σε αντίστοιχες αποκλίσεις, της μαθηματικής τιμής των κινδύνων.

Ο βαθμός επομένως, που χαρακτηρίζει την αβεβαιότητα του ασφαλιστικού κόστους της ασφάλισης υγείας, είναι πολύ μεγάλος. Το ενδεχόμενο των διακυμάνσεων αυτών,

βρίσκεται σε αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον όγκο, την ποικιλία και το εύρος της γεωγραφικής διανομής του χαρτοφυλακίου της Ασφαλιστικής Εταιρίας. Δηλαδή μία Ασφαλιστική Εταιρία με μεγάλο όγκο συμβολαίων ασφάλισης υγείας, ευρεία γεωγραφική διανομή δραστηριότητας και μεγάλη ποικιλία καλυπτομένων κινδύνων, χαρακτηρίζεται από μεγάλη σταθερότητα ζημιών, σε σχέση με άλλη εταιρία, περιορισμένου χαρτοφυλακίου συμβολαίων ασφάλισης υγείας, δικτύου και αντικειμένου.

4.2 Μεθοδολογία ιατρικής εκτίμησης του ασφαλιστικού κινδύνου

Η ραγδαία ανάπτυξη της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται, όπως ήδη παραπάνω έχουμε αναφέρει, στην ολοένα αυξανόμενη αδυναμία του Κράτους για κάλυψη αναγκών στον τομέα της υγείας, δεν έδωσε το απαιτούμενο χρονικό περιθώριο στις Ασφαλιστικές Εταιρίες, να δομηθούν κατά τρόπο ανάλογο των απαιτήσεων της αγοράς.

Η πώληση προϊόντων "ευαίσθητων" και "εύθραυστων" και η κακοποίηση τους από "χρήστες" και "μεσάζοντες", έχει δημιουργήσει μία εκρηκτική κατάσταση. Η αμυντική αναδίπλωση των εταιριών με συμβόλαια που αναγκάζουν τον "χρήστη-ασφαλισμένο" να συμμετέχει οικονομικά, είτε με ποσοστό επί της δαπάνης, είτε με απαλλαγή εφάπαξ ποσού, είτε με συνδυασμό και των δυο, μετριάξει αλλά δεν λύνει το πρόβλημα, δεδομένου ότι έχει οδηγήσει σε εκτίναξη των ιατρικών αμοιβών, για λόγους ευνότητος.

Όμως η ανάλυση, πρέπει να ξεκινήσει από μια απλή ταξινόμηση των αιτιών χρήσης υπηρεσιών υγείας :

- *κατηγορία Α* : τυχαία και αιφνίδια προβλήματα υγείας, που χρήζουν νοσηλείας
- *κατηγορία Β* : εκτέλεση check-up και εξωνοσοκομειακών εξετάσεων
- *κατηγορία Γ* : προβλήματα υγείας προϋπάρχοντα της ασφάλισης

Σε έρευνα του έτους 1994 που αφορούσε τη μελέτη 2.000 εισαγωγών σε Νοσηλευτήρια των Αθηνών {Δάδαδάιάβιϊδ Ι.Άñ 1995 27 /id}, προκύπτει ότι στην *κατηγορία Α* ανήκε το 40%, στην *κατηγορία Β* το 45% και στην *κατηγορία Γ* το 15% των περιστατικών.

Όσον αφορά την *κατηγορία Α*, αν και το πρόβλημα είναι αναμενόμενο, το ποσοστό νοσηρότητας υπερβαίνει κατά πολύ αυτό του γενικού πληθυσμού, ηλικίας έως 65 ετών.

Για την *κατηγορία Β*, αν και έχει γίνει προσπάθεια λήψης μέτρων, το πρόβλημα παραμένει σοβαρό και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο μελετών και συζητήσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων μερών.

Για την *κατηγορία Γ*, το ποσοστό θεωρείται υψηλό και κάθε άλλο παρά απροβλημάτιστους πρέπει να αφήσει τους ενδιαφερόμενους, καθώς το κόστος της άγγιξε στην εν λόγω έρευνα τα 180.000.000 δρχ.

Το ερώτημα επομένως που διατυπώνεται είναι, αν η πρόσθετη δαπάνη είναι δυνατόν να αποφευχθεί, με ποιο τρόπο και με τι κόστος. Για να δοθεί όμως, τεκμηριωμένη και ολοκληρωμένη απάντηση, θα πρέπει να δούμε ιστορικά τη μεθοδολογία που ακολουθείται, προκειμένου να εκτιμηθεί ιατρικά ο αναλαμβανόμενος ασφαλιστικός κίνδυνος. Στα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της ασφάλισης ενδιέφερε ο κίνδυνος θανάτου ή μόνιμης αναπηρίας. Με την εξέλιξη των προϊόντων και με την εμφάνιση αμιγώς προϊόντων παροχών υπηρεσιών υγείας, το ζητούμενο όφειλε να είναι το ποσοστό νοσηρότητας και λιγότερο το ποσοστό θνησιμότητας. Εάν παρατηρήσει μάλιστα κανείς στην παραπάνω μελέτη το γεγονός, ότι μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας ακολούθησε και απαίτηση για οικονομική κάλυψη πρόσκαιρης ανικανότητας, αλλά και απαίτηση για κάλυψη εξωνοσοκομειακών ιατρικών δαπανών, τότε το συνολικό πρόσθετο κόστος των περιπτώσεων αυτών ανέρχεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Η λογική λοιπόν, του να μην αυξάνεται το κατ' αρχήν κόστος του συμβολαίου, φαίνεται ότι τελικά δεν είναι απόλυτη και αδιαμφισβήτητη. Εάν δε υπολογίσουμε ότι με την αναθεώρηση της λογικής αυτής επαναθεσμοθετείται ο τρόπος πώλησης, τότε η ανάγκη για χρησιμοποίηση ή επαναπροσδιορισμό ιατρικών κανόνων, σε σχέση με την εκτίμηση ασφαλιστικών κινδύνων, γίνεται άμεση και επιτακτική.

Θα πρέπει λοιπόν, και φυσικά σε συνάρτηση με το κόστος αλλά και μία ευρύτερη θεώρηση, να αναθεωρηθεί το είδος της ιατρικής εξέτασης, το φάσμα των απαιτούμενων εργαστηριακών εξετάσεων, έτσι ώστε να υπάρχουν ενδεικτικά στοιχεία, για το δυνατόν μεγαλύτερο εύρος παθήσεων, και πάνω απ' όλα θα πρέπει να αναθεωρηθούν τόσο το εύρος των ηλικιών όσο και το ύψος των καλύψεων, με βάση τα οποία κρίνει κάθε ασφαλιστική εταιρία τις αναγκαίες εξετάσεις.

Οι λόγοι γι' αυτό θα πρέπει να αναλυθούν ξεχωριστά, για να γίνει απόλυτα κατανοητή η αναγκαιότητα αυτή. Ενδεικτικά μόνο αναφέρεται, ότι η νοσηρότητα της ηλικίας έως 5 ετών συμπίπτει με εκείνη της ηλικίας 50-55 ετών, αλλά και ότι η εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου έχει έναρξη πλέον από την ηλικία των 30 ετών, με τουλάχιστον 30.000 διαγνωσμένους εμφραγματίες κάθε χρόνο.

4.3 Οι Ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες και το πρόβλημα του κόστους της ασφάλισης υγείας

Όλες οι μέχρι σήμερα προφορικές ή γραπτές αναφορές σχετικά με το θέμα του κόστους της ασφάλισης υγείας, από στελέχη ασφαλιστικών εταιριών και ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, έχουν δώσει την ελάχιστη δυνατή διάσταση στο πρόβλημα και έχουν αποκαλύψει μέρος μόνο της αλήθειας, χωρίς διάθεση αυτοκριτικής.

Εδώ θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια όσο το δυνατόν περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα, εμβαθύνοντας στα αίτια με κύριο άξονα την ιατρο-ασφαλιστική πλευρά του θέματος, δίνοντας την βιοπτική εικόνα του μικροσκοπίου με εξεταζόμενο υλικό τη χρήση υπηρεσιών υγείας από χρήστες-ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιριών.

Σαν πηγές των αιτίων θα μπορούσαν να θεωρηθούν {Δάδαεάιάόβιö Í.Άñ 1996 28 /id}

:

4.3.1 Οι Ασφαλιστικές Εταιρίες

και συγκεκριμένα

- α) ο σχεδιασμός του προγράμματος-προϊόντος
- β) το ανθρώπινο δυναμικό των πωλήσεων
- γ) το ελεγκτικό ιατρικό σύστημα

Βασικός παράγοντας στη δημιουργία του προβλήματος είναι οι όροι της ασφαλιστικής σύμβασης, που η διατύπωση τους συχνά καθιστά πρακτικά αδύνατη και αναποτελεσματική κάθε μορφή μέχρι σήμερα ελέγχου του κόστους από πλευράς εταιρίας.

Το πρόβλημα διογκώνεται και αναπαράγεται από σημαντικό μέρος του δικτύου πωλήσεων. Είναι γνωστό ότι το turn-over στο χώρο των παραγωγών πλησιάζει το

85%. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθεί και επομένως να διδαχθεί-μεταφερθεί ασφαλιστική συνείδηση, γεγονός που αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα πολλών κακών. Έτσι λοιπόν τα προγράμματα ασφάλισης υγείας διαφημίζονται και πωλούνται σαν "πανάκεια" για κάθε απαίτηση του ασφαλισμένου-χρήστη που αφορά σε οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς έχουμε το καθημερινό φαινόμενο της προσπάθειας της κάλυψης check-up ή της οποιασδήποτε νοσοκομειακής δαπάνης, μέσω της ασφαλιστικής αυτής κάλυψης, που κάθε άλλο παρά αυτό προορίζεται να καλύψει.

Οι αποσπασματικές προσπάθειες ελέγχου και καταστολής από τα ελεγκτικά όργανα των εταιριών ατονούν δραστικά και πολλές φορές αδρανοποιούνται από τις συγκλίνουσες προσπάθειες της τριάδας «δίκτυο πώλησης – ασφαλισμένος -ιδιωτική κλινική». Από την άλλη μεριά, η εκχώρηση του κυρίαρχου για κάθε εταιρία δικαιώματος διαχείρισης των προγραμμάτων αυτών (μερικά ή ολικά) της στερεί τη δυνατότητα της άμεσης άσκησης της πολιτικής της απέναντι στους πελάτες της και δε δίνει ουσιαστική λύση στο πρόβλημα.

4.3.2 Τα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια και Διαγνωστικά Κέντρα

και συγκεκριμένα α) η Διοίκηση

β) οι Συνεργάτες Ιατροί

Και εδώ ισχύουν κάποιοι κανόνες που οφείλει κανείς να τους παραδεχτεί:

- * Στόχος των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων είναι η δυνατόν μεγαλύτερη πληρότητα, με παράλληλη αυξημένη ροή - εναλλαγή «ασθενών» και το δυνατό μικρότερο χρόνο νοσηλείας τους.
- * Μεγάλο μέρος του κέρδους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων προέρχεται από την κατανάλωση εξετάσεων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας (αξονικές, μαγνητικές τομογραφίες, ψηφιακές αγγειογραφίες κλπ). Χαρακτηριστική είναι η αύξηση της ζήτησης των εξετάσεων αυτών αμέσως μετά την ασφάλιση υγείας.
- * Είναι αδύνατη η χειραγώγηση και η ευθυγράμμιση του συνόλου των συνεργατών ιατρών των νοσηλευτηρίων, με την κατά καιρούς πολιτική που χαράζει και ακολουθεί η Διοίκηση τους προς τις Ασφαλιστικές Εταιρίες.

Οι πρακτικές λοιπόν παρατηρήσεις που προέκυψαν από σχετική έρευνα κατά τα έτη 1994-1995 σε δείγμα 3.000 νοσηλειών {Δάδαεαίαόβιϑ Ι.Άñ 1996 28 /id} ήταν :

- στην αναγγελία εισαγωγής των ασφαλισμένων δεν αναγράφεται σχεδόν ποτέ διάγνωση ή έστω πιθανές διαγνώσεις εισόδου. Απλώς περιγράφεται μία γενικόλογη συμπτωματολογία, κάτω από την οποία είναι δυνατόν να δικαιολογηθεί ο μέγιστος δυνατός αριθμός εξειδικευμένων και δαπανηρών εξετάσεων.
- Μόνο το 16% των φύλλων νοσηλείας (ιστορικών) είναι συμπληρωμένα, ενώ αντίθετα μέσα στο φάκελο του ασθενή υπάρχει πληθώρα παραπεμπτικών για εξετάσεις. Αυτό σημαίνει ότι έχει καταργηθεί πλήρως η κλινική εξέταση, που αποτελεί ουσιαστικό και θεμελιώδες στοιχείο για κάθε εισαγωγή και νοσηλεία ασθενούς.
- Το 82,97% των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια, γεγονός που σημαίνει ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές δεν υπήρχε ένδειξη να γίνουν.
- Η απόκλιση των διαγνώσεων των ελεγκτών-ιατρών με τις διαγνώσεις που είχαν τεθεί κατά την εισαγωγή των ασθενών φτάνει το 45% του συνόλου των περιπτώσεων του ελεγχθέντος δείγματος.
- Οι τελικές διαγνώσεις στο 63,7% των περιπτώσεων δεν δικαιολογούσαν εισαγωγή για νοσηλεία, εάν κρίνει κανείς με τα κριτήρια που ισχύουν για τα Κρατικά Νοσηλευτήρια.
- Το μέγιστο του αριθμού των περιστατικών για τα οποία δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία, έχουν εισαχθεί μετά τις 16.00 ώρα, ενώ αυξάνεται σημαντικά κατά τις αργίες. Συγκεκριμένα, τις καθημερινές από ώρες 08.00 - 16.00 το ποσοστό που δεν κρίνεται αναγκαίο να εισαχθεί ανέρχεται σε 38-42%, από ώρες 16.00 - 24.00 ανέρχεται σε 50%, τις δε αργίες υπερβαίνει το 58%.
- Η προσπάθεια ορισμένων ιατρών συνεργατών των Νοσηλευτηρίων για κάλυψη των ασφαλισμένων-πελατών τους, τους οδηγεί συχνά σε αντιδεοντολογικές συμπεριφορές.
- Η εφευρετικότητα των Διοικητικών Οργάνων των Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, στο να βρίσκουν εμπόδια στο έργο των ελεγκτών-ιατρών

είναι πραγματικά αξιοθαύμαστη. Φυσικά αυτό δεν αποτελεί κανόνα για όλα τα Νοσηλευτήρια και για όλες τις περιπτώσεις.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Συμπερασματικά, το πρόβλημα αυτής της πηγής εστιάζεται στα εξής σημεία κατά σειρά σπουδαιότητας και συχνότητας εμφάνισης :

- Ενδείξεις εισαγωγής, ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας
- Ενδείξεις για την εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων
- Αμοιβές ιατρών Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων
- Διάρκεια νοσηλείας
- Τήρηση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας

4.3.3 Ασφαλισμένοι-χρήστες

και συγκεκριμένα

- Η πολυετής στέρηση του Έλληνα πολίτη
 - α) στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού χωρίς ίδιο κόστος
 - β) στην άμεση και στο χρόνο επιλογής του, παροχή υπηρεσιών
 - γ) στην επιλογή παροχής ξενοδοχειακού επιπέδου
 - δ) στην ισότιμη, κατά το δυνατό, αντιμετώπισή του από τον γιατρό
 - ε) στη δυνατότητα έκφρασης επιθυμίας του για συγκεκριμένες εξετάσεις.
- Στο σύνδρομο των ασφαλισμένων των κρατικών ασφαλιστικών φορέων, που, καταβάλλοντας υποχρεωτικά σημαντικό ποσό ως συμμετοχή, τον αισθάνεται σαν συνώνυμο της εφορίας, οπότε νοιώθει άμετρη ικανοποίηση όταν μπορεί να πάρει πίσω έστω και για παροχή υπηρεσιών υγείας, μέρος ή και μεγαλύτερο ποσό από αυτό που έχει καταβάλλει.
- Η κακή ενημέρωσή του από τον ασφαλιστικό του σύμβουλο.
- Η άγνοια του σε στοιχειώδεις όρους της ασφαλιστικής σύμβασης, που ελάχιστες φορές τους διαβάζει ο ασφαλισμένος.

4.4 Συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας (Managed Care)

4.4.1 Παραδοσιακή μορφή ασφαλίσεων υγείας

Η παραδοσιακή μορφή ασφάλισης υγείας (indemnity or fee-for-service insurance), είχε τη μορφή της καταβολής αποζημίωσης για τα έξοδα που πραγματοποιούσαν οι ασφαλισμένοι για κάποια χρήση υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτή τη μορφή, οι φορείς (νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, ιατροί κ.ά.) που παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους, αποζημιώνονταν για τις υπηρεσίες τους από τους ασφαλισμένους, οι οποίοι στη συνέχεια (προσκομίζοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά) εισέπρατταν από την ασφαλιστική εταιρία μέρος ή και το σύνολο του ποσού που κατέβαλαν, ανάλογα τους όρους του συμβολαίου. Το παραπάνω σύστημα της παροχής ασφάλισης υγείας, το οποίο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της προσέλκυσης πελατών για την διεύρυνση της ασφαλιστικής βάσης, δεν προέβλεπε καμία εμπλοκή της ασφαλιστικής εταιρίας ή έλεγχο στη διαδικασία και δημιούργησε ανεπιθύμητες παρενέργειες, λειτουργώντας ως κίνητρο:

1. στους φορείς υγείας, για να παρέχουν περισσότερες και ακριβότερες υπηρεσίες
2. στους ασφαλισμένους, για να ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας, αφού αυτές πληρώνονται από τρίτους

Το κόστος, κάτω από αυτό το πλαίσιο κάλυψης, συνήθως ελέγχεται με αυστηρούς περιορισμούς ως προς τη χρήση υπηρεσιών, με υψηλά ποσοστά συμμετοχής και χαμηλά όρια στα αθροιστικά ποσά της αποζημίωσης.

4.4.2 Σύγχρονα συστήματα διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας

Η παραδοσιακή μορφή που προαναφέραμε, δε εξαντλεί τα όρια του ρόλου, που μπορεί να παίξει η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Μάλιστα, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, ότι η κλασική αυτή έννοια της ασφάλισης, ουσιαστικά ως μέσου αντιμετώπισης

οικονομικών κινδύνων ή εξασφάλισης μεγαλύτερων ανέσεων στις συνθήκες νοσηλείας, είναι παρωχημένη.

Σε σχετική μελέτη του ΟΟΣΑ {OECD 1987 29 /id}, παρουσιάζεται η μεγάλη ανάπτυξη των συστημάτων Managed Care, αλλά και των νέων μορφών που μπορούν να λάβουν οι ασφαλιστικές εταιρίες, σαν Οργανισμών παροχής συγχρόνως ασφάλισης και περίθαλψης.

Τα συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), πρωτοδημιουργήθηκαν σαν συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε μια προϋπολογισμένη και προπληρωμένη βάση, συμπεριλαμβάνοντας υπηρεσίες πρόληψης και διαχείριση ασθένειας. Όμως, τα βασικά χαρακτηριστικά τους και η δομή τους χρησιμοποιήθηκαν από τις ασφαλιστικές εταιρίες σαν μέσο για τη συγκράτηση του, δραματικά αυξανόμενου, κόστους των ασφαλίσεων υγείας. Με αυτό τον τρόπο, τα συστήματα Managed Care θέτουν περιορισμούς στη χρήση υπηρεσιών υγείας, με το να προσδιορίζουν ποιες και πόσες υπηρεσίες καλύπτονται και ποιι φορείς συνεργάζονται για να τις προσφέρουν. Τα συστήματα Managed Care εμφανίζονται με πολλές μορφές και καινούργιες δομές τους συνεχίζουν να αναπτύσσονται, καθιστώντας τις γενικεύσεις δύσκολο έργο. Συνήθως, τα συστήματα αυτά συγκεντρώνουν τα παρακάτω κοινά χαρακτηριστικά {Edmunds Margaret & Frank Richard 1997 30 /id} :

1. πραγματοποιούν συμφωνίες με επιλεγμένους παροχείς υπηρεσιών υγείας, ώστε να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα από υπηρεσίες υγείας προς τους ασφαλισμένους τους
2. χρησιμοποιούν σαφή κριτήρια και standards για την επιλογή των παροχών υπηρεσιών υγείας
3. εφαρμόζουν τυποποιημένα προγράμματα εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και έλεγχο της χρησιμοποίησής τους
4. προσφέρουν κίνητρα προς τους ασφαλισμένους για τη χρησιμοποίηση των φορέων και διαδικασιών, που καλύπτουν τα ασφαλιστικά προγράμματα τους

Από τα μέσα της δεκαετίας του '80, τα συστήματα Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας αναπτύχθηκαν (τουλάχιστον στις Η.Π.Α.) περνώντας από τρία στάδια:

1. Στο πρώτο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως χρησιμοποιώντας απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών και διοικητικά προσκόμματα, όπως προαπαιτούμενη άδεια για εισαγωγή σε νοσοκομείο
2. Στο δεύτερο στάδιο, εστίασαν την προσοχή τους στη διαχείριση των επιδομάτων και, σε συσχετισμό με απολογιστικούς ελέγχους χρήσης των υπηρεσιών, πρόσθεσαν δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποζημίωση του κόστους χρήσης τους, επιλεκτική σύναψη συμβολαίων και σχεδιασμό της θεραπείας
3. Στο τρίτο στάδιο, η προσοχή στρέφεται στην διαχείριση του περιστατικού, με στροφή, από τον απολογιστικό έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών στην ενεργή διαχείριση κατά τη διάρκειά τους, και δίνεται έμφαση στον έλεγχο της αναγκαιότητας και καταλληλότητας της παρεχόμενης θεραπείας ή παρέμβασης προς τον ασφαλισμένο-ασθενή

Σε επόμενο στάδιο, το περιεχόμενο του οποίου αυτή τη στιγμή μορφοποιείται, θα δίνεται έμφαση στη διαχείριση της έκβασης της θεραπείας και στον σχηματισμό ενός ολοκληρωμένου συστήματος υποστήριξης της ασφάλισης υγείας.

Σήμερα, τα πιο γνωστά σχήματα (μορφές) Διαχείρισης της Ασφάλισης Παροχών Υγείας (Managed Care), όπως αυτά εμφανίζονται σε διάφορες χώρες, αποτελούν οι H.M.O. (Health Maintenance Organizations), P.P.O. (Preferred Provider Organization) και P.O.S. (Point-of-Service) plans.

Στον Πίνακα 5.1, περιγράφονται τα κύρια χαρακτηριστικά κάθε σχήματος, αφού λάβουμε υπόψη μας, ότι κάθε σχήμα συναντάται με αρκετές παραλλαγές:

Σχήματα Οργανισμών Managed Care

Σχήματα	
Οργανισμών	Χαρακτηριστικά
Health Maintenance Organization (H.M.O)	Ένα οργανωμένο σύστημα (κερδοσκοπικό ή μη) ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο παρέχει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας, σε ένα προαιρετικά ασφαλιζόμενο πληθυσμό σε μια γεωγραφική περιοχή, και βασίζεται κυρίως σε προπληρωμένες, σταθερές, περιοδικές καταβολές των ασφαλισμένων.
Preffered Provider Organization (P.P.O.)	Ένα δίκτυο ασφάλισης, που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε χαμηλές τιμές. Στην ουσία πρόκειται για μια μορφή συμφωνίας παραδοσιακής ασφάλισης υγείας Fee-for Service (F.F.S.), με κίνητρα για την παραμονή και χρησιμοποίηση υπηρεσιών μέσα στο δίκτυο. Το σχήμα αυτό επιτρέπει τη χρήση υπηρεσιών υγείας και από φορείς εκτός του δικτύου, αλλά με αυξημένη συμμετοχή ή/και εκπεστέο ποσό. Οι Οργανισμοί αυτοί χρησιμοποιούν δομημένη διαχείριση της ποιότητας και ποσότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας.
Point-of-Service (P.O.S.)	Ένα οργανωμένο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο παρέχει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας στα πρότυπα των H.M.O., με την επιπλέον δυνατότητα της παροχής υπηρεσιών και έξω από το δίκτυο, με την καταβολή υψηλότερης συμμετοχής ή εκπεστέου

Στην Ελλάδα, δεν έχουν κάνει την εμφάνισή τους, συγκροτημένες κινήσεις των ασφαλιστικών εταιριών, για τη μετεξέλιξή τους σε Οργανωμένα συστήματα Managed Care στα πρότυπα των ξένων χωρών.

Αντίθετα, συναντάμε χαρακτηριστικά της προσπάθειας να περιορίσουν το κόστος της ασφάλισης υγείας, όπως μέσω :

- της αποκλειστικής συνεργασίας με νοσοκομεία για τη συγκράτηση των τιμών των παρεχομένων υπηρεσιών (δες συνεργασία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών με Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»)
- της συνεργασίας με διαγνωστικά κέντρα (δες συνεργασία INTERAMERICAN ή ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ με τα διαγνωστικά κέντρα EUROMEDICA, ή της ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ με την ΒΙΟΙΑΪΤΡΙΚΗ)

χωρίς όμως να είναι διατεθειμένες να εμπλακούν οι ίδιες στη διαχείριση και τον έλεγχο της ποιότητας, της ποσότητας και της αναγκαιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μέσω της ανάπτυξης κατάλληλων διαδικασιών και μηχανισμών.

Βέβαια, δεν έχουν λείψει και οι προσπάθειες για την εισαγωγή στην Ελλάδα και σχημάτων στο μοντέλο των Η.Μ.Ο., (όπως της INTERAMERICAN με το MEDISYSTEM το 1999 και πιο πρόσφατα με τη δημιουργία-εξαγορά της ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ, ή της ασφαλιστικής εταιρίας LA VIE για την αποκλειστική συνεργασία με τον όμιλο του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ).

Πάντως, οι παραπάνω κινήσεις αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, σε σχέση με την Ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της ασφάλισης και της υγείας. Έτσι, ο όμιλος ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ, έχει θέσει ως πρώτη επιλογή του την εξαγορά ή τη συμμετοχή της εταιρίας του σε νοσοκομείο μόνο από επενδυτική άποψη και όχι από πλευράς συνεργασίας.

Τέλος, δεν στερείται βάσης και η κριτική, ότι έχουν καταστεί ήδη προβληματικές οι κινήσεις ασφαλιστικών εταιριών να εξαγοράσουν νοσοκομειακές μονάδες (προκειμένου να κατευθύνουν εκεί τους ασφαλισμένους τους και να περιορίσουν-ελέγξουν το κόστος νοσηλείας τους), καθώς αντιμετωπίζουν αυξημένο πρόβλημα από την χαμηλή πληρότητα των κλινών και κατ' επέκταση ζημιές από τη λειτουργία τους. Αντίστοιχα προβλήματα, αντιμετωπίζουν και οι κινήσεις ιατρικών κέντρων (στη συνεργασία τους με ασφαλιστικές εταιρίες), για να αυξήσουν την πληρότητα των κλινών τους.

4.4.3 Προβλήματα διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας στην Ελλάδα

Σε διαβούλευση μεταξύ των κορυφαίων στελεχών της ασφαλιστικής αγοράς, των εκπροσώπων δηλαδή των εταιρειών στο διοικητικό συμβούλιο της Ένωσης, τίθενται το διάστημα αυτό τρία από τα βασικότερα ζητήματα του κλάδου Υγείας, ενός τομέα ο οποίος εδώ και αρκετούς μήνες έχει μπει σε σχετική τάξη, μετά τις κεντρικές συμφωνίες που υπεγράφησαν με τα περισσότερα από τα μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, σχετικά με το ύψος και τις αναπροσαρμογές των νοσηλίων και των αμοιβών των ιατρών. Σημειώνεται ότι το 2004 οι αναπροσαρμογές των τιμολογίων και των αμοιβών ήταν εξαιρετικά συγκρατημένες, αφού περιορίστηκαν κάτω από τον πληθωρισμό, στο 2,71% για ορισμένα νοσοκομεία και στο 2,63% για τα υπόλοιπα. Πλέον οι ασφαλιστές εξετάζουν νέα ζητήματα τα οποία απασχολούν τη σχετική αγορά, προτάσσοντας τέσσερα ως τα βασικότερα:

- **Τους όρους και τους ορισμούς των συμβολαίων, καθώς και τις εξαιρέσεις αυτών.**
- **Την επανεξέταση των όρων της συμφωνίας που υπέγραψε η Ένωση με τα νοσοκομεία προκειμένου να εξασφαλιστούν ορισμένες βελτιώσεις.**
- **Την κατάρτιση των συμβάσεων που θα υπογράψει η Ένωση με τις εταιρείες ιατρικών συμβούλων που διαχειρίζονται τα ιατρεία στα τέσσερα μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας.**
- **Τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με τον τρόπο πρόληψης και αντιμετώπισης των φαινομένων fraud, στον τομέα της Υγείας, αλλά και στις λοιπές περιπτώσεις κινδύνου.**

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί η πρωτοβουλία που προετοιμάζει το τελευταίο διάστημα η Επιτροπή Υγείας για συνεργασία με μεγάλα διαγνωστικά κέντρα, πρωτοβουλία η οποία ξεκίνησε από την υποεπιτροπή Underwriters της Επιτροπής Υγείας και της Επιτροπής Ζωής.

Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι να αποσταλούν οι τιμοκατάλογοι ιδιωτών, καθώς και η προσφορά τους για μια επικείμενη συνεργασία, ανάλογη με αυτή των νοσοκομείων, που φυσικά θα αποσκοπεί στην εξασφάλιση οικονομικών κλίμακος. Τέλος, μιλώντας πάντα για τον κλάδο Υγείας,

σημειώνεται ότι η αγορά της Θεσσαλονίκης απασχόλησε αρκετά την αρμόδια Επιτροπή της Ένωσης. Σήμερα το σύνολο σχεδόν των ασφαλιστικών εταιρειών εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τη μέθοδο της απ' ευθείας πληρωμής στα νοσοκομεία της συμπρωτεύουσας.

Η Επιτροπή Υγείας μελετά ενέργειες στις οποίες θα πρέπει να προχωρήσει ώστε να αντιμετωπιστεί κεντρικά και ενιαία το θέμα των συμφωνιών με τη Θεσσαλονίκη. Σκοπός της Ένωσης είναι να καταλήξει, ενδεχομένως και εντός του έτους, σε κάποια συμφωνία με τα ιδιωτικά νοσοκομεία που εδρεύουν στη δεύτερη μεγαλύτερη αγορά της χώρας μετά το λεκανοπέδιο της Αττικής, προκειμένου και οι δύο πλευρές να γνωρίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις για τις μεταξύ τους συναλλαγές. Οι αποζημιώσεις που κατέβαλαν οι εταιρείες για νοσοκομειακές δαπάνες ξεπερνούν τα 100 εκατ. ευρώ και αφορούν το 50% της συνολικής αγοράς νοσηλίων.

Την ίδια περίοδο μία τουλάχιστον ελληνική ασφαλιστική εταιρεία στέλνει την εξής επιστολή σε ασφαλισμένους της: «...Η εξέλιξη της ιατρικής, η ανάπτυξη σύγχρονων προγραμμάτων υγείας επιβάλλουν την αναθεώρηση τόσο της πολιτικής της εταιρείας σε θέματα αποδοχής κινδύνων και τιμολογήσεως όσο και της πολιτικής μάρκετινγκ για την προώθηση νέων σύγχρονων προγραμμάτων υγείας...».

Οι ασφαλιστικές εταιρείες κατέβαλαν εξαιρετικό κόπο για να πείσουν τους πελάτες τους να αποδεχθούν τα νέα συμβόλαια με τις οροφές στις αμοιβές των γιατρών. Μόνο το 1/3 περίπου των παλαιών ασφαλισμένων δέχθηκε τις οροφές στις αμοιβές των γιατρών, ενώ ορισμένοι κατέφυγαν στη Δικαιοσύνη με αγωγές, με αποτέλεσμα τα δικαστήρια να αποδεχθούν σε αρκετές περιπτώσεις τα επιχειρήματά τους. Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ η αδυναμία χρηματοδότησης των ιδιωτικών συστημάτων υγείας έχει φθάσει σε τέτοιο σημείο ώστε να αναπτυχθεί ένας ολόκληρος νέος κλάδος παροχής υπηρεσιών, οι claimers.

Το νοσοκομείο παρουσιάζει έναν λογαριασμό 10.000 ευρώ, η ιδιωτική ασφάλεια αναγνωρίζει ως αξία των υπηρεσιών τις 5.000 ευρώ και ο claimer «συμβιβάζει» τα δύο μέρη σε μια ενδιάμεση τιμή. Αυτό δεν φαίνεται να είναι σε θέση να «ανακόψει» την «προέλαση» των τιμών στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας. Έτσι, πρόσφατα μία εγχείρηση δισκοκοιλίας έφθασε

τις 12.000 ευρώ και μία άλλη, ουροδόχου κύστεως, προσήγγυσε τις 25.000 ευρώ.

Όταν οι ασφαλιστικές εταιρείες δυσκολεύονται να καταβάλουν το ποσό, αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να πληρώσει ο ασφαλισμένος. Ή να οδηγήσει το ιδιωτικό νοσοκομείο ή εργαστήριο εξετάσεων (π.χ. αίματος, τσεκ απ κ.ά.) να «χωρίσει» τα παραστατικά μιας εξέτασης στα δύο: όσα μπορεί να πληρώσει το δημόσιο ταμείο «στέλνονται και χρεώνονται» σε αυτό, τα υπόλοιπα τα αναλαμβάνει η ιδιωτική ασφάλεια.

Σκληρές διαπραγματεύσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και νοσοκομείων σηματοδοτεί η έναρξη, εντός του Απριλίου, των συζητήσεων για την υπογραφή της νέας συμφωνίας μεταξύ των δύο μερών στην Ελλάδα μετά τη ψήφιση του καινούργιου νόμου περί της Ασφάλισης και την ίδρυση της επιτροπής εποπτείας Ασφαλιστικών εταιρειών.

.Σύμφωνα με εκπροσώπους των ασφαλιστικών εταιρειών, η εξέλιξη των συζητήσεων με τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας δεν θα κρίνει μόνο την τιμολογιακή πολιτική του ασφαλιστικού κλάδου στον τομέα της υγείας, δηλαδή τις αυξήσεις που θα κληθούν να πληρώσουν οι ασφαλισμένοι. Πολύ περισσότερο θα αποτελέσει crash test, που θα κρίνει κατά πόσο θα διατηρηθεί το σημερινό καθεστώς των συλλογικών διαπραγματεύσεων του κλάδου με τα νοσοκομεία ή, αντίθετα, θα οδηγήσει στη μονομερή υπογραφή συμβάσεων, από κάθε ασφαλιστική εταιρεία ξεχωριστά με κάθε ιδιωτικό νοσηλευτήριο.

Σε μια τέτοια περίπτωση κάθε εταιρεία θα διαπραγματεύεται τα τιμολόγια των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους της ανάλογα και με το χαρτοφυλάκιο που διαθέτει, ενώ εάν τελικώς δεν υπάρξει έστω και μονομερής συμφωνία, δεν αποκλείεται να γενικευθεί το φαινόμενο των μη συμβεβλημένων νοσοκομείων. Μια τέτοια εξέλιξη θα έχει συνέπειες για τους ασφαλισμένους, οι οποίοι θα πρέπει να καταβάλλουν το κόστος των εξετάσεων και να διεκδικούν στη συνέχεια το ποσό που πλήρωσαν βάσει τιμολογίων από τις εταιρείες στις οποίες είναι ασφαλισμένοι.

Τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, όπως το «Υγεία» (που πρόσφατα άλλαξε μάλιστα μετοχική σύνθεση), το «Ερρίκος Ντυνάν», το «Metropolitan», αλλά και το «Ιατρικό Κέντρο» που δεν είχε συναινέσει στην προηγούμενη κλαδική συμφωνία, θα κληθούν στο τραπέζι των συνομιλιών

υπό την ομπρέλα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος, σε μια ακόμη προσπάθεια με στόχο τον εξορθολογισμό του νοσοκομειακού κόστους.

Ο νέος γύρος διαπραγματεύσεων ξεκινά υπό το βάρος της αρνητικής εμπειρίας που κληροδοτεί η προηγούμενη τριετής συμφωνία που υπεγράφη το 2003 και εκπνέει το καλοκαίρι του τρέχοντος έτους, και η οποία δεν κατόρθωσε τελικώς να μειώσει το κόστος των νοσηλευτικών προγραμμάτων. Παρά το γεγονός ότι τα δύο μέρη είχαν συμφωνήσει σε σημαντικές εκπτώσεις κυρίως σε ό,τι αφορά τις αμοιβές των γιατρών, οι εκπρόσωποι του ασφαλιστικού κλάδου υποστηρίζουν ότι η συμφωνία καταστρατηγήθηκε στην πράξη, με συνέπεια να μη μειωθεί τελικώς το κόστος νοσηλείας.

Όπως επισημαίνουν εκπρόσωποι των εταιρειών, ο δείκτης ζημιών του κλάδου υγείας, που αντιπροσωπεύει τα συνολικά έξοδα σε σχέση με τα έσοδα, φθάνει το 120%, στοιχείο που καθιστά τον κλάδο άλλη μια ζημιογόνο δραστηριότητα. Πολλοί είναι εκείνοι που θέτουν θέμα επιβίωσης του κλάδου, παρομοιάζοντας τον κλάδο υγείας με αυτόν του αυτοκινήτου, κάνοντας λόγο για άλλη μια προβληματική πλευρά της ασφάλισης. Αν και η πλευρά των εταιρειών υποστηρίζει ότι τα ασφαλιστικά προγράμματα στη χώρα μας είναι φθηνά σε σχέση με το κόστος που παράγουν, οι συνέπειες αυτής της κατάστασης δεν μπορεί παρά να μετακυλίσουν στους ίδιους τους ασφαλισμένους, είτε με τη μορφή αυξήσεων είτε με την άρνηση των εταιρειών να ανταποκριθούν σε αιτήματα αποζημίωσης, εγείροντας αμφισβητήσεις για τη σκοπιμότητα συγκεκριμένων εξετάσεων ή ιατρικών ενεργειών ή επικαλούμενες εξαιρέσεις καλύψεων, που προβλέπονται στα συμβόλαια.

Το μέσο κόστος ενός νοσοκομειακού προγράμματος, για έναν άνδρα ή μια γυναίκα 40 ετών, διαμορφώνεται αντίστοιχα στα 300–400 ευρώ περίπου ετησίως για συμβόλαια με απαλλαγή 1.500 ευρώ, ενώ το κόστος ενός συμβολαίου χωρίς απαλλαγές προσεγγίζει τα 500–600 ευρώ ετησίως.

Παρά τα χαμηλά τιμολόγια, οι σχέσεις εταιρειών και ασφαλισμένων είναι αρκετές φορές στο κόκκινο, με τα φαινόμενα των προστριβών να πληθαίνουν, ενώ την ίδια ώρα αυξάνεται και η κριτική για τις ετήσιες αυξήσεις στα ασφαλιστήρια συμβόλαια <http://news.kathimerini.gr/4dcgi>.

Στο πλαίσιο αυτό κορυφώνεται και η κόντρα που υποβόσκει μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και ιδιωτικών νοσοκομείων, με εκατέρωθεν κατηγορίες για προσπάθεια χρηματικής απομύζησης της μιας ή της άλλης πλευράς και αιτιάσεις που σε καμιά περίπτωση δεν παραπέμπουν σε μια υγιή σχέση μεταξύ των δύο μερών. Περιπτώσεις πραγματοποίησης περιττών και κοστοβόρων, σε σχέση με το λόγο εισαγωγής, εξετάσεων με στόχο την είσπραξη προμήθειας από τα νοσοκομεία, υπερτιμολογήσεις μιας σειράς συμπληρωματικών υπηρεσιών, αποτελούν συνήθεις μορφές από την πλευρά των ασφαλιστικών εταιρειών και μόνιμη πηγή έντασης μεταξύ των δύο μερών. Στην αντιπαράθεση που κρατά εδώ και χρόνια, αλλά η αφετηρία της θα πρέπει να αναζητηθεί δεκαπέντε και πλέον χρόνια πριν, με την προώθηση στην αγορά των καρτών υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρείες κάνουν λόγο για ανεξέλεγκτες χρεώσεις στα ειδικά υλικά, για τα οποία μάλιστα δεν υπάρχουν επίσημοι τιμοκατάλογοι, ώστε να διαπιστωθεί το πραγματικό κόστος. Από την πλευρά του ο ιατρικός κλάδος επιστρατεύει την επιστημονική πρόοδο και αντιστρέφει τη μομφή, κάνοντας λόγο για τακτικές ομηρίας του ασθενούς, αλλά και του ίδιου του γιατρού.

Κεφάλαιο 5

Ανάλυση περιεχομένου των συμβολαίων Ασφαλιστικών εταιρειών με Νοσοκομεία

Για την εξασφάλιση της υγειονομικής και ιατρικής κάλυψης των ασφαλιζομένων, οι ασφαλιστικές εταιρείες (που καλούνται ως οι ασφαλιστές) καθώς και η Ένωση Ασφαλιστικών εταιρειών συνάπτουν συμφωνίες με ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία.

Οι συμφωνίες αυτές περιλαμβάνουν:

- Συμφωνημένες αμοιβές χειρουργών, βοηθών χειρουργών και αναισθησιολόγων
- Συμφωνημένες αμοιβές παρακολούθησης, συμπαρακολούθησης και ιατρικών επισκέψεων παθολογικών και λοιπών ειδικοτήτων
- Χειρουργικά πακέτα(αφορούν τα έξοδα νοσηλείας σε περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων, εκτός των αμοιβών ιατρών και του κόστους ειδικών υλικών
- Συμφωνημένες τιμές ημερήσιου νοσηλείου και χημειοθεραπείας
- Χορηγούμενη έκπτωση στα τιμολόγια νοσηλείας ασθενών που δεν υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση.
- Από τις εκπτώσεις εξαιρούνται οι αμοιβές ιατρών, φάρμακα και ειδικά υλικά
- Συμφωνημένες αμοιβές ιατρών για μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών και χημειοθεραπείες
- Πακέτα γαστρεντολογικών εξετάσεων εξωτερικών ασθενών καθώς και πακέτα στεφανογραφιών και αγγειοπλαστικών επεμβάσεων
- Συμφωνημένες αμοιβές για ακτινογραφίες

Ακολουθεί ανάλυση του περιεχομένου των συμφωνιών:

Από την ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις συμφωνίες Ασφαλιστικών εταιρειών με δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία βρέθηκε πως οι συμφωνίες που πραγματοποιούνται μεταξύ της Ένωσης Ασφαλιστικών εταιρειών αλλά και από μεμονωμένες συμφωνίες Ασφαλιστικών εταιρειών με νοσοκομεία συγκλίνουν στα παρακάτω:

Όσον αφορά τις συμφωνημένες αμοιβές χειρουργών, βοηθών χειρουργών και αναισθησιολόγων: Σε περιπτώσεις περισσότερων από μία χειρουργικών επεμβάσεων κατά τη διάρκεια της διαδικασίας από τον ίδιο χειρουργό η τιμή προσυμφωνείται και λαμβάνεται υπόψιν αν αυτή η εγχείρηση είναι προγραμματισμένη ή όχι. Σε περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων από διαφορετικούς γιατρούς λαμβάνεται υπόψιν από την ασφαλιστική εταιρεία το αν αυτές είναι επιβεβλημένες ή όχι.

Όσον αφορά τις επιπλοκές που προέρχονται από τις χειρουργικές επεμβάσεις θα χρεώνεται η ασφαλιστική εταιρεία την αμοιβή του γιατρού εφόσον κριθεί απαραίτητη η διενέργεια νέας χειρουργικής επέμβασης. Σε περιπτώσεις που υπάρχουν μεν επιπλοκές αλλά αυτές δεν χρήζουν νέας χειρουργικής επέμβασης δεν θα γίνεται κάποια επιπλέον χρέωση. Σε χειρουργεία έκτακτα που συμβαίνουν Κυριακές και αργίες χρεώνονται έξτρα οι ασφαλιστικές εταιρείες.

Οποιαδήποτε μετάταξη χειρουργικής επέμβασης σε διαφορετική κατηγορία βαρύτητας, θα πρέπει να αιτιολογείται και να έχει τη συναίνεση της Ασφαλιστικής εταιρείας. Οι αμοιβές χρεώνονται στο τιμολόγιο του νοσοκομείου ή της κλινικής. Η εκάστοτε κλινική ή νοσοκομείο περιλαμβάνει την υποχρέωση να μην χρεώνει τις Ασφαλιστικές εταιρείες με πρόσθετες αμοιβές χειρουργού, βοηθού χειρουργού και αναισθησιολόγου. Αμοιβές χειρουργού θα χρεώνεται μόνο μια και σε περιπτώσεις από μεσαία και πάνω. Οι αμοιβές βοηθών χειρουργών μπορούν να κατανεμηθούν σε περισσότερους του ενός αρκεί να μην αποτελεί υπέρβαση των συμφωνηθέντων ποσών.

Όσον αφορά τις αμοιβές παρακολούθησης και συμπαρακολούθησης αυτό καθορίζεται από το τιμολόγιο αμοιβών παρακολούθησης και συμπαρακολούθησης και αποτελεί μέρος της παρούσας συμφωνίας. Οι αμοιβές που συμφωνούνται καταχωρούνται σε τιμολόγια του νοσοκομείου όπου αναγράφεται και το όνομα του θεράποντος ιατρού. Οι αμοιβές

αφορούν αμοιβή θεραπόντων ιατρών για παρακολούθηση του ασθενούς, είτε αυτή γίνεται από ένα ιατρό είτε από ομάδα ιατρών της ίδιας ειδικότητας. Επίσης ορίζεται εκ των προτέρων η αμοιβή για τις ιατρικές επισκέψεις. Σε περίπτωση υπέρβασης, το νοσοκομείο αναλαμβάνει την ευθύνη της επιστροφής του αντίστοιχου ποσού στην ασφαλιστική εταιρεία.. Οι τιμές για χειρουργικά πακέτα κρίνονται κατά το είδος των επεμβάσεων, τη βαρύτητα της νοσηλείας. Το νοσοκομείο παραχωρεί χωρίς κανένα είδους αντάλλαγμα εντός του νοσοκομείου το δικαίωμα λειτουργίας ιατρείου με ευθύνη της Ένωσης Ασφαλιστικών εταιρειών. Το έργο των γιατρών θα είναι να εξετάζουν τους προς εισαγωγή ασφαλισμένους των ασφαλιστικών εταιρειών μελών της Ένωσης και να δίνουν τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες προς τις ασφαλιστικές εταιρείες για να γνωματεύσουν εάν οι ασφαλισμένοι αυτοί χρήζουν ή όχι νοσηλείας, ώστε στη συνέχεια οι εταιρείες να αποφασίζουν εάν θα καλύψουν ή όχι τον ασφαλισμένο τους. Το νοσοκομείο έχει το δικαίωμα να παράσχει στους ιατρούς το δικαίωμα πρόσβασης στο φάκελο υγείας. Παρατίθεται απόσπασμα από τη σύμβαση που υπογράφηκε από τους δυο συμβαλλόμενους:

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ

ΕΝΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ «.....».

Σήμερα την 2/4/97, αφενός μεν η ΕΝΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, Σωματείο Αναγνωρισμένο το οποίο εδρεύει στην Αθήνα, οδός Ξενοφώντος 10, και εκπροσωπείται νόμιμα από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, κ. Δούκα Παλαιολόγο & τον Πρόεδρο της Επιτροπής Ζωής κ. Παναγιώτη Καραλή και αφετέρου δε το ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ «.....», το οποίο εδρεύει στην Αθήνα, οδός και εκπροσωπείται νόμιμα από τους κ.κ., Διευθύνοντα Σύμβουλο & Γενικό Διευθυντή και Οικονομικό Διευθυντή, συμφωνούν και κάνουν αμοιβαία αποδεκτά τα εξής:

Β. ΑΜΟΙΒΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ & ΣΥΜΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ & ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

1. Καθορίζεται τιμολόγιο αμοιβών που αναφέρεται στο συνημμένο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος.
2. Συμφωνείται ότι οι αμοιβές που αναφέρονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β θα καταχωρούνται στα τιμολόγια του
3. Συμφωνείται ότι σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών που στην συνέχεια μετατρέπονται σε χειρουργικά οι αμοιβές παρακολούθησης συμπαράκολούθησης θα εφαρμόζονται μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου των ασθενών.

Γ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΠΑΚΕΤΑ

Συμφωνούνται τιμές χειρουργικών πακέτων κατά είδος επεμβάσεων, βαρύτητα και θέση νοσηλείας όπως εμφανίζονται στο συνημμένο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος. Στις παραπάνω τιμές δεν περιλαμβάνονται οι πάσης φύσεως αμοιβές ιατρών και το κόστος των ειδικών υλικών.

Επιπλέον γίνονται αποδεκτά ότι:

1. Σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών που τελικά μετατρέπονται σε χειρουργικά ο λογαριασμός του ασθενούς θα τηρείται ως λογαριασμός παθολογικού τομέα και από την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης μέχρι το εξιτήριό του θα γίνεται και η χρέωση του χειρουργικού πακέτου. Οι αμοιβές παρακολούθησης των παθολόγων θα εφαρμόζονται μέχρι τη λήξη της νοσηλείας των ασθενών.
2. Σε περιπτώσεις δύο ή περισσότερων χειρουργικών επεμβάσεων συγχρόνως θα γίνεται χρέωση το 100% της μεγαλύτερης επέμβασης και το 50% των επί πλέον επεμβάσεων. Εάν οι επιπλέον επεμβάσεις αφορούν διαφορετικό είδος και εκτελεσθούν από άλλο χειρουργό τότε θα χρεωθεί το 100% της μεγαλύτερης επέμβασης και 50% των επιπλέον επεμβάσεων.

Δ. ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΚΠΤΩΣΗ

1. Συμφωνείται έκπτωση 7% στο τιμολόγιο νοσηλείας των ασφαλισμένων των ασφαλιστικών εταιρειών μελών της Ε.Α.Ε.Ε. για τους ασθενείς που δεν υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Από την έκπτωση εξαιρούνται πάσης φύσεως αμοιβές ιατρών, φάρμακα και ειδικά υλικά.
2. Διευκρινίζεται ότι σε μικτά περιστατικά (παθολογικά/χειρουργικά) η έκπτωση δεν θα υπολογίζεται στα ποσά που αφορούν χειρουργικά πακέτα.

Ε. ΔΙΑΦΟΡΑ

1. Όλα τα παραπάνω αναφερθέντα Α, Β, Γ & Δ συμφωνείται ότι θα ισχύουν και για εκείνους τους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών εταιρειών μελών της Ε.Α.Ε.Ε. που δεν κάνουν χρήση κάρτας, εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

Α. Να έχει σταλεί στο από την ασφαλιστική εταιρεία μέλος της Ε.Α.Ε.Ε. εγγυητική επιστολή αποδοχής για την κάλυψη του συνόλου του κόστους νοσηλείας του ασφαλισμένου.

Β.1 Ο ασθενής υποχρεούται να υποβάλλει υπεύθυνη δήλωση στο νοσοκομείο ότι είναι ασφαλισμένος σε συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρεία της οποίας θα αναφέρει την επωνυμία.

Β.2 Η ασφαλιστική εταιρεία μέλος της Ε.Α.Ε.Ε. μέσω fax υποχρεούται να επιβεβαιώσει στο νοσοκομείο την ασφάλιση του ασθενούς εντός 24 ωρών από της ειδοποίησής της από τις υπηρεσίες του

B.3 Κατά την έξοδο του ασθενούς ο λογαριασμός θα πρέπει να εξοφλείται πλήρως από τον ασθενή.

Όπως προκύπτει από το παραπάνω απόσπασμα τα δυο μέλη συμφωνούν για όλες τις πιθανές περιπτώσεις που μπορούν να προκύψουν.

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΩΣ ΒΑΡΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αορτο-αμφω-μηριαία-ιγνυακή παράκαμψη
 - Αορτο-νεφρική αρτηριακή παράκαμψη
 - Αορτο-σπλαχνική αρτηριακή παράκαμψη
 - Αορτο-καρωτιδική ή αορτο-υποκλείδιο παράκαμψη
 - Αρτηριοπλαστική νεφρικής αρτηρίας
 - Εγχείρηση ρήξης κοιλιακής αορτής
 - Εγχείρηση αορτο-εντερικής επικοινωνίας
 - Εγχείρηση τραύματος μεγάλου αγγείου
 - Εκτομή ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
 - Εκτομή αορτο-μηριαίας πλαστικής παράκαμψης και τοποθέτηση νέας παράκαμψης
- 2.560euro

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Ονυχεκτομή (μερική)
- Βιοψία Δέρματος, Μυός, Κροταφικής Αρτηρίας, Λεμφαδένων
- Παρακέντηση Κύστεως
- Διάνοιξη Επιφανειακού Αποστήματος

ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- Κοιλιοπερινεϊκή Εκτομή Ορθού
 - Πρόσθια Χαμηλή Εκτομή
 - Ολική ή μερική Εξεντέρωση Πυέλου
- 1920euro

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αφαίρεση Πολύποδος Τραχήλου
- Καυτηρίαση Τραχήλου
- Διάνοιξη Διαπυημένου Βαρθολινείου Αδένος
- Διαγνωστική απόξεση
- Περίδεση Τραχήλου (κύηση)

300euro

ΜΕΣΑΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Εκτομή Τραχήλου
- Πρόσθια, Οπίσθια Κολπορραφή
- Προσθιοπίσθια Κολπορραφή
- Αφαίρεση Βαρθολινείου Αδένος
- Διαγνωστική Λαπαροσκόπηση
- Συνδεσμοπηξία Μήτρας
- Σφηνοειδής Εκτομή Ωοθήκης
- Αφαίρεση Κύστης Ωοθήκης
- Απολίνωση Σαλπίνγων
- Λαπαροσκοπική Λήψη Ωαρίων
- Λαπαροσκόπηση Gift
- Συρραφή Ρήξεως Περινέου
- Δακτυλική Αποκόλληση Πλακούντα
- Υστεροσκόπηση
- Διακοπή Κυήσεως

640euro

ΜΙΚΡΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

- Συγκόλληση Σχιστίας Χείλους
- Διόρθωση Σχιστίας Υπερώας
- Φαρυγγοπλαστική
- Διάφραγμα απλό
- Διόρθωση ουλών

880euro

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ/ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ 10 ΩΡΩΝ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝ

- Οστεοτομία μέτωπο-προσωπική
- Οστεοτομία LeFort III
- Μικροχειρουργική επανόρθωση

3520euro

ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΚΑΛΩΠΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Τυφλή ουρηθροτομία
- Διάνοιξη στομίου ουρήθρας
- Ουρηθροκυστεοσκόπηση
- Κυστεοσκόπηση απλή ή με λήψη βιοψίας ουροδόχου κύστεως
- Αφαίρεση όγκου στομίου ουρήθρας
- Διαστολή ή τομή ουρητηρικού στομίου
- Παρακέντηση αποστήματος προστάτη
- Διορθικό υπερηχογράφημα προστάτη με κατευθυνόμενη βιοψία
- Απολίνωση και εκτομή σπερματικού πόρου (ετερόπλευρη)
- Βιοψία όρχεως
- Εκκένωση αιματοκύστης
- Μανομέτρηση νεφρικής πυέλου

320euro

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Κιρσοκήλη
- Υδροκήλη
- Επιδιδυμιδεκτομή
- Ορχεοεκτομή ετερόπλευρη και αμφοτερόπλευρη

640euro

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Εμφύτευση ουρητήρα καθώς και αντιπαλινδρομική εμφύτευση ουρητήρα ετερόπλευρα η αμφοτερόπλευρα
- Συρίγγιο κυστεοκολπικό ή κυστεοεντερικό

- Ολική ουρητηρεκτομή
- Μερική ουρητηρεκτομή με τελικοτελική αναστόμωση
- Πλαστική ουρητήρα (μεγαλοουρητήρα)
- Ουρητηρόλυση οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης
- Διαχωρισμός ή μερική αφαίρεση πεταλοειδούς νεφρού
- Ουρητηροπυελοσκοπία με ενδοσκοπική αφαίρεση λίθων ή όγκων
- Νεφρολιθοτομία
- Νεφρεκτομή
- Πυελοπλαστική
- Επέμβαση νεφρού και ουρητήρων επί τραυματισμού
- Επινεφριδεκτομή ετερόπλευρα
- Μερική κυστεκτομή με ή χωρίς επανεμφύτευση ουρητήρα
- Αφαίρεση εκκολπώματος ουροδόχου κύστεως
- Μετατραυματική ρήξη κύστεως και ενδοπυελική ουρήθρα

1376euro

Ποσό

		προς επιστροφή στις euro Ασφαλιστικές Εταιρίες
Έως 2 ημέρες παραμονή	148	2
Από 3-5 ημέρες παραμονής (ανά ημέρα)	74	1
Από 6-20 ημέρες παραμονής (ανά ημέρα)	56	1
Από 21 ημέρες παραμονής και άνω (ανά ημέρα)	38	1

II. ΣΥΜΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

	euro	Ποσό προς επιστροφή στις Ασφαλιστικές Εταιρίες
Έως 2 ημέρες παραμονή	185	3
Από 3-5 ημέρες παραμονής (ανά ημέρα)	93	1
Από 6-20 ημέρες παραμονής (ανά ημέρα)	67	1
Από 21 ημέρες παραμονής και άνω (ανά ημέρα)	48	1

Διευκρινίζεται ότι στο τέλος κάθε έτους θα επιστρέφεται σε κάθε μία Ασφαλιστική Εταιρεία μέλος της ΕΑΕΕ ως έκπτωση το αναγραφόμενο ποσό σύμφωνα με τον αριθμό των ασφαλισμένων στους οποίους έγιναν χρεώσεις για αμοιβές παρακολούθησης και συμπαρακολούθησης.

Όσον αφορά τις αμοιβές παρακολούθησης και συμπαρακολούθησης καθορίζεται τιμολόγιο αμοιβών παρακολούθησης & συμπαρακολούθησης. Συμφωνείται ότι οι αμοιβές που αναφέρονται θα καταχωρούνται στα τιμολόγια του νοσοκομείου, όπου και θα αναγράφεται το όνομα του θεράποντος ιατρού.

Οι αμοιβές αφορούν αμοιβή θεραπόντων ιατρών για παρακολούθηση του ασθενούς, είτε αυτή γίνεται από ένα ιατρό είτε από ομάδα ιατρών της ίδιας ειδικότητας. Επιπλέον, ορίζεται αμοιβή για ιατρικές επισκέψεις στους ασθενείς από ιατρούς διαφορετικής της ειδικότητας του θεράποντος, εφόσον η κλινική κατάσταση του ασθενούς χρήζει τέτοιας παρακολούθησης.

Ο ανώτατος αριθμός ιατρικών επισκέψεων στην περίπτωση που ο ασθενής χρήζει παρακολούθησης θα είναι 2 επισκέψεις ανά ειδικότητα και μέχρι δύο ειδικότητες ανά νοσηλεία, ενώ στην περίπτωση που ο ασθενής χρήζει συμπαρακολούθησης θα είναι 2 επισκέψεις ανά ειδικότητα και μέχρι 1 ειδικότητα ανά νοσηλεία. Σε περίπτωση υπέρβασης, το νοσοκομείο αναλαμβάνει την επιστροφή του αντίστοιχου ποσού στην ασφαλιστική εταιρία.

Συμφωνείται ότι η αμοιβή για ιατρική επίσκεψη στον ασθενή, θα καταχωρείται στα τιμολόγια του νοσοκομείου, όπου και θα αναγράφονται τα ονόματα των ιατρών και η ειδικότητά τους. Συμφωνείται ότι οι ως άνω αμοιβές δεν δίδονται σε ιατρούς χειρουργούς, εφόσον διενεργηθεί εγχείρηση και ανεξάρτητα από τον χρόνο πραγματοποίησής της.

Συμφωνείται ότι σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών που στη συνέχεια μετατρέπονται σε χειρουργικά οι αμοιβές παρακολούθησης & συμπαρακολούθησης θα εφαρμόζονται μέχρι την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης των ασθενών, με την προϋπόθεση ότι ο θεράπων ιατρός είναι διαφορετικός από τον χειρουργό ιατρό.

Όσον αφορά τα χειρουργικά πακέτα συμφωνούνται τιμές χειρουργικών πακέτων κατά είδος επεμβάσεων, βαρύτητα και θέση νοσηλείας που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρούσας συμφωνίας. Στις παραπάνω

τιμές δεν περιλαμβάνονται οι πάσης φύσεως αμοιβές ιατρών και το κόστος των ειδικών υλικών. Σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών που τελικά μετατρέπονται σε χειρουργικά ο λογαριασμός του ασθενούς τηρείται ως λογαριασμός παθολογικού τομέα και από την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης μέχρι το εξιτήριο του θα γίνεται η χρέωση του χειρουργικού πακέτου, μειωμένου κατά το 90% του κόστους του προεγχειρητικού ελέγχου.

Στις περιπτώσεις δύο ή περισσότερων χειρουργικών επεμβάσεων συγχρόνως καθώς και στις περιπτώσεις επεμβάσεων που αφορούν διαφορετικό είδος και εκτελούνται από διαφορετικό χειρουργό, χρεώνεται κατά περισσότερο η βαρύτερη επέμβαση και κατά το λιγότερο οι επιπλέον επεμβάσεις. Κατά την έκδοση του τιμολογίου νοσηλείας, επισυνάπτεται υποχρεωτικά σε αυτό και η πλήρης ανάλυση των διενεργηθεισών εξετάσεων, των ληφθέντων φαρμάκων, καθώς και όλων των άλλων ενεργειών που περιλαμβάνονται στο σχετικό χειρουργικό πακέτο που αφορά την συγκεκριμένη νοσηλεία.

Το εκάστοτε νοσοκομείο υποχρεούται να ερωτά τον ασφαλισμένο για την ύπαρξη κοινωνικού φορέα ασφάλισης και να ενεργοποιεί τις απαραίτητες διαδικασίες για την χρήση του φορέα αυτού κατά την νοσηλεία. Στη συνέχεια συμφωνείται ότι θα γίνεται πρώτα η χρέωση στον κοινωνικό φορέα ασφάλισης και η ασφαλιστική εταιρία μέλος της Ένωσης θα καταβάλλει τη διαφορά του κόστους νοσηλείας. Στο τιμολόγιο νοσηλείας που θα διαβιβάζεται στην ασφαλιστική εταιρία προς εξόφληση αναγράφεται το ποσό που καταβλήθηκε από τον κοινωνικό φορέα ασφάλισης και θα επισυνάπτεται η ανάλυση των εξόδων που κάλυψε ο φορέας αυτός. Το Γραφείο Κινήσεως του νοσοκομείου υποχρεούται να ερωτά τον ασθενή εάν είναι ασφαλισμένος σε ασφαλιστική εταιρία καθώς και το όνομα αυτής. Ο ασθενής υποχρεούται να υποβάλλει δήλωση στο νοσοκομείο ότι είναι ασφαλισμένος σε συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρία της οποίας θα αναφέρει την επωνυμία. Το νοσοκομείο υποχρεούται να ενημερώνει την ασφαλιστική εταιρία για την εισαγωγή του ασφαλισμένου της στο νοσοκομείο.

Η ασφαλιστική εταιρία μέλος της Ένωσης, μέσω fax, υποχρεούται να επιβεβαιώσει στο νοσοκομείο την ασφάλιση του ασθενούς εντός 24 ωρών από τη ειδοποίησής της από τις υπηρεσίες του. Κατά την έξοδο του

ασθενούς ο λογαριασμός θα πρέπει να εξοφλείται πλήρως από τον ασθενή. Το Γραφείο Κινήσεως του νοσοκομείου υποχρεούται να ερωτά όλους τους εισερχόμενους ασθενείς εάν είναι ασφαλισμένοι σε ασφαλιστική εταιρία καθώς και το όνομα αυτής.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες μέλη της Ένωσης, στα πλαίσια της λειτουργίας του παρόντος πρακτικού συμφωνίας, θα καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για την σωστή ενημέρωση των ασφαλισμένων τους σχετικά με την επιτευχθείς συμφωνία. Για περιπτώσεις κατά τις οποίες ασφαλισμένοι των ασφαλιστικών εταιριών δεν θα εξοφλούν το μέρος της συμμετοχής τους κατά την έξοδό τους, το νοσοκομείο διατηρεί το δικαίωμα να εφαρμόζει τις τιμές του τιμοκαταλόγου του χωρίς να υπολογίζονται οι εκπτώσεις και οι τιμές των χειρουργικών πακέτων στην συμμετοχή τους.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες εξωτερικοί ασθενείς που υποβάλλονται σε γαστρεντερολογικές εξετάσεις - εφαρμογή γαστρεντερολογικών πακέτων - εισάγονται στο νοσοκομείο ως εσωτερικοί ασθενείς, θα πρέπει να δικαιολογείται στην ασφαλιστική εταιρία ο λόγος της μετατροπής των περιστατικών αυτών από εξωτερικά σε εσωτερικά.

Το νοσοκομείο θα επιτρέπει σε συμβεβλημένους με τις ασφαλιστικές εταιρίες ιατρούς να ελέγχουν την πορεία του ασθενή κατά την διάρκεια της νοσηλείας του και να λαμβάνουν τα απαραίτητα ιατρικά έγγραφα από τα οποία θα μπορούν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με την πορεία της νοσηλείας του ασθενή.

Σε περιπτώσεις μη τήρησης των συμφωνηθέντων, οι απαιτήσεις του νοσοκομείου θα στρέφονται προς την ασφαλιστική εταιρία και όχι προς τον νοσηλευόμενο. Οι ασφαλιστικές εταιρίες, για την ορθή εφαρμογή των πακέτων, υποχρεούνται να δηλώνουν κατά την εισαγωγή τη θέση που δικαιούται ο ασφαλισμένος. Βασική προϋπόθεση για την λειτουργία του παρόντος πρακτικού συμφωνίας είναι η έγκαιρη ενημέρωση (σύμφωνα με τις επιμέρους συμβάσεις) του νοσοκομείου εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιριών για την κάλυψη ή μη του περιστατικού. Σε περίπτωση μη έγκαιρης ειδοποίησης, το νοσοκομείο διατηρεί το δικαίωμα να εφαρμόζει τις τιμές του τιμοκαταλόγου του χωρίς να υπολογίζονται οι εκπτώσεις και οι τιμές των χειρουργικών πακέτων. Τροποποίηση οποιασδήποτε διάταξης της

παρούσας συμφωνίας είναι δυνατόν να γίνει μόνο κατόπιν έγγραφης συμφωνίας των δύο μερών.

Παρακάτω παρατίθενται ενδεικτικές τιμές που συμφωνήθηκαν μεταξύ της Ένωσης ασφαλιστικών εταιρειών και του νοσοκομείου

ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- Κότσια
- Οδοντοφαρμακικό απόστημα, διάνοιξη, αφαίρεση, συρραφή
- Ορχεκτομή
- Ουρητηροστομία
- Παροχέτευση Περιγεγραμμένου Ενδοκοιλιακού Αποστήματος
- Πλάγια σφιγκτηροτομή
- Πλαστική Κήλης (Βουβωνοκήλη, Μητροκήλη, Ομφαλοκήλη, Μετεγχειρητική Κήλη, κλπ.)
- Πλαστική Κιρσοκήλης
- Πλαστική Ομφαλοκήλης
- Πλαστική Υδροκήλης
- Πρόσθια, οπίσθια σφιγκτηροπλαστική – επεμβάσεις νεοσφιγκτήρων (Β' χρόνος)
- Σαφηνεκτομή
- Σκωληκοειδεκτομή
- Τεταρτεκτομή Μαστού
- Υποσπαδία
- Χολοκυστοστομία 739euro

ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΩΣ ΒΑΡΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Εκτεταμένοι Όγκοι Κοιλίας και Οπισθοπεριτοναϊκού Χώρου)
- Επεμβάσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας
- Επινεφριδεκτομή
- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού
- Οισοφαγεκτομή (μερική ή ολική)
- Ολική Γαστρεκτομή

- Ολική ή μερική εξεντέρωση πυέλου
- Ολική θυρεοειδεκτομή (για καρκίνο θυρεοειδούς, νόσο Graves)
- Ολική Κολεκτομή
- Παγκρεατεκτομή (ολική-μερική)
- Πρόσθια χαμηλή εκτομή
- Πυλαία υπέρταση
- Τυπική Λοβεκτομή Ήπατος – τραύμα ήπατος – τραύμα παγκρέατος
- Χολοκυστεκτομή + Σφιγκτηροπλαστική
- Χολοκυστεκτομή + Χολοπεπτική αναστόμωση 2210euro

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Ηπατεκτομή (τυπική ή εκτεταμένη)
- Μεταμοσχεύσεις (ειδικό τιμολόγιο)
- Wipple (παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή + μετάθεση χοληδ. Πόρου + γαστρεντεροαναστόμωση) 3160euro

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αφαίρεση Πολύποδος Τραχήλου
- Διαγνωστική απόξεση
- Διάνοιξη Διαπυημένου Βαρθολινείου Αδένος
- Καυτηρίαση ενδομητρίου – ενδομητρίωση
- Καυτηρίαση Τραχήλου
- Περίδεση Τραχήλου (κύηση) 370 euro

ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Εκτομή Εξαρτήματος
- Εξωμήτριος Κύηση
- Λύση Συμφύσεων Σαλπίγγων
- Πλαστική Γεννητικών Συριγγών
- Πλαστική Σαλπίγγων
- Ωοθηκεκτομή 1216 euro

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ/ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αφαίρεση μικρού δερματικού όγκου και συρραφή
- Αφαίρεση μικρού υλικού οστεοσύνθεσης
- Αφαίρεση όνυχος
- Βιοψία Δέρματος, Μυός, Κροταφικής Αρτηρίας, Λεμφαδένας
- Διάνοιξη αποστήματος 110 euro

ΜΙΚΡΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- (Κλειστή) ανάταξη κατάγματος δακτύλου
- (Κλειστή) ανάταξη ρινικού κατάγματος
- (Μικρά) μοσχεύματα δέρματος
- Ακρωτηριασμός φάλαγγας δακτύλου
- Αφαίρεση γαγγλίου
- Αφαίρεση δερματικού όγκου και μικρός τοπικός κρημνός
- Αφαίρεση ξανθελασμάτων βλεφάρων άμφω
- Διάνοιξη καρπιαίου / ταρσιαίου σωλήνα
- Διατομή βραχέος χαλινού
- Διόρθωση εκτρόπιου ετερόπλευρου
- Διόρθωση ουλών
- Διόρθωση Σχιστίας Υπερώας, Φαρυγγοπλαστική
- Διόρθωση τηλέκανθου ετερόπλευρου
- Συρραφή διατομής τενόντων ή νεύρων μεμονωμένων 1013 euro

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ/ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

- Πολλαπλές τενοντοραφές και συρραφές νεύρων
- Ρινοπλαστική & Διάφραγμα (δύσκολο)
- Τμηματική εκτομή μαστού
- Τοποθέτηση (μεγάλων) διατατών ιστών
- Υποδόρειος μαστεκτομή (1 πλευρά) 200 euro

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ/ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

- Παρωτιδεκτομή με ανακατασκευή προσωπικού νεύρου
- Πλαστική αποκατάσταση κοιλιακών τοιχωμάτων 2946 euro

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ 10 ΩΡΩΝ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝ

- Αφαίρεση όγκων κρανίου
- Μικροχειρουργική επανόρθωση
- Οστεοτομία LeFort III / Ανοικτή ανάταξη καταγμάτων κρανίου-κόγχων
- Οστεοτομία μέτωπο-προσωπική 4053 euro

ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αγγειογραφία εγκεφάλου με C-ARM
- Αποσυμπίεση νεύρου με κρανιοτομία
- Βαλβίδα Εγκεφάλου
- Οσφυϊκή δισκεκτομή
- Οσφυϊκή Πεταλεκτομή
- Οσφυοπεριτοναϊκή παροχέτευση
- Παρακέντηση αποστήματος εγκεφάλου
- Πεταλεκτομή 1843 euro

Όσον αφορά την κατάταξη των συμβολαίων στη νομική γλώσσα εναπόκεινται στο δίκαιο της υγείας και στο δίκαιο της σύμβασης. Δηλαδή ως προς το ένα μέρος η γραπτή συμφωνία μεταξύ του νοσοκομείου και της εκάστοτε ασφαλιστικής εταιρείας κατατάσσει τα συμβόλαια και ως προς το άλλο κομμάτι λαμβάνεται υπόψιν και το δίκαιο της υγείας.

Μερικά ενδεικτικά προγράμματα:

Η Interamerican και η Groupama παρουσίασαν χθες τη νέα σειρά προϊόντων τους που αφορούν προγράμματα υγείας. Η Interamerican παρουσίασε τα νέα προγράμματα Medisystem, τα οποία θα απευθύνονται στο ευρύτερο ασφαλιστικό κοινό, καθώς θα ξεκινούν από μηνιαία ασφάλιστρα της τάξης των 35 ευρώ, δεσμευόμενοι ότι η εταιρεία δεν θα αναπροσαρμόσει τα ασφάλιστρα ως τον Απρίλιο 2010.

Πρόκειται για τα προγράμματα Medisystem FIT, ACTIVE , Dynamic και το ετησίως ανανεούμενο Smart & Active. Τα νέα προγράμματα θα έχουν 20%-40% φθηνότερο ασφάλιστρο σε σχέση με τα προηγούμενα προγράμματα, περισσότερες επισκέψεις σε ιατρούς (ξεκινώντας από 10 επισκέψεις),

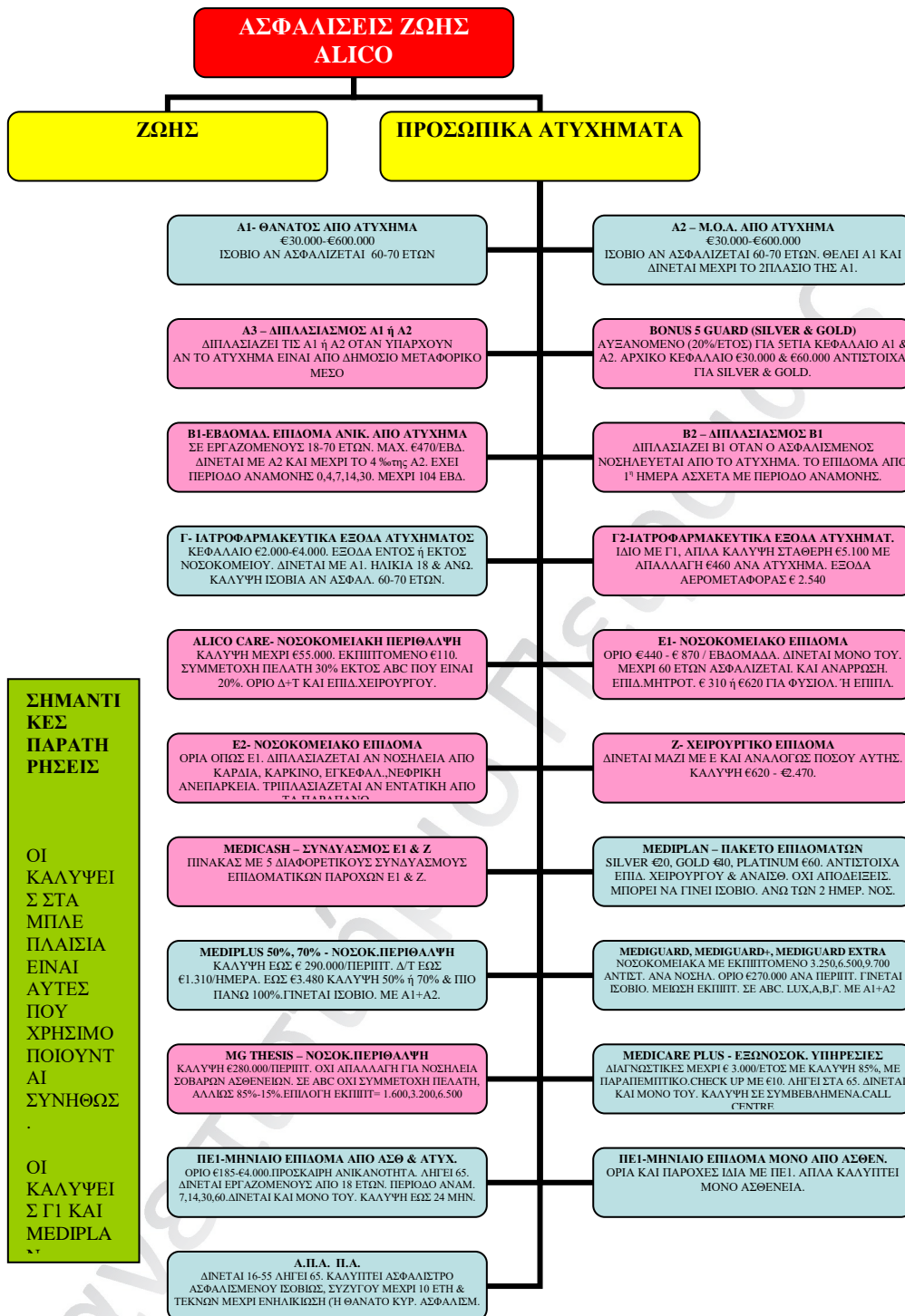
απαλλασσόμενες δαπάνες και συμμετοχές που λειτουργούν υπέρ των ασφαλιζομένων, κλιμακούμενη κάλυψη μητρότητας, ανώτατα όρια κάλυψης που φθάνουν το 1 εκατ. ευρώ, μεγάλη αύξηση στα επιδόματα για νοσηλεία σε κρατικό νοσοκομείο, κίνητρα για χρήση συμπληρωματικά άλλων φορέων ασφάλισης.

Τα κύρια χαρακτηριστικά των προγραμμάτων της Interamerican στοχεύουν να είναι τα προσιτά ασφαλιστρα και η συμπληρωματικότητα με το δημόσιο σύστημα υγείας. Ο στόχος της Interamerican είναι να φτάσουν οι ασφαλισμένοι στο Medisystem τις 500.000 μέσα στην επόμενη διετία.

Η Groupama παρουσίασε δύο νέα πρωτοποριακά ασφαλιστικά προϊόντα που συμπληρώνουν την παλαιότερη σειρά Safe Life. Πρόκειται για τα προγράμματα ολοκληρωμένης κάλυψης υγείας Safe Life For All και Safe Life Diagnosis. Το Safe Life for All αποζημιώνει για έξοδα νοσοκομείου, αμοιβές χειρουργών, αναισθησιολόγων, θεράποντος γιατρού, αποκλειστικής νοσοκόμας, έξοδα ακτινοθεραπειών.

Το πρόγραμμα παρέχει ημερήσιο επίδομα νοσηλείας. Το Safe Life Diagnosis στοχεύει στην πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων με χαμηλό κόστος συμβολαίου (<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid>).

**Θα ακολουθήσει το νοσοκομειακό πλάνο πώλησης
νοσοκομειακών προϊόντων της ALICO:**



IG.

ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ Σ ΖΩΗΣ ALICO

ΖΩΗΣ

Προγράμματα με συγκριμένες διάρκειες αναλόγως ανάγκης πελάτη.

- ΑΠΛΗ, ΙΣΟΒΙΟΣ (ΑΣΦ. ΖΩΗΣ)
- ΕΠΙΒΙΩΣΗ
- ΜΙΚΤΗ
- ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ
- SCOREINVEST (UNIT LINKED)
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ JUNIOR
- ΑΠΑ, ΣΠΑ
- Μ.Ο.Α. (ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ)
- Π.Α.Α. (ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΑΠΛΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ)
- ALICO ACCELERATOR (U/L ΣΥΜΠΛΗΡ.)
- MEDICARE PLUS

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΜΠΟΡΟΥΝ ΚΑΙ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΝΕΟΥΜΕΝΑ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΠΑΗΡΩΜΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟ ΤΟΝ ΟΡΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ.
ΣΗΜΕΙΩΣΗ1. ΓΙΑ ΤΙΣ Α1, Α2, Β1, Β2, Γ, Γ2 το ασφαλιστρο προσωξάνεται κατά 50% για οδηγούς δικύκλων άνω των 100cc, αλλιώς η κάλυψη είναι 70%. Για τις **MEDIGUARD, MEDIPLUS, ALICO CARE, MEDICASH, ΕΙ, ΕΖ, Ζ, ΠΕ1** προσωξάνεται κατά 15% για την παραπάνω αιτία αλλιώς η κάλυψη είναι 90%.
ΣΗΜΕΙΩΣΗ2. Για τα νοσοκομειακά προβλέπονται οικογενειακές εκπτώσεις 10% για 2 προστατευόμενα μέλη και 15% για 3 ή περισσότερα.

ΒΑΣΙΚΑ

- ΚΙΝΟΥΝΤΑΙ ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ - ΕΠΕΝΔΥΣΗ.
- ΚΑΛΥΠΤΟΥΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΓΗΡΑΤΕΙΑ.
- ΜΕΤΑ ΤΑ 2 ΕΤΗ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΔΙΑΦΙΛΟΝΙΚΗΤΑ.
- ΟΛΑ (ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΑΠΛΗΣ) ΣΧΗΜΑΤΙΖΟΥΝ ΑΞΙΕΣ ΕΞΑΓΩΡΑΣ ΜΕΤΑ ΤΑ 3 ΕΤΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Π.Υ.Μ.Α.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ

- ΚΑΛΥΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ & ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ.
- ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.
- ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ACCELERATOR).
- ΔΕΝ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΠΟΤΕ ΑΔΙΑΦΙΛΟΝΙΚΗΤΑ (ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ Α.Π.Α.)

Κεφάλαιο 6

Συμφωνίες ασφαλιστικών εταιρειών με νοσοκομεία: Η διεθνής εμπειρία

Η ασφαλιστική βιομηχανία, στην Ελλάδα που σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία νοσεί τόσο από την άποψη της χαμηλών ρυθμών ανάπτυξης όσο και από την άποψη της χαμηλής κερδοφορίας, επιχειρηματολογεί υπέρ της καθιέρωσης αυστηρών κανόνων, που θα συμβάλουν στον έλεγχο του κόστους και κυρίως θα αποτρέψουν φαινόμενα κατάχρησης του αγαθού της υγείας. Η εξυγίανση του κλάδου και η αποκατάσταση των σχέσεων μεταξύ ασφαλιστικών, νοσοκομείων και ασφαλισμένων, όπως επισημαίνεται από την πλευρά των εταιρειών, προϋποθέτει τη θεσμοθέτηση και στη χώρα μας των ιατρικών πρωτοκόλλων, τα οποία προσδιορίζουν με σαφήνεια και ακρίβεια τις διαδικασίες και τον τρόπο χειρισμού κάθε περιστατικού νοσηλείας.

Πρόκειται για διεθνείς κανόνες, που επιτρέπουν την προστασία από καταχρηστικές πρακτικές όχι μόνο του ασφαλιστικού κλάδου, αλλά και του κρατικού τομέα υγείας, αφού στις χώρες στις οποίες έχουν θεσμοθετηθεί, προσδιορίζουν ανάλογες διαδικασίες και στην περίπτωση της δημόσιας υγείας.

Ένα τέτοιο εγχείρημα προϋποθέτει όχι μόνο την πρωτοβουλία του ασφαλιστικού κλάδου και τον απαιτούμενο χρόνο, αλλά και πολιτική βούληση από την πλευρά των αρμόδιων υπουργείων. Ελλείψει των σχετικών προϋποθέσεων, η αντιπαράθεση εν όψει και των επικείμενων διαπραγματεύσεων αναμένεται να συνεχιστεί, και το επόμενο διάστημα αναμένεται θερμό.

Καθένας που θέλησε την ιατρική ασφάλεια έπρεπε να ικανοποιηθεί με την επιλογή του. Αλλά οι ιατρικές δαπάνες είναι ακριβές και απευθύνονται στους έχοντες και κατέχοντες και εάν δεν είναι κανείς ιατρικά ασφαλισμένος, μπορεί να πάρει κάποιο δάνειο προκειμένου να πληρώσει για παράδειγμα, μια χειρουργική επέμβαση καρδιάς ή μια μεταμόσχευση νεφρών. Οι κρατικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν το μονοπώλιο στην ιατρική ασφάλιση.

Στο εξωτερικό η ίδια οικονομική κρίση έχει πλήξει και το ιατροφαρμακευτικό σύστημα που συνδέεται αφήφιστα με την εκάστοτε πολιτική των διαφόρων κυβερνήσεων. Η AIG (π.χ) έχει προωθήσει την πολιτική HealthFirst που, εκτός από την κάλυψη των ιατρικών δαπανών, παρέχει επίσης την ασφάλεια ζωής. Η πολιτική παρέχει μια πλήρη κάλυψη για την παρατεταμένη εισαγωγή σε νοσοκομείο, συμπεριλαμβανομένης μιας σημαντικής χειρουργικής επέμβασης ή μιας κρίσιμης ασθένειας. Το HealthFirst είναι διαφορετικό από τις πολιτικές που ήταν στην προσφορά μέχρι πολύ πρόσφατα.

Το μοναδικό χαρακτηριστικό γνώρισμά του είναι ότι, σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, δεν επιστρέφει στις τρέχουσες ιατρικές δαπάνες αλλά αντ' αυτού σας δίνει μέχρι 125.000\$ (ανάλογα με πόσες μονάδες εσείς αγοράζετε). Το πλήρες επίδομα καταβάλλεται ακόμα κι αν η λειτουργία κόστισε πολύ λιγότερο. Επιπλέον, η πολιτική δίνει ένα επίδομα μέχρι 2.500 \$ανά ημέρα κατά τη διάρκεια της εισαγωγής σε νοσοκομείο.

Εντούτοις, αυτό το επίδομα είναι διαθέσιμο μόνο μετά από τις πρώτες τρεις ημέρες της εισαγωγής σε νοσοκομείο μέχρι το μέγιστο αριθμό 90 ημερών. Αυτό σημαίνει ότι για πέντε ημέρες, θα λάβει κανείς το όφελος για μόνο δύο ημέρες. Επιπλέον, η ασφαλιστική εταιρεία δεν θα πληρώσει τις δαπάνες νοσοκομείων τις πρώτες 90 ημέρες αφότου έχει ληφθεί υπόψιν αυτή η πολιτική. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μόνο οι αξιώσεις από τα ατυχήματα καλύπτονται. Κατόπιν υπάρχει η κρίσιμη κάλυψη ασθένειας.

Το σχέδιο παρέχει τη θεραπεία μέχρι και 12.5\$ (\$ 1.25 εκατομμύρια) για 12 κρίσιμες ασθένειες συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, ατυχημάτων, καρδιακή προσβολή, μεταμόσχευση οργάνων, νόσο Alzheimer' s και παράλυση. Εντούτοις, οι κρίσιμες ασθένειες καλύπτονται μόνο εάν εντοπίζονται μετά από 180 ημέρες από τη λήψη αυτής της πολιτικής. Παρέχετε επίσης όφελος για την μετα-εισαγωγή σε νοσοκομείο. Αλλά αυτό είναι περιορισμένο μέχρι \$ 1.250 ανά ημέρα για ένα μέγιστο αριθμό τριών ημερών. Εάν ένα πρόσωπο που καλύπτεται από την πολιτική πεθάνει χωρίς απαίτηση οποιονδήποτε από τα ανωτέρω οφέλη η οικογένεια μπορεί να απαιτήσει το ποσό των 10.000\$. Μπορεί επίσης να κάνει πολλαπλάσιες αξιώσεις μέχρι (2.5 \$ εκατομμύρια). Κατά συνέπεια, εάν απαιτήσει χρήματα για δύο ασθένειες που στοιχίζουν 12.5 \$ κάθε μια, η κάλυψη που αφορά την ασφάλεια ζωής θα εξαντληθεί και η πολιτική θα ολοκληρωθεί. Ένα άλλο ασυνήθιστο χαρακτηριστικό

γνώρισμα αυτής της πολιτικής είναι ότι αγοράζετε ανά μονάδες (μεταξύ ενός και δέκα). Τα οφέλη που δίνονται εξαρτώνται από τον αριθμό μονάδων που έχουν αγοραστεί. Για παράδειγμα, εάν αγοράσετε μια μονάδα θα πάρετε το επίδομα μετρητών νοσοκομείων \$ 250 ανά ημέρα σε αντιδιαστολή με πέντε μονάδες ή δέκα όπου θα είναι πέντε και δέκα φορές, αντίστοιχα. Κατά συνέπεια, η κάλυψή σας αυξάνεται με τον αριθμό μονάδων που αγοράζονται. Εντούτοις, το ασφάλιστρό σας αυξάνεται επίσης.

Το ασφάλιστρο εξαρτάται από την ηλικία σας, το φύλο και τον αριθμό μονάδων. Παραδείγματος χάριν, εάν είστε 35 χρονών άντρας το ετήσιο ασφάλιστρο θα είναι 1.844 \$ για μια μονάδα και 9.219 \$ για πέντε μονάδες. Αφ' ενός, εάν είστε 35 χρονών γυναίκα, το ασφάλιστρο θα είναι 1.881\$ για μια μονάδα και 9.405\$ για πέντε μονάδες. Η πολιτική είναι διαθέσιμη στους ανθρώπους μεταξύ 18 ετών και 60 ετών. Το μόνο ιατρικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο που καλύπτει τις δαπάνες επεξεργασίας μητρότητας καλύπτει μέχρι 20.000\$.

Όλα τα άλλα ιατρικά ασφαλιστήρια συμβόλαια συμπεριλαμβανομένων εκείνων που προσφέρονται από τις κρατικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν καλύπτουν την μητρότητα. Η πολιτική είναι διαθέσιμη για καθμία μεταξύ των ηλικιών 91 ημερών σε 75 έτη. Εντούτοις, τα πρόσωπα επάνω από 55 έτη καλύπτονται ως τμήμα της οικογένειας και όχι ως άτομα. Η πολιτική καλύπτει τις δαπάνες προ-εισαγωγής σε νοσοκομείο μέχρι και 30 ημέρες και τις δαπάνες μετα-εισαγωγής σε νοσοκομείο μέχρι 60 ημέρες. Το ελάχιστο ποσό που ασφαρίζεται είναι 75.000 \$ ενώ το μέγιστο είναι 500.000\$. Το ασφάλιστρο εξαρτάται από την ηλικία σας και το ποσό που ασφαρίζεται. Για παράδειγμα, εάν είστε μεταξύ 19 ετών και 45 ετών και το ποσό που ασφαρίζεται είναι το ετήσιο ασφάλιστρο 6.775\$. Οι προϋπάρχοντες ασθένειες και οι τραυματισμοί καλύπτονται μόνο μετά από πέντε έτη. Κατά συνέπεια, εάν είχατε μια πέτρα στο νεφρό σας, πέντε έτη πριν και δεν είχατε καμία ιατρική περίθαλψη για τότε, δεν θα καλυφθεί εάν πάσχετε από αυτό πάλι.

Η πολιτική μπορεί να αγοραστεί από τους ανθρώπους μεταξύ πέντε ετών και 55 ετών, αν και τα παιδιά κάτω από πέντε έτη μπορούν να ασφαλιστούν εάν καθένας από τους γονείς είναι ταυτόχρονα ασφαλισμένος στην ίδια επιχείρηση. Το ελάχιστο ποσό που ασφαρίζεται είναι (\$ 100.000) Εάν είστε μεταξύ 26 ετών και 40 ετών, και το ποσό που ασφαρίζεται είναι 5.130\$. Σε όλες τις ανωτέρω πολιτικές, το πρόσωπο πρέπει να νοσηλευθεί για περισσότερο από 24 ώρες σε ένα νοσοκομείο που έχει τουλάχιστον 15 κρεβάτια. Καμία από αυτές τις πολιτικές δεν καλύπτει την οδοντική

επεξεργασία εκτός αν είναι ένα αποτέλεσμα ενός ατυχήματος και απαιτεί την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Επίσης, όλες αυτές οι πολιτικές καλύπτουν μόνο την αλλοπαθητική επεξεργασία. Εδώ διαφέρουν οι κρατικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Η πολιτική MediClaim τους καλύπτει όχι μόνο για την αλλοπαθητική αλλά και για καλλωπιστική περίθαλψη. Εντούτοις, ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί για πάνω από 24 ώρες σε ένα νοσοκομείο που έχει τουλάχιστον 15 κρεβάτια. Σχεδόν όλοι οι ιδιωτικοί φορείς καθώς επίσης και οι κρατικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν τις σχέσεις με τους διοικητές τρίτων και έτσι η επεξεργασία είναι σχεδόν φθηνότερη. Τα ασφάλιστρα που πληρώνονται για την ιατρική ασφάλεια είναι επιλέξιμα για τις μειώσεις φόρου στο πλαίσιο της παραγράφου 80 Δ μέχρι 10.000\$.

6.1 Σύστημα υγείας Ηνωμένου Βασιλείου

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) είναι το όνομα που χρησιμοποιείται συνήθως για να αναφερθεί κανείς στα τέσσερα χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο υγειονομικά συστήματα του Ηνωμένου Βασιλείου, συλλογικά ή χωριστά, αν και μόνο η υγειονομική υπηρεσία στην Αγγλία χρησιμοποιεί το όνομα 'Εθνική υγεία Service' χωρίς περαιτέρω επεξηγήσεις.

Η χρηματοδοτούμενη από το δημόσιο οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης στη Βόρεια Ιρλανδία δεν χρησιμοποιεί τον όρο 'Εθνική υγεία Service', αλλά συνήθως αναφέρεται ως 'NHS'. [1] Αγγλία - Εθνικό Σύστημα Υγείας Σκωτία - NHS Σκωτία Ουαλία - NHS Ουαλία Υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη της Βόρειας Ιρλανδίας - στη Βόρεια Ιρλανδία. Αποτελώντας τη βάση της υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, κάθε σύστημα λειτουργεί ανεξάρτητα, και είναι πολιτικά υπεύθυνο στη σχετική μεταβιβασμένη κυβέρνηση της Σκωτίας (Σκωτσέζικη κυβέρνηση), της Ουαλίας (Ουαλλέζικη κυβέρνηση συνελεύσεων) και της Βόρειας Ιρλανδίας (ανώτερος υπάλληλος της Βόρειας Ιρλανδίας), και βρετανική κυβέρνηση για την Αγγλία.

Αρχικά, τρεις υπηρεσίες (για την Αγγλία και την Ουαλία, τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία) καθιερώθηκαν από τα χωριστά τμήματα νομοθεσίας και άρχισαν στις 5 Ιουλίου 1948. Το τμήμα υγείας είχε ευθύνη για το NHS στην Αγγλία και την Ουαλία, το Σκωτσέζικο γραφείο είχε ευθύνη για το NHS στη Σκωτία και η κυβέρνηση της Βόρειας Ιρλανδίας είχε ευθύνη για τη δημόσια υγεία στη Βόρεια

Ιρλανδία. Μετά από τη δημιουργία ενός γραφείου στην Ουαλία το 1964, η ευθύνη για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Ουαλία μεταβιβάστηκε σε αυτό από το τμήμα υγείας το 1969.

Στη συνέχεια, η ευθύνη για NHS της Ουαλίας και το NHS της Σκωτίας μεταφέρεται από το γραφείο της Ουαλίας και από το Σκωτσέζικο γραφείο στο τμήμα υγείας της Ουαλίας και στο Σκωτσέζικο τμήμα κυβερνητικής υγείας, αντίστοιχα, κάτω από τον εκφυλισμό το 1999. Δεν υπάρχει καμία διάκριση όταν απαιτεί ένας ασθενής που κατοικεί σε μια χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου θεραπεία σε άλλη.

Τα ακόλουθα οικονομικά θέματα και η γραφειοκρατική εργασία αυτής της αλληλεπίδρασης εξετάζονται μεταξύ των οργανώσεων που ενεπλάκησαν και δεν υπάρχει γενικά καμία προσωπική συμμετοχή από τον ασθενή συγκρίσιμα με αυτόν που εμφανίζεται όταν λαμβάνει ένας κάτοικος μιας Ευρωπαϊκής χώρας.

Η καθολική υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται στα υγειονομικά συστήματα όπου όλοι οι πολίτες καλύπτονται από κάποιο είδος ασφάλειας υγείας. Η καθολική υγειονομική περίθαλψη καλύπτει συχνά την ιατρική, οδοντική, και διανοητική υγειονομική περίθαλψη.

Αυτά τα προγράμματα ποικίλλουν στους μηχανισμούς δομών και χρηματοδότησης. Χαρακτηριστικά, οι περισσότερες δαπάνες συναντιούνται μέσω ενός τύπου εθνικής ασφάλειας υγείας. Η καθολική υγειονομική περίθαλψη που εφαρμόζεται στις περισσότερες πλούσιες, βιομηχανικές χώρες, εκτός από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρέχεται επίσης σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες και αυτή είναι η τάση που συναντάται παγκοσμίως. Στη δεκαετία του 1890, οι περισσότεροι πολίτες στη Γερμανία καλύπτονταν από ένα υποχρεωτικό υγειονομικό σύστημα που είχε ως υποστηρικτή τον Otto von Βίσμαρκ. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) που καθιερώθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1948, θεωρείται το πρώτο υγειονομικό σύστημα που παρείχε η κυβέρνηση.

Η καθολική υγειονομική περίθαλψη είναι μια ευρεία έννοια που έχει εφαρμοστεί με διάφορους τρόπους. Ο κοινός παρονομαστής για όλα τα τέτοιου είδους προγράμματα είναι κάποια δράση μορφής κυβέρνησης που στοχεύει στην επέκταση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν ευρύτερα.

Οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν την καθολική υγειονομική περίθαλψη μέσω της νομοθεσίας, του κανονισμού και της φορολογίας. Συνήθως μερικές δαπάνες επιβαρύνουν τον ασθενή κατά την διάρκεια της χρήσης αλλά ο όγκος των δαπανών προέρχεται από έναν συνδυασμό υποχρεωτικής ασφάλειας και φορολογικών εσόδων.

6.2 Σύστημα Υγείας Καναδά

Το 1999, ο πρωθυπουργός και οι περισσότεροι υπουργοί της Κυβέρνησης του Καναδά επιβεβαίωσαν στην κοινωνική συμφωνία-πλαίσιο ένωσης ότι δηλαδή είναι δεσμευμένοι στην υγειονομική περίθαλψη που έχει " περιεκτικότητα, καθολικότητα, φορητότητα, δημόσια διαχείριση, ευελιξία>. Το ιατρικό σύστημα είναι για το μεγαλύτερο μέρος του χρηματοδοτούμενο από το δημόσιο, όμως οι περισσότερες από τις υπηρεσίες παρέχονται από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις ή ιδιωτικές εταιρίες, αν και τα περισσότερα νοσοκομεία είναι δημόσια. Οι περισσότεροι γιατροί δεν λαμβάνουν έναν ετήσιο μισθό, αλλά λαμβάνουν μια αμοιβή ανά την επίσκεψη ή υπηρεσία.

Περίπου το 30% των Καναδών πληρώνουν την υγειονομική τους περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Πολλοί Καναδοί έχουν την ιδιωτική ασφάλεια υγείας, συχνά μέσω των εργοδοτών τους, οι οποίοι καλύπτουν αυτές τις δαπάνες. Ο νόμος υγείας του Καναδά του 1984 "περί ιδιωτικής παράδοσης φραγμών ή ιδιωτική ασφάλεια για τις δημόσια ασφαλισμένες υπηρεσίες, " παρείχε εκείνα τα οικονομικά αντικίνητρα. Αν και υπάρχουν νόμοι που απαγορεύουν ή που περιορίζουν την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη σε μερικές επαρχίες, μπορούν να αλλάξουν, " σύμφωνα με μια έκθεση στο New England Journal of Medicine. Η νομιμότητα της απαγόρευσης εξετάστηκε σε μια απόφαση του ανώτατου δικαστηρίου της Αφρικής που διέταξε ο Chaoulli V. το Κεμπέκ ότι " η απαγόρευση η λήψη της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας, ενώ είναι συνταγματική στις περιστάσεις όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι λογικές και ως προς την ποιότητα και την επικαιρότητα. Δεν είναι συνταγματική όπου το δημόσιο σύστημα αποτυγχάνει να παραδώσει λογική εξυπηρέτηση.

Ο εφεσιβάλλον υποστήριξε ότι ο χρόνος αναμονής στο Κεμπέκ παραβίασε το δικαίωμα στη ζωή και την ασφάλεια στο χάρτη του Κεμπέκ των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των ελευθεριών. Το δικαστήριο συμφώνησε μεν, αλλά αναγνώρισε τη σημασία και την ισχύ του νόμου υγείας του Καναδά, και τουλάχιστον τέσσερις από τους επτά δικαστές αναγνώρισαν ρητά το δικαίωμα των κυβερνήσεων να θεσπίσουν τους νόμους και τις πολιτικές που ευνοούν το κοινό σε θέματα του ιδιωτικού συστήματος και συντηρούν την ακεραιότητα του δημόσιου συστήματος.

6.3 Σύστημα Υγείας Η.Π.Α

Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι το μόνο πλούσιο, βιομηχανοποιημένο έθνος που δεν έχει ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα. Η κυβέρνηση καλύπτει άμεσα 27.8% του πληθυσμού μέσω των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τις οικογένειες και τους παλαιμάχους στρατιωτικής υπηρεσίας, τα παιδιά, και μερικούς από τους φτωχούς, μέσω Medicare, Medicaid, SCHIP, και TRICARE.

Έμμεσα, οι διάφορες κυβερνητικές οντότητες στις Ηνωμένες Πολιτείες συμβάλλουν επίσης προς την κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης πολλών εκατομμυρίων πολιτών, του κράτους, και των τοπικών κυβερνητικών υπαλλήλων και των οικογενειών τους που καλύπτονται από την παραδοσιακή ασφαλιστική κάλυψη ομάδας με τα ασφάλιστρα συχνά ουσιαστικά να επιχορηγούνται από τον κυβερνητικό εργοδότη χρησιμοποιώντας τα δημόσια φορολογικά έσοδα.

Ο ομοσπονδιακός νόμος εξασφαλίζει δημόσια πρόσβαση στις υπηρεσίες επειγόντων ανεξάρτητα από τη δυνατότητα να πληρώσει. Εντούτοις η χωρίς χρηματοδότηση εξουσιοδότηση έχει συμβάλει σε ένα δίκτυο ασφάλειας υγειονομικής περίθαλψης που μερικές αναλύσεις λένε τεντώνεται όλο και περισσότερο. Ορισμένοι τύποι ιατρικών εξόδων και ιδιαίτερα ωφελειών ασφάλειας υγείας είναι μερικές από τις σημαντικές φορολογικές επιχορηγήσεις. Η από τον εργοδότη υποστηριγμένη ασφάλεια υγείας προσφέρει μη φορολογήσιμο όφελος. Εν γένει, η κυβερνητική δαπάνη αποτέλεσε 45.1% των συνολικών εξόδων υγείας στις ΗΠΑ το 2005. [έξοδα υγειονομικής περίθαλψης] εκτιμήσεις ΗΠΑ κατά περίπου 15% του ΑΕΠ, ο υψηλότερος στον κόσμο. Αντί ενός εθνικού προγράμματος, οι υποστηρικτές της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης έχουν επιδιώξει την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων στο κράτος και το δημοτικό επίπεδο.

Η Κοινοπολιτεία της Μασαχουσέτης εφαρμόζει ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα με την εξουσιοδότηση ότι οι κάτοικοι αγοράζουν την ασφάλεια υγείας μέχρι την 1η Ιουλίου 2007. [21] η πόλη του Σαν Φρανσίσκο αναλαμβάνει επίσης ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα για τους ανασφάλιστους κατοίκους, η Χαβάη, από το 1974, έχει απαιτήσει από τους εργοδότες να παράσχουν στους υπαλλήλους που απασχολούνται σε περισσότερο από 20 ώρες την εβδομάδα ένα περιεκτικό σχέδιο ασφάλειας υγείας. Η Καλιφόρνια, το Κοννέκτικατ, το Μαϊν και το Βερμόντ

εξετάζουν επίσης ή επιδιώκουν να εφαρμόσουν τα καθολικά ή κοντινός-καθολικά συστήματα. Πρόσφατα, μια επιτροπή κρατικής Συγκλήτου της Καλιφόρνιας ψήφισε με δικομματική βάση ενάντια σε ένα σχέδιο να βοηθήσει να δημιουργήσει ένα κεφάλαιο \$14 δισεκατομμυρίων για να επιχορηγήσει την ιατρική ασφάλεια για 5 εκατομμύριο ανασφάλιστους Καλιφορνέζους Έχουν υπάρξει πολυάριθμες προτάσεις να υποκινηθεί το τρέχον σύστημα για να επεκτείνουν την κάλυψη ανεξέλεγκτα, παρά μέσω μιας περιεκτικότερης αναδόμησης.

Παραδείγματος χάριν, δεδομένου ότι οι περισσότεροι Καναδοί με την ιδιωτική κάλυψη το λαμβάνουν μέσω του εργοδότη, πολλοί έχουν προτείνει στον εργοδότη να πληρώσει αυτές τις απαιτήσεις ως τρόπο να αυξηθούν τα επίπεδα κάλυψης. Μια μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εάν οι απευθυνόμενες στην αγορά μεταρρυθμίσεις δεν εφαρμόζονται σε συστηματική βάση με τα κατάλληλα μέτρα προστασίας, έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν περισσότερα προβλήματα από όσα λύνουν. Άλλοι έχουν προτείνει τις επιχορηγήσεις ασφαλιστρού για να βοηθήσουν την αγορά ασφαλιστηρίων υγείας τους ως τρόπο να αυξηθούν τα ποσοστά κάλυψης.

Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι οι καταναλωτές στη μεμονωμένη αγορά ασφάλειας υγείας είναι ευαίσθητοι στην τιμή. Οι εκτιμήσεις της ελαστικότητας απαίτησης σε αυτήν την αγορά ποικίλλουν, αλλά γενικά εμπίπτουν στη σειρά -0.3 έως -0.1. Φαίνεται ότι η ευαισθησία τιμών ποικίλλει μεταξύ των υποομάδων πληθυσμών, και είναι γενικά υψηλότερο για εκείνους στις νεώτερες ηλικίες και τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Εντούτοις, η έρευνα επίσης προτείνει ότι οι επιχορηγήσεις είναι μόνο απίθανο να παρέχουν το ικανοποιητικό κίνητρο για να ενθαρρύνουν περισσότερους ανθρώπους για να πάρουν την κάλυψη. Ο Πρόεδρος Barack Obama έχει υποσχεθεί να εισαγάγει ένα σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης για να μειώσει τον αριθμό ανασφάλιστων και για να ασφαλίσει όλους τους πολίτες μέχρι το τέλος του πρώτου

6.4 Σύστημα Υγείας Κίνας

Η Κίνα αναλαμβάνει μια μεταρρύθμιση στο καθολικό υγειονομικό σύστημα της. Το νέο αγροτικό συνεταιριστικό σύστημα ιατρικής φροντίδας (NRCMCS), είναι μια νέα πρωτοβουλία του 2005 για να εξεταστεί το υγειονομικό σύστημα, που προορίζεται ιδιαίτερα για να το καταστήσει πιο προσιτό για τους φτωχούς αγρότες. Κάτω από το NRCMCS, το ετήσιο κόστος της ιατρικής κάλυψης είναι 50 γουαν (US\$7) ανά άτομο.

Από αυτόν, 20 γουαν πληρώνονται μέσα από την κεντρική κυβέρνηση, 20 γουαν από την επαρχιακή κυβέρνηση και μια συμβολή 10 γουαν γίνονται από τον ασθενή. Τον Σεπτέμβριο του 2007, περίπου 80% ολόκληρου του αγροτικού πληθυσμού της Κίνας είχε υπογράψει (περίπου 685 εκατομμύρια άνθρωποι). Εάν οι ασθενείς πάνε σε ένα μικρό νοσοκομείο ή μια κλινική στην τοπική πόλη τους, το σχέδιο θα καλύψει το 70-80% και εάν χρειάζονται την ειδική βοήθεια σε ένα μεγάλο σύγχρονο νοσοκομείο πόλεων, πρέπει να επιβαρυνθούν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους οι ίδιοι. Το σχέδιο θα κάλυπτε περίπου το 30% του κόστους.

Στις 21 Ιανουαρίου 2009, η Κινεζική κυβέρνηση ανήγγειλε ότι συνολικά 850 δισεκατομμύρια γουαν θα παρασχεθούν μεταξύ 2009 και 2011 προκειμένου να βελτιωθεί το υπάρχον υγειονομικό σύστημα.

6.5 Σύστημα Υγείας Ινδίας

Η Ινδία οργανώνει το καθολικό υγειονομικό σύστημα από τις τοπικές (κράτος ή εθνοφρουρός), κυβερνήσεις. Τα κυβερνητικά νοσοκομεία, μερικά από τα οποία είναι μεταξύ των καλύτερων νοσοκομείων στην Ινδία, παράσχουν ιατρική περίθαλψη με έξοδα φορολογούμενων.

Τα περισσότερα φάρμακα προσφέρονται δωρεάν σε αυτά τα νοσοκομεία. Τα περισσότερα κυβερνητικά νοσοκομεία δεν απαιτούν την πληρωμή από τους ανθρώπους που βρίσκονται κάτω από το όριο ένδειας, την απόδειξη της υπηκοότητας ή την αρμοστέια. Τα κυβερνητικά νοσοκομεία σε μερικά μέρη της χώρας και μερικά ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά (συμπεριλαμβανομένης της διδασκαλίας) νοσοκομεία αναθέτουν σε μια ονομαστική αμοιβή για να αποτρέψουν την κατάχρηση του συστήματος.

Τα περισσότερα νοσοκομεία χρησιμοποιούν έναν ετήσιο προϋπολογισμό που διατίθεται από την κυβέρνηση, και δεν στηρίζονται στη μεμονωμένη τιμολόγηση. Αυτά τα νοσοκομεία παρέχουν επίσης τις καλύτερες συνθήκες (όπως τα ιδιωτικά κλιματιζόμενα δωμάτια) εάν ο ασθενής μπορεί να αντέξει οικονομικά να πληρώσει. Εντούτοις, χρεώνουν λιγότερο από συγκρίσιμα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η αρχική υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία πόλεων και περιοχής και τα αγροτικά αρχικά κέντρα υγείας. Αυτά τα νοσοκομεία παρέχουν την επεξεργασία χωρίς κόστος.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στρέφεται στην ανοσοποίηση, την πρόληψη του υποσιτισμού, την εγκυμοσύνη, τη γέννηση παιδιών, τη μεταγεννητική περίθαλψη, και τη θεραπεία των κοινών ασθενειών. Τα αρχικά κέντρα υγείας επανδρώνονται από ιατρούς παθολόγους (παθολόγοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης), τις νοσοκόμες και τις μαίες που εκπαιδεύονται στην εργασία και την παράδοση. Οι ασθενείς που λαμβάνουν την εξειδικευμένη προσοχή ή έχουν περίπλοκες ασθένειες αναφέρονται στα δευτεροβάθμια και τριτογενή νοσοκομεία (που βρίσκονται στην έδρα περιοχής και κράτους).

6.6 Σύστημα Υγείας Ισραήλ

Στο Ισραήλ, ο εθνικός νόμος ασφάλειας υγείας (ή εθνικός νόμος ασφάλειας υγείας) είναι το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει και διευκολύνει τη βασική, υποχρεωτική καθολική υγειονομική περίθαλψη.

Ο νόμος τέθηκε σε ισχύ από τη Κνεσέτ την 1η Ιανουαρίου 1995, και βασίστηκε στις συστάσεις που υποβλήθηκαν από μια εθνική επιτροπή έρευνας που εξέτασε την αναδόμηση του υγειονομικού συστήματος στο Ισραήλ προς το τέλος της δεκαετίας του '80. Πριν από αυτό το νόμο' η μετάβαση περίπου 85% του πληθυσμού καλύφθηκε εθελοντικά και ανήκει σε μια από τις τέσσερις σε εθνικό επίπεδο, οργανώσεις συντήρησης υγείας οι οποίες είναι μη κερδοσκοπικές (HMOs/ταμεία ασθενών). Εντούτοις, υπήρξαν τρία προβλήματα που συνδέθηκαν με αυτήν την ρύθμιση. Κατ' αρχάς, η ιδιότητα μέλους στο μεγαλύτερο HMO, Clalit, ένα άλλο απαραίτητο είναι να ανήκουν στην οργάνωση εργασίας Histadrut, ακόμα κι αν ένα πρόσωπο δεν επιθύμησε (ή μπόρεσε) να έχει έναν τέτοιο συνεταιρισμό ενώ άλλο HMOs περιόρισε την είσοδο στα νέα μέλη βασισμένη στην ηλικία η τους

προϋπάρχοντες όρους ή άλλους παράγοντες. Δεύτερον, διαφορετικό ΗΜΟs παρέχει τα διαφορετικά επίπεδα κάλυψης ή υπηρεσιών στα μέλη τους και ήταν τελικά το προαναφερθέν ζήτημα με το οποίο ένα ορισμένο ποσοστό του πληθυσμού, αν και μικρός, δεν είχε κάλυψη ασφάλειας υγείας καθόλου.

Προτού να τεθεί ο νόμος σε ισχύ, όλο το ΗΜΟs συνέλεξε τα ασφαλιστρα άμεσα από τα μέλη. Εντούτοις, επάνω στη μετάβαση του νόμου, ένας νέος προοδευτικός εθνικός φόρος ασφάλειας υγείας επιβλήθηκε μέσω Israel' (κοινωνικό πρακτορείο ασφαλείας) που ανακατανέμει έπειτα τις εισπράξεις στο βασισμένο στην ιδιότητα μέλους τους και το δημογραφικό makeup του. Αυτό εξασφάλισε ότι όλοι οι πολίτες θα είχαν τώρα την κάλυψη υγείας. Ενώ η ιδιότητα μέλους σε ένα από το ΗΜΟs έγινε τώρα υποχρεωτική για όλους, η ελεύθερη επιλογή εισήχθη στην κυκλοφορία των μελών μεταξύ ΗΜΟs (μια αλλαγή επιτρέπεται μία φορά το χρόνο), κάνοντας αποτελεσματικά τα διάφορα ΗΜΟs να ανταγωνίζονται εξίσου μεταξύ τους για τα μέλη μεταξύ του λαού.

Ετησίως, μια επιτροπή που διορίζεται από τον υπουργό Υγείας δημοσιεύει ένα basket" ή ομοίμορφη συσκευασία των ιατρικών υπηρεσιών και του τυπικού συνταγών που όλα τα ΗΜΟs πρέπει να παρέχουν ως ελάχιστη υπηρεσία σε όλα τα μέλη τους. Επιτυγχάνοντας το επίπεδο ισότητας που εξασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες είναι εγγυημένοι ότι θα λάβουν τη βασική υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από το συνεταιρισμό ΗΜΟ τους .

6.7 Σύστημα Υγείας Σιγκαπούρης

Η Σιγκαπούρη έχει ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα όπου η κυβέρνηση εξασφαλίζει δυνατότητα προσέγγισης, κατά ένα μεγάλο μέρος μέσω της υποχρεωτικών αποταμίευσης και των ελέγχων τιμών, ενώ ο ιδιωτικός τομέας παρέχει την περισσότερη προσοχή. Τα γενικά έξοδα στην υγειονομική περίθαλψη ανέρχονται σε μόνο 3% του ετήσιου ΑΕΠ. Από αυτόν, 66% προέρχεται από τις ιδιωτικές πηγές.

Η Σιγκαπούρη έχει αυτήν την περίοδο το χαμηλότερο δείκτη θνησιμότητας νηπίων στον κόσμο (που είναι ίσο μόνο από την Ισλανδία) και μεταξύ των υψηλότερων υπολογιζόμενων διαρκειών ζωής από τη γέννηση, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Επίσης έχει ένα από τα επιτυχέστερα υγειονομικά συστήματα στον κόσμο, και από την άποψη της αποδοτικότητας στη χρηματοδότηση

και των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται στις κοινοτικές εκβάσεις υγείας. Σύμφωνα με μια ανάλυση από τη συμβουλευτική εταιρεία Watson Wyatt.

Το σύστημα της Σιγκαπούρης έχει συνδυασμό υποχρεωτικής αποταμίευσης από τις αφαιρέσεις μισθοδοτικών καταστάσεων (που χρηματοδοτούνται και από τους εργοδότες και από τους εργαζομένους) και τις κυβερνητικές επιδοτήσεις, καθώς επίσης και ρυθμίζοντας την παροχή και τις τιμές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα για να κρατήσει τον έλεγχο στις δαπάνες. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα έχουν περιγραφεί ως ενδεχομένως πολύ δύσκολο σύστημα

Πολλοί Σιγκαπούριοι έχουν επίσης τη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλεια υγείας (που παρέχεται συχνά από τους εργοδότες) για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την κυβέρνηση.

6.8 Σύστημα Υγείας Φιλανδίας

Στη Φινλανδία, οι δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες στις κλινικές και τα νοσοκομεία οργανώνονται από τους δήμους (τοπική κυβέρνηση) και χρηματοδοτούνται 76% από τη φορολογία, 20% από τους ασθενείς μέσω των δαπανών πρόσβασης, και 4% από άλλες. Η ιδιωτική παροχή είναι κυρίως στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπάρχουν μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα κύρια νοσοκομεία είτε είναι κύρια (χρηματοδοτημένος από τους τοπικούς φόρους) είτε τρέχοντα από τα ιατρικά πανεπιστήμια διδασκαλίας (που χρηματοδοτούνται από κοινού από τους δήμους και την εθνική κυβέρνηση). Σύμφωνα με μια έρευνα που δημοσιεύεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2000, είναι στα κορυφαία 4 των χωρών της ΕΕ από την άποψη της ικανοποίησης με το σύστημα προσοχής νοσοκομείων τους: 88% των φινλανδικών εναγομένων είναι ικανοποιημένοι έναντι του μέσου όρου της ΕΕ 41.3%.

Οι Φινλανδικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης είναι κάτω του ευρωπαϊκού μετρίου. Ο ιδιωτικός ιατρικός τομέας αποτελεί περίπου 14 τοις εκατό των συνολικών εξόδων υγειονομικής περίθαλψης. Μόνο 8% των γιατρών επιλέγουν να λειτουργήσουν στο ιατρείο, και μερικοί από αυτούς επιλέγουν επίσης να κάνουν κάποια εργασία στο δημόσιο τομέα. Η φορολογική χρηματοδότηση είναι εν μέρει τοπική και εν μέρει εθνικά βασισμένη.

Το εθνικό όργανο ΚΕΛΑ κοινωνικής ασφάλειας επιστρέφει σε μέρος των δαπανών συνταγών ασθενών και έχει μια συμβολή προς τις ιδιωτικές ιατρικές δαπάνες (συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής) εάν επιλέγουν να αντιμετωπιστούν στον ιδιωτικό τομέα παρά το δημόσιο τομέα. Οι υπομονετικές δαπάνες πρόσβασης υπόκεινται στα ετήσια καλύμματα. Παραδείγματος χάριν GP κόστος €11 επισκέψεων ανά επίσκεψη με ετήσιο €33 ΚΑΠ επεξεργασία €22 εξωτερικών ασθενών νοσοκομείων ανά επίσκεψη μια παραμονή νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων, της ιατρικής φροντίδας και των φαρμάκων €26 ανά 24 ώρες, ή €12 εάν σε ένα ψυχιατρείο. Αφότου έχει ξοδεψει ένας ασθενής €590 το χρόνο στις δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών συνταγών), όλα η η επεξεργασία και τα φάρμακα έκτοτε σε εκείνο το έτος είναι ελεύθερες.

6.9 Σύστημα Υγείας Γερμανίας

Η Γερμανία έχει το world' παλαιότερο καθολικό υγειονομικό σύστημα, με την προέλευση που χρονολογείται από τον Otto von Bismarck' (νόμος ασφάλειας υγείας του s 1883). Σαν υποχρεωτική ασφάλεια υγείας, ίσχυσε αρχικά μόνο για τους χαμηλού εισοδήματος εργαζομένους και ορισμένους κυβερνητικούς υπαλλήλους, αλλά έχει επεκταθεί βαθμιαία για να καλύψει ουσιαστικά τον ολόκληρο πληθυσμό. Αυτήν την περίοδο 85% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα βασικό (Νομική υγεία Insurance) σχέδιο, το οποίο παρέχει το τυποποιημένο επίπεδο κάλυψης. Το υπόλοιπο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλεια υγείας, η οποία προσφέρει συχνά τα πρόσθετα οφέλη. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το υγειονομικό σύστημα της ήταν 77% της κυβέρνησης και 23% που χρηματοδοτήθηκε ιδιαιτέρως από το 2004.

Η κυβέρνηση επιστρέφει μερικώς στις δαπάνες για τους χαμηλόμισθους εργαζομένους, των οποίων τα ασφαλιστρα καλύπτονται σε μια προκαθορισμένη αξία.

Οι υψηλότερα αμειβόμενοι εργαζόμενοι πληρώνουν ένα ασφαλιστρο βασισμένο στο μισθό τους. Μπορούν επίσης να επιλέξουν την ιδιωτική ασφάλεια, η οποία είναι γενικά ακριβότερη, αλλά η τιμή της οποίας μπορεί να ποικίλει βασισμένη στην ατομική κατάσταση της υγείας. Η αποζημίωση είναι σε μια βάση αμοιβή-για-υπηρεσίες αλλά ο αριθμός παθολόγων που επιτρέπεται για να δεχτεί τη νομική ασφάλεια υγείας σε ένα δεδομένο σύνολο τοπικής προσαρμογής ρυθμίζεται από την

κυβέρνηση και τις επαγγελματικές κοινωνίες. Η προσοχή που παρέχεται όπως από τις οργανώσεις συντήρησης υγείας, έχει απαγορευθεί από τη δεκαετία του '30, αλλά έχει επανεξεταστεί πρόσφατα ως μηχανισμός συγκράτησης δαπανών.

Το μέσο μήκος της παραμονής νοσοκομείων στη Γερμανία έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια από 14 ημέρες σε 9 ημέρες, ακόμα αρκετά περισσότερο από τις μέσες παραμονές στις ΗΠΑ (5 έως 6 ημέρες) μέρος της διαφοράς είναι ότι η κύρια εκτίμηση για την αποζημίωση νοσοκομείων είναι ο αριθμός ημερών νοσοκομείων σε αντιδιαστολή με τις διαδικασίες ή τη διάγνωση. Οι δαπάνες φαρμάκων έχουν αυξηθεί αισθητά, αυξηση σχεδόν 60% από το 1991 μέχρι το 2005. Παρά τις προσπάθειες να περιληφθούν οι δαπάνες, οι γενικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανήλθαν σε 10.7% του ΑΕΠ το 2005, συγκρίσιμος με άλλα δυτικοευρωπαϊκά έθνη, αλλά ουσιαστικά λιγότερο από αυτό που ξοδεύτηκε στις ΗΠΑ (σχεδόν 16% του ΑΕΠ).

6.10 Παράδειγμα Κάτω Χωρών

Οι Κάτω Χώρες έχουν ένα διπλό-ισόπεδο σύστημα. Όλη η πρωτοβάθμια και θεραπευτική περίθαλψη (δηλ. η υπηρεσία οικογενειακών γιατρών και τα νοσοκομεία και κλινικές) χρηματοδοτείται από την ιδιωτική υποχρεωτική ασφάλεια. Μακροπρόθεσμη προσοχή για τους ηλικιωμένους, ο θάνατος, το μακροπρόθεσμο διανοητικά - το ανεπαρκές κ.λπ. καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλεια που χρηματοδοτείται από τη φορολογία. Σύμφωνα με το cWho, το υγειονομικό σύστημα στις Κάτω Χώρες ήταν 62% χρηματοδοτημένη από την κυβέρνηση και 38% που χρηματοδοτήθηκε ιδιαιτέρως από το 2004.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να προσφέρουν σε έναν πυρήνα την καθολική ασφαλιστική συσκευασία για την καθολική πρωτοβάθμια, θεραπευτική περίθαλψη που περιλαμβάνει το κόστος όλων των φαρμάκων.. Πρέπει να κάνουν αυτό σε μια σταθερή αξία για όλους. Το ίδιο ασφαλιστρο πληρώνεται είτε είναι κανείς νέος είτε γέρος, υγιής είτε άρρωστος.

Είναι παράνομο στις Κάτω Χώρες για τους ασφαλιστές να απορριφτεί μια αίτηση για την ασφάλεια υγείας, για να επιβάλει τους πρόσθετους όρους (π.χ. αποκλεισμοί, deductables, ομο-αμοιβή κ.λπ. ή να αρνηθούν να χρηματοδοτήσει τις επεξεργασίες που ένας γιατρός έχει αποφασίσει για να είναι ιατρικά απαραίτητος). Το

σύστημα είναι 50% που χρηματοδοτείται από τους φόρους επί του συνολικού μισθού που πληρώνονται από τους εργοδότες σε ένα κεφάλαιο που ελέγχεται από το ρυθμιστή υγείας.

Το υπόλοιπο 45% συλλέγεται ως ασφάλιστρα που πληρώνονται από τους ασφαλισμένους άμεσα στην ασφαλιστική εταιρεία. Μερικοί εργοδότες διαπραγματεύονται τον όγκο εξετάσεων στους ασφαλιστές υγείας και μερικοί πληρώνουν ακόμη και τα ' ασφάλιστρα ως όφελος απασχόλησης). Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες λαμβάνουν την πρόσθετη χρηματοδότηση από το regulator' κεφάλαιο τους.

Ο ρυθμιστής έχει την εικόνα των αξιώσεων που γίνονται από τους ασφαλισμένους και επομένως μπορεί να ανακατανείμει τα κεφάλαιά που κρατά βάσει των σχετικών αξιώσεων που γίνονται από τους πολιτικούς κατόχους. Κατά συνέπεια οι ασφαλιστές με υψηλά ασφάλιστρα θα λάβουν περισσότερα οφέλη από εκείνους που πληρώνουν χαμηλότερα ασφάλιστρα..

Οι ασφαλιστικές εταιρείες ανταγωνίζονται η μια με την άλλη στην αξία του 45% του άμεσου μέρους ασφαλίστρου της χρηματοδότησης και προσπαθούν να διαπραγματευτούν με τα νοσοκομεία για να κρατήσουν τις δαπάνες χαμηλές και την ποιότητα υψηλή.

Ο ρυθμιστής ανταγωνισμού χρεώνεται με τον έλεγχο για την κατάχρηση των κυρίαρχων θέσεων αγοράς και τη δημιουργία των καρτέλ που ενεργούν ενάντια στα καταναλωτικά ενδιαφέροντα. Ένας ασφαλιστικός ρυθμιστής εξασφαλίζει ότι όλες οι βασικές πολιτικές έχουν τους ίδιους κανόνες κάλυψης έτσι ώστε κανένα πρόσωπο δεν αδικείται από την επιλογή του/της ασφαλιστή.

Τα νοσοκομεία στις Κάτω Χώρες είναι επίσης ρυθμισμένα και επιθεωρημένα αλλά είναι συνήθως ιδιωτικά όπως είναι πολλές από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν που θέλουν να αντιμετωπιστούν και έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες από το διαδίκτυο για την απόδοση και επίσης να περιμένουν τους χρόνους σε κάθε νοσοκομείο. Οι ασθενείς δυσαρεστημένοι με τον ασφαλιστή και την επιλογή νοσοκομείου τους μπορούν να ακυρώσουν οποιαδήποτε στιγμή αλλά πρέπει να κάνουν μια νέα συμφωνία με έναν άλλο ασφαλιστή.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να προσφέρουν τις πρόσθετες υπηρεσίες με πρόσθετο κόστος επιπλέον του καθολικού συστήματος που καθορίζεται από το ρυθμιστή, π.χ. για την οδοντική προσοχή. Το τυποποιημένο μηνιαίο ασφάλιστρο για την υγειονομική περίθαλψη που πληρώνεται από τους μεμονωμένους ενήλικους είναι

100€ το μήνα. Τα πρόσωπα στα χαμηλά εισοδήματα μπορούν να πάρουν τη βοήθεια από την κυβέρνηση εάν δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά αυτές τις πληρωμές.

6.11 Σύστημα Υγείας Αυστραλίας

Το σύστημα Medicare εισήχθη στην Αυστραλία από τη κυβέρνηση Εργατικών Whitlam την 1η Ιουλίου 1975 μέσω του νόμου το 1973 περί ασφάλειας υγείας. Η αυστραλιανή Σύγκλητος απέρριψε τους πολλαπλάσιους χρόνους αλλαγών και τους πέρασαν μόνο μετά από μια κοινή συνεδρίαση μετά από την εκλογή διάλυσης του 1974. Ακόμα το σύστημα Medicare έχει υποστηριχθεί από τις επόμενες κυβερνήσεις και έγινε ένα κύριο χαρακτηριστικό του τοπίου δημόσια πολιτικής της Αυστραλίας. Η ακριβής δομή του Medicare, από την άποψη του μεγέθους της επιστροφής στους γιατρούς και τα νοσοκομεία και του τρόπου που έχει διαχειριστεί, ποικίλει κατά τη διάρκεια των ετών.

Το αρχικό Medicare πρόγραμμα πρότεινε ότι 35% επιβάλλουν (με τις απαλλαγές χαμηλού εισοδήματος) αλλά αυτοί οι λογαριασμοί απορρίφθηκαν από τη Σύγκλητο, και έτσι Medicare χρηματοδοτήθηκε αρχικά από τη γενική φορολογία. Τον Οκτωβρίου 1976, η κυβέρνηση Fraser εισήγαγε μια επιβολή 2.5%. Το πρόγραμμα τώρα ονομαστικά χρηματοδοτείται από μια προσαύξηση φόρου εισοδήματος γνωστή ως Medicare επιβολή, η οποία θέτει αυτήν την περίοδο κατά 1.5% με τις απαλλαγές για τους εργαζομένους χαμηλού εισοδήματος.

Υπάρχει μια πρόσθετη επιβολή 1.0%, γνωστή ως Medicare προσαύξηση επιβολής, για εκείνους στα υψηλά ετήσια έσοδα (\$50.000) που δεν έχουν τα επαρκή επίπεδα ιδιωτικής κάλυψης νοσοκομείων. Αυτό ήταν μέρος μιας προσπάθειας από την προηγούμενη ομοσπονδιακή κυβέρνηση συνασπισμού να ενθαρρυνθεί η λήψη της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας. Σύμφωνα με το Who η κυβέρνηση χρηματοδοτεί το 67.5% δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Το 2004 οι ιδιωτικές πηγές κάλυψαν το υπόλοιπο 32.5% των δαπανών.

Σύμφωνα με το Who, οι κυβερνητικές πηγές κάλυψαν 77.4% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης της Νέας Ζηλανδίας το 2004 ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες κάλυψαν το υπόλοιπο 22.6%.

Η καθολική υγειονομική περίθαλψη στις περισσότερες χώρες έχει επιτευχθεί από ένα μικτό πρότυπο της χρηματοδότησης. Το γενικό φορολογικό εισόδημα είναι η πρωταρχική πηγή της χρηματοδότησης, αλλά σε πολλές χώρες συμπληρώνεται από τις συγκεκριμένες επιβολές (που μπορούν να χρεωθούν στο άτομο ή/και έναν εργοδότη) ή με την επιλογή των ιδιωτικών πληρωμών (είτε κατευθύνετε είτε μέσω της προαιρετικής ασφάλειας) για τις υπηρεσίες πέρα από αυτήν που καλύπτεται από το δημόσιο σύστημα. Σχεδόν όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα χρηματοδοτούνται μέσω ενός μίγματος των δημόσιων και ιδιωτικών συνεισφορών.

Η πλειοψηφία των καθολικών υγειονομικών συστημάτων χρηματοδοτείται πρώτιστα από τα φορολογικά έσοδα (π.χ. Πορτογαλία). Μερικά έθνη, όπως η Γερμανία, η Γαλλία και η Ιαπωνία χρησιμοποιούν ένα σύστημα πολυ-πληρωτών στο οποίο η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τις ιδιωτικές και δημόσιες συνεισφορές. Μια διάκριση γίνεται επίσης μεταξύ της δημοτικής και εθνικής χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης.

Παραδείγματος χάριν, ένα πρότυπο είναι ότι ο όγκος της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από το δήμο, η υγειονομική περίθαλψη ειδικότητας παρέχεται και χρηματοδοτείται ενδεχομένως από μια μεγαλύτερη οντότητα, όπως ένας δημοτικός πίνακας συνεργασίας ή το κράτος, και τα φάρμακα πληρώνονται από μια δημόσια υπηρεσία. Τα καθολικά υγειονομικά συστήματα είναι συγκρατημένα ανακατανομικά. Η προοδευτικότητα της χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης έχει περιορίσει τις επιπτώσεις στη γενική εισοδηματική ανισότητα.

Η υγειονομική περίθαλψη χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες για να περιγράψει έναν μηχανισμό χρηματοδότησης που συναντά τις δαπάνες ιατρικής φροντίδας από ένα ενιαίο κεφάλαιο. Αν και ο κάτοχος κεφαλαίων είναι συνήθως η κυβέρνηση, μερικές μορφές ενιαίος-πληρωτή χρησιμοποιούν ένα δημόσιο -ιδιωτικό σύστημα.

Μερικές χώρες (ειδικότερα το Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία και Ισπανία) έχουν αποβάλει την ασφάλεια εξ ολοκλήρου και επιλέγουν να χρηματοδοτήσουν περίθαλψη άμεσα από τη φορολογία. Άλλες χώρες με την ασφάλεια βασισμένη στο σύστημα συναντούν αποτελεσματικά το κόστος εκείνων που είναι ανίκανοι να ασφαλιστούν μέσω των ρυθμίσεων κοινωνικής ασφάλισης που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία, είτε άμεσα να πληρώσουν τους ιατρικούς λογαριασμούς τους είτε με την πληρωμή για τα ασφάλιστρα .

Αυτό επιβάλλεται συνήθως μέσω της νομοθεσίας που απαιτεί από τους κατοίκους να αγοράσουν την ασφάλεια, αν και μερικές φορές, στην πραγματικότητα, η κυβέρνηση παρέχει την ασφάλεια. Μερικές φορές μπορεί να υπάρξει μια επιλογή διάφορων κεφαλαίων που χορηγούν μια βασική υπηρεσία (π.χ. όπως στη Γερμανία) ή μερικές φορές ακριβώς ένα ενιαίο κονδύλιο (όπως στον Καναδά).

Σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες όπου υπάρχει ιδιωτική ασφάλεια και καθολική υγειονομική περίθαλψη, όπως η Γερμανία, Βέλγιο, και την Ολλανδία, το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής (δείτε την ιδιωτική ασφάλεια κατωτέρω) υπερνικάται χρησιμοποιώντας μια λίμνη αποζημιώσεων κινδύνου για να εξισώσει, όσο το δυνατόν περισσότερο, τους κινδύνους μεταξύ των κεφαλαίων. Κατά συνέπεια ένα κεφάλαιο με έναν κυρίως υγιή, νεότερο πληθυσμό πρέπει να πληρώσει σε μια λίμνη αποζημιώσεων και ένα κεφάλαιο με έναν παλαιότερο και κυρίως λιγότερο υγιή πληθυσμό θα ελάμβανε τα κεφάλαια από τη λίμνη. Κατά αυτόν τον τρόπο, τα κεφάλαια ασθένειας ανταγωνίζονται στην τιμή και δεν υπάρχει κανένα πλεονέκτημα για να αποβάλει τους ανθρώπους με τους υψηλότερους κινδύνους επειδή αντισταθμίζονται με τη βοήθεια των ρυθμισμένων πληρωμών κεφαλικού φόρου.

Τα ταμεία δεν επιτρέπονται για να επιλέξουν και να επιλέξουν τους ασφαλισμένους τους ή να αρνηθούν την κάλυψη, αλλά αφ' ετέρου ανταγωνίζονται κυρίως στην τιμή και την υπηρεσία. Σε μερικές χώρες το βασικό επίπεδο κάλυψης τίθεται από την κυβέρνηση και δεν μπορεί να τροποποιηθεί. Η κυβέρνηση άνοιξε αργότερα VHI στον ανταγωνισμό αλλά χωρίς μια λίμνη αποζημιώσεων. Αυτό οδήγησε στις ξένες ασφαλιστικές εταιρείες που μπαίνουν στην ιρλανδική αγορά και που προσφέρουν τη φτηνή ασφάλεια υγείας στους σχετικά υγιείς τομείς της αγοράς που πραγματοποίησε έπειτα έξοχα κέρδη.

Η κυβέρνηση επανεισήγαγε αργότερα την κοινοτική εκτίμηση μέσω ρύθμισης συγκέντρωσης και τουλάχιστον μιας κύριας σημαντικής ασφαλιστικής εταιρείας. Στις χώρες με την καθολική κάλυψη, η ιδιωτική ασφάλεια συχνότερα χρησιμοποιείται ως συμπλήρωμα, που καλύπτει η υπηρεσία δικτύου ασφαλείας, τα παραδείγματα περιλαμβάνουν την εκλεκτορική αισθητική χειρουργική και τις πρόσθετες ανέσεις όπως τα ιδιωτικά δωμάτια. Όπου η εθελοντική ασφάλεια (συχνά ιδιωτική) είναι κυρίαρχη, όπως στις ΗΠΑ, η ιατρική ασφάλεια (υγείας) υπόκειται στο γνωστό οικονομικό πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής που μπορεί επίσης να αναφερθεί ως αποτυχία αγοράς. Η δυσμενής επιλογή στις ασφαλιστικές αγορές εμφανίζεται επειδή εκείνοι που παρέχουν την ασφάλεια έχουν περιορισμένες πληροφορίες με τις οποίες

μπορεί να υπολογίσει τους κινδύνους για την υγεία στους οποίους να πρέπει να πληρώσουν τις μελλοντικές αξιώσεις.

Στους απλούς όρους, εκείνα με τη φτωχή υγεία είναι πιθανότερο να υποβάλουν αίτηση για την ασφάλεια και πιθανότερο να χρειαστούν τις θεραπείες που απαιτούν υψηλά payouts ασφαλιστικής εταιρείας. Εκείνοι με τις καλές υγείες μπορούν να βρουν το κόστος της ασφάλειας πάρα πολύ υψηλό για το αντιληπτό όφελος, και μερικοί θα αφαιρεθούν από τη λίμνη κινδύνου.

Στην πραγματικότητα, η δυνατότητα για τη δυσμενή επιλογή σημαίνει ότι οι ιδιωτικοί ασφαλιστές έχουν ένα οικονομικό κίνητρο για να χρησιμοποιήσουν την ιατρική ασφάλιση. Μεταξύ της δυνατότητας οι λύσεις που προϋποτίθενται από τους οικονομολόγους είναι τα ενιαία συστήματα πληρωτών καθώς επίσης και άλλες μέθοδοι ότι η ασφάλεια υγείας είναι καθολική, όπως με την απαίτηση όλων των πολιτών για να αγοραστεί η ασφάλεια και τον περιορισμό της δυνατότητας των ασφαλιστικών εταιρειών να αρνηθούν την ασφάλεια στα άτομα ή να ποικίλουν την τιμή μεταξύ των ατόμων.

Τα υγειονομικά συστήματα αντιμετωπίζουν σε όλο τον κόσμο τις προκλήσεις ικανότητας υποστήριξης που μπορούν να απαιτήσουν τις εκτεταμένες αλλαγές στη εθνική πολιτική κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, τα έξοδα υγείας έχουν επιταχύνει την άυξηση επι τοις εκατό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) μεταξύ των χωρών του(ΟΟΣΑ Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης). Πολλές βιομηχανικές χώρες έχουν τους γηράσκοντες πληθυσμούς, με τις προκύπτουσες αυξήσεις στη χρησιμοποίηση υγειονομικής περίθαλψης, ενώ άλλες αντιμετωπίζουν τη γρήγορη πληθυσμιακή αύξηση.

Μια πρόσφατη μελέτη, από τη σφαιρική συμβουλευτική εταιρεία PriceWaterhouseCoopers, πρόβαλε ότι τα σφαιρικά έξοδα υγειονομικής περίθαλψης θα τριπλασιάζονταν σε πραγματικά δολάρια μέχρι το 2020 έως 21% του ΑΕΠ στις ΗΠΑ και 16% του ΑΕΠ σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Εάν ένα εξουσιοδοτημένο κυβερνητικό σύστημα της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εφαρμοστεί στις ΗΠΑ παραμένει ένα πολυσυζητημένο πολιτικό θέμα. Εκείνοι που παρουσιάζονται υπέρ της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης, όπως το ανεξάρτητο ίδρυμα ιατρικής των εθνικών ακαδημιών, που έχει απαιτήσει από τις ΗΠΑ για να εφαρμόσει την καθολική υγειονομική περίθαλψη μέχρι το 2010, υποστηρίζουν ότι το τρέχον ποσοστό ασφάλισης δημιουργεί τις άμεσες και κρυμμένες δαπάνες κοινές και

ότι η επέκταση της κάλυψης δημιουργεί σε όλες χαμηλότερο κόστος και να βελτιώσει της ποιότητας

Οι Αμερικανοί έχουν μια χαμηλότερη μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής από εκείνη σε άλλα βιομηχανοποιημένα έθνη με την καθολική υγειονομική περίθαλψη, όπως η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς, και η Σουηδία. Δείκτες θνησιμότητας νηπίων παραμένουν επίσης υψηλότεροι στις ΗΠΑ, παρά τις πτώσεις στις τελευταίες δεκαετίες, και είναι υψηλότεροι από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι κριτικοί αυτού του εγχειρήματος σημειώνουν ότι υπάρχει πολύ λίγος συσχετισμός μεταξύ της υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής και της θνησιμότητας νηπίων με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω τέτοιων παραγόντων όπως την εναλλασσόμενη αιτιότητα και τις παραλλαγές με τον τρόπο που οι χώρες συλλέγουν τα στατιστικά στοιχεία τους.

Στην πραγματικότητα, οι ΗΠΑ οδήγησαν τον κόσμο στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής είκοσι έτη νωρίτερα με ουσιαστικά το ίδιο σύστημα υγείας. Μάλλον, πολλοί αναλυτές αποδίδουν τη χαμηλότερη υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής σε ένα μεγάλο κύμα στα ποσοστά παχυσαρκίας.

Οι αντίπαλοι των καθολικών προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι πρέπει να είναι ελεύθεροι να αποχωρήσουν της ασφάλειας υγείας και ότι τα κυβερνητικά προγράμματα θα απαιτούσαν τους υψηλότερους φόρους, θα αύξαναν τη χρησιμοποίηση, και θα μείωναν την ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης υποστηρίζουν ότι η απουσία ενός μηχανισμού αγοράς μπορεί να επιβραδύνει την καινοτομία στην επεξεργασία και την έρευνα, και οδηγούν στη διανομή με δελτίο της προσοχής μέσω των λιστών αναμονής.

Και οι δύο πλευρές του πολιτικού φάσματος έχουν κοιτάξει επίσης σε περισσότερα φιλοσοφικά επιχειρήματα, συζητώντας εάν οι άνθρωποι έχουν ένα θεμελιώδες δικαίωμα να παρέχουν την υγειονομική περίθαλψη στις κυβερνήσεις τους. Η έρευνα δείχνει ότι Αμερικανοί βλέπουν τις επικείμενες καλύψεις ως κορυφαία εθνική προτεραιότητα, και μια σαφή υποστήριξη πλειοψηφίας για την καθολική υγειονομική περίθαλψη.

Υπάρχει, εντούτοις, περιορισμένη υποστήριξη για τις φορολογικές αυξήσεις στη μεταρρύθμιση υγειονομικής περίθαλψης και υποστήριξης.

Κεφάλαιο 7

Αξιολόγηση του περιβάλλοντος συνεργασίας των ασφαλιστικών εταιρειών και των νοσοκομείων στην Ελλάδα

Σε πεδίο έντονου ανταγωνισμού για τις ασφαλιστικές εταιρείες μετατρέπεται σταδιακά ο κλάδος Υγείας. Οι εταιρείες θεωρώντας ότι η ζήτηση για τα προϊόντα υγείας είναι ανελαστική και αποτελεί προτεραιότητα μέχρι σήμερα κυρίως για τα μεσαία και υψηλά εισοδήματα, προχωρούν τελευταία στην προώθηση νέων προϊόντων υγείας που θα απευθύνονται και στα χαμηλότερα εισοδήματα.

Ταυτόχρονα οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αυξήσει το δίκτυο των νοσοκομείων με τα οποία είναι συμβεβλημένα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εταιρειών, το 30% των κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων καλύπτεται και πληρώνεται από ασφαλισμένους στις ιδιωτικές ασφαλιστικές, ενώ αρκετά υψηλό είναι το ποσοστό των νοσηλευομένων στις δημόσιες κλινικές.

Το τελευταίο διάστημα μάλιστα οι ιδιωτικές ασφαλιστικές βρίσκονται σε επαφή με το υπουργείο Υγείας, προκειμένου να προωθηθεί ένα παλαιότερο αίτημά τους για συνεργασία με τις δημόσιες κλινικές, με τη δέσμευση να συντηρούν ένα συγκεκριμένο τμήμα στα δημόσια νοσοκομεία ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την ξενοδοχειακή υποδομή.

Ο βασικός στόχος των ιδιωτικών ασφαλιστικών είναι να επιτευχθεί αποτελεσματικότερη νοσηλεία με ελεγχόμενες δαπάνες, καθώς, ως γνωστόν, ο λεγόμενος «ιατρικός πληθωρισμός» κινείται με ρυθμούς της τάξης του 20%-25% ετησίως τα τελευταία 5 χρόνια.

Η συσχέτιση ιδιωτικής ασφάλισης με δημόσιας ασφάλισης στα νοσοκομειακά προγράμματα είναι σημαντική προκειμένου να σχηματίσει κανείς άποψη για το πόσο οικονομικά ή όχι είναι τα προγράμματα που διαφημίζονται από τις Ασφαλιστικές εταιρείες. Σημαντική είναι και η συσχέτιση μεταξύ συμφωνιών που γίνονται από την Ένωση Ασφαλιστικών εταιρειών με τις ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία. Το μοντέλο ιδιωτικοποίησης της υγείας στις ΗΠΑ

εποφθαλμιούν τα ευρωπαϊκά κράτη. Φυσικά και η Ελλάδα. Μόνο που δεν μας έχουν καλά πληροφορήσει για τις μακροχρόνιες συνέπειές του.

Το μακρύ χέρι της ιδιωτικοποίησης ήδη απλώθηκε για τα καλά στο ΕΣΥ, τόσο στις μονάδες του (κυρίως στη διοίκηση), όσο και γύρω από αυτές, με το σύνολο των ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων υπό την υψηλή εποπτεία των ασφαλιστικών εταιρειών

(<http://www.naftemporiki.gr/news/topic.asp?id=000201&pageno=2>)

Συρρικνώνονται τα νοσοκομεία, ιατρικές μονάδες παραμένουν άχρηστες, μηχανήματα παλιώνουν και από παντού οι πρόθυμες ιδιωτικές κλινικές, απρόσιτες στα χαμηλά εισοδήματα και έτοιμες να κατασπαράξουν οικονομικά τα δημόσια νοσοκομεία. Νόμοι που μπαίνουν από το παράθυρο (όπως για παράδειγμα οι επεμβάσεις «μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα» στο χώρο των μεταμοσχεύσεων) και γενικά η διευκόλυνση των μεγάλων ιδιωτικών μονάδων και των ασφαλιστικών εταιρειών με υπερνοικιάσεις μηχανημάτων, μονάδων, εργαστηρίων αλλά ακόμα και ασθενών δημιουργούν τις άριστες προϋποθέσεις για την συστηματική αποδυνάμωση του ΕΣΥ. Άμεσο επακόλουθο αυτής της διαδικασίας είναι η υποβάθμιση της υγείας των πολιτών αλλά και η οικονομική τους καταστροφή.

Αυτές οι σύγχρονες τάσεις και οι κυρίαρχες πολιτικές επιλογές στην Ευρώπη παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στο 14ο Συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης για την Πολιτική Υγείας (ΙΑΗΡΕ) που έγινε στη Θεσσαλονίκη τον περασμένο Μάιο. Κοινό χαρακτηριστικό των εφαρμοζόμενων σε όλη την Ευρώπη μεταρρυθμίσεων είναι η παραδοχή ότι η μόνη δυνατή απάντηση στη σημερινή κρίση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι η δημιουργία κλίματος ανταγωνισμού και ιδιωτικοποίησή τους. Με την τακτική αυτή αποφεύγεται κάθε συζήτηση για την υποχρηματοδότηση και απαξίωση των δημόσιων υπηρεσιών από την ίδια την πολιτεία και προωθείται η παραχώρηση δημόσιων πόρων σε ιδιωτικά κερδοσκοπικά συμφέροντα με χρηματοδότηση μάλιστα από το δημόσιο προϋπολογισμό. Στη συνάντηση συζητήθηκε το βρετανικό παράδειγμα παραχώρησης δημόσιων νοσοκομείων στον ιδιωτικό τομέα, παράδειγμα που φαίνεται να ελκύει και τις ελληνικές κυβερνήσεις τόσο του ΠΑΣΟΚ όσο και της ΝΔ. Εντυπωσιακή ήταν η εισήγηση της Ida Hellander (γραμματέας των Ιατρών για ένα Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας) από τις ΗΠΑ που έγινε σε ανοιχτή συγκέντρωση στο Εργατικό Κέντρο Θεσσαλονίκης. Η μελέτη του μοντέλου των

ΗΠΑ είναι ιδιαίτερος διαφωτιστική, διότι άρχισαν να εφαρμόζουν την πολιτική της ιδιωτικοποίησης της υγείας από τη δεκαετία του '70.

Στις απόψεις που εκφράζει η κ. Hellander συμπυκνώνονται πολυετείς μελέτες 9000 επιστημόνων των ΗΠΑ που αγωνίζονται για την επαναφορά του ΕΣΥ.

Το γενικό συμπέρασμά της ήταν καταλυτικό:

Ο σημερινός φονταμενταλισμός της αγοράς της υγείας ελάχιστα πλέον γίνεται πιστευτός. Τα δύο ακραία επιχειρήματα που αναγκάζεται πλέον να χρησιμοποιεί η ίδια η αγορά είναι ότι: 1ον, τα πράγματα είναι άσκημα και μια εκτεταμένη κάλυψη των αναγκών περίθαλψης θα τίνιζε την οικονομία στον αέρα και 2ον, ενώ θα μπορούσε να καλυτερεύσει η ποιότητα της δημόσιας περίθαλψης, αυτό είναι πολιτικά αδύνατο διότι τα συμφέροντα είναι πολύ ισχυρά και η δημοκρατία πολύ αδύναμη. Κυνικά πλέον οι κερδοσκοπικοί ιδιωτικοί οργανισμοί υγείας και φαρμάκων αφού προσχώρησαν στις μεγάλες εταιρείες (χημικών, καπνού κλπ.) αλλά και τα ΜΜΕ ομολογούν ότι δεν υπάρχει λύση για τη δημόσια υγεία».

Τα πορίσματα της κ. Hellander και των συνεργατών της στηρίζονται όλα σε στατιστικές αναλύσεις και είναι πολύτιμα για τη σχετική δημόσια συζήτηση που πρέπει να γίνει και στη χώρα μας>.

- 43 εκ. Αμερικανοί είναι σήμερα ανασφάλιστοι και αντίθετα μ' ό,τι νομίζουμε τα τρία τέταρτα είναι εργαζόμενοι και παιδιά και όχι άνεργοι. Δεν υπάρχει πλέον καμιά σύνδεση του δικαιώματος στην περίθαλψη και την εργασία. Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι πληρώνουν αστρονομικά ποσά για να δικαιούνται πλήρη περίθαλψη ενώ αντίθετα οι εργοδότες δεν παρέχουν παρά μηδενικές σχεδόν καλύψεις. Οι σοβαρές και μακροχρόνιες ασθένειες αποκλείονται από τα ασφαλιστικά πακέτα με αποτέλεσμα οι χρόνια ασθενείς να μην έχουν πρόσβαση πουθενά.
- Ο μύθος της δυνατής οικονομίας που συνεπάγεται καλύτερη περίθαλψη έχει πλήρως καταρριφθεί δεδομένου ότι τα τελευταία 22 χρόνια και ειδικά στο μεγάλο μπουμ της δεκαετίας του 90 οι ανασφάλιστοι Αμερικανοί αυξήθηκαν κατά 20 εκ. Οι λευκοί μη ισπανόφωνοι εργαζόμενοι Αμερικανοί είναι βέβαια η μικρότερη σε ποσοστό ανασφαλιστών εθνοτική ομάδα, αλλά ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος από όλες τις άλλες ομάδες. Τα ποσοστά των ανασφαλιστών

εργαζόμενων περιλαμβάνουν όλη τη γκάμα των επαγγελματιών και είναι μηδενικά μόνο στους πολιτικούς εν ενεργεία.

- Ο μύθος της περίθαλψης που συνεπάγεται η σταθερή απασχόληση έχει επίσης καταρριφθεί. Παρ' όλες τις δεσμεύσεις της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, ο νόμος για την υποχρεωτική ασφάλιση των εργαζομένων και των οικογενειών τους έμεινε ανεφάρμοστος στις περισσότερες πολιτείες. Από τις εργαζόμενες γυναίκες για παράδειγμα μόνο το 32% έχει δυνατότητα ιδιωτικής περίθαλψης, το 34% συνέχισε να υπάγεται στη δημόσια με ελάχιστες καλύψεις και το 33% είναι εντελώς ανασφάλιστες. Το 51% των εργοδοτών διακόπτει την ασφάλιση υγείας μέσα στον πρώτο χρόνο, για εκείνους τους εργαζόμενους οι οποίοι καθίστανται ανίκανοι προς εργασία.
- Όσο το μέτρο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας εξαπλωνόταν στους εργαζόμενους, τόσο τα ποσοστά που πλήρωνε ο επιχειρηματίας για τους υπαλλήλους αλλά και ο εργαζόμενος αυξάνονταν ραγδαία από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Από 12% σε 33% για τις μικρές επιχειρήσεις και από 13% σε 22% για τις μεγαλύτερες. Ένας φαύλος κύκλος, όπου η δημόσια περίθαλψη συρρικνώνεται συνεχώς με αποτέλεσμα να καταφεύγουν οι εργαζόμενοι στις ιδιωτικές ασφαλιστικές, οι οποίες με τη σειρά τους συνεργάζονται με πολύ σκληρούς όρους με τις δημόσιες ιατρικές μονάδες τινάζοντάς τις κυριολεκτικά στον αέρα. Παράλληλα οι ιδιωτικές εταιρείες «στρατολογούν» συνεχώς υγιείς ενήλικες στα ιατροφαρμακευτικά τους προγράμματα αποκλείοντας τους πιο «ευάλωτους» που θα «στοιχίσουν» περισσότερο αρρωσταίνοντας κάποτε.
- Μύθος είναι και η επιλογή προγραμμάτων υγείας στις ιδιωτικές εταιρείες. Τα προγράμματα συμπιέζονται όλο και περισσότερο σε μία ή δύο επιλογές. Το 17% περίπου των ιδιωτικά ασφαλισμένων Αμερικανών κάθε χρόνο αλλάζουν προγράμματα υγείας και πάντα φυσικά με χειρότερους όρους, αρκεί να είναι λίγο οικονομικότερα. Το 50% υπάγεται τελικά στο ίδιο πρόγραμμα, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική εταιρεία, με τις ίδιες μικρές καλύψεις. Τις λιγότερες καλύψεις παρέχουν τα ομαδικά συμβόλαια που φυσικά είναι και τα πιο κερδοφόρα για τις ασφαλιστικές. Το χειρότερο δε είναι ότι τα ποσοστά θανάτων είναι συγκριτικά πολύ μεγαλύτερα στις ιδιωτικές κλινικές. Το ίδιο ισχύει και ως προς τα "ιατρικά" λάθη.

- Μύθος και ο ανταγωνισμός που θα λύσει το πρόβλημα. Όταν σε πόλεις ολόκληρες υπάρχει μόνο ένα νοσοκομείο τι είδους ανταγωνισμός μπορεί να γίνει; Για το 1/2 των πολιτών δεν τίθεται καν θέμα επιλογής. Στα δε νοσοκομεία η διοίκηση υποχρεώνει τους γιατρούς να εξετάζουν όσους περισσότερους μπορούν, με αποτέλεσμα να πέφτουν συχνά σε ιατρικά σφάλματα. Για να είναι επικερδής μία κερδοσκοπική ιατρική μονάδα χρειάζεται πάνω από 2,5 εκ. πολιτών στην περιοχή της. Μόνο όμως το 42% των Αμερικανών ζουν σε μητροπολιτικές περιοχές με τόσους κατοίκους.
- Το ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους ασφαλισμένους σε κάποια εταιρεία είναι πολύ μεγαλύτερο (21%) από τους θανάτους ασθενών που πληρώνουν απευθείας όταν αρρωστήσουν το γιατρό και το νοσοκομείο. Εάν οι Δημοκρατικοί και οι Ρεπουμπλικάνοι έσπρωχναν όλους τους πολίτες στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, όπως επιθυμούν, αυτό θα μπορούσε να σημαίνει 100.000 θανάτους περισσότερους το χρόνο, μας πληροφορούν οι ερευνητές.
- Οι ιδιωτικές εταιρείες παρέχουν λιγότερες καλύψεις σε σχέση με το δημόσιο σύστημα για κάθε δολάριο που ξοδεύουν για κάθε έναν ασφαλισμένο. Περίπου οι μισές χρεοκοπίες επιχειρήσεων αλλά κυρίως οικογενειακών προϋπολογισμών οφείλονται σε λόγους υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Και στο ποσοστό αυτό πάρα πολλοί είναι εκείνοι οι ασφαλισμένοι των οποίων η ασφάλιση δεν παρέχει κάλυψη σε κάθε είδος ασθένειας. Το δραματικό είναι ότι οι ανασφάλιστοι και οι μερικώς ασφαλισμένοι και για ορισμένο χρονικό διάστημα αποτελούν το ένα τρίτο των πολιτών στις ΗΠΑ.
- Οι ασφαλιστικές εταιρείες φαίνεται ότι δίνουν άλλη ερμηνεία στον όρο «επείγοντα». 8% με 12% των ιδιωτικά ασφαλισμένων στερούνται άμεση βοήθεια, όταν καταφεύγουν στις κλινικές, και η βοήθεια -όταν παρέχεται- καθυστερεί από 20 έως 150 λεπτά, με μοιραία αποτελέσματα για τους ασθενείς. Τα συμπτώματα εκτιμώνται συνήθως ως μη ανησυχητικά και οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν δικαιολογούν περίθαλψη στις μονάδες επειγόντων. Αντίθετα, οι ανασφάλιστοι με την ελλιπή δημόσια φροντίδα έχουν περίπου τις ίδιες πιθανότητες να γίνουν δεκτοί στις μονάδες αν ο γιατρός το κρίνει αναγκαίο, πληρώνοντας επί τόπου το κόστος περίθαλψης.
- Οι έγκυες γυναίκες στις ΗΠΑ έχουν τη λιγότερη φροντίδα, και σε μεγάλο ποσοστό μετά τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, από όλα τα ανεπτυγμένα

κράτη. Στις ανασφάλιστες δε που καλύπτονται μόνο από το κρατικό βοήθημα οι γιατροί και τα νοσοκομεία αρνούνται την περίθαλψη λόγω ευτελούς αμοιβής από το δημόσιο. Τα κινήματα κατά των εκπτώσεων τους μάραναν.

- Οι πλούσιοι γίνονται πλουσιότεροι και οι φτωχοί αρρωσταίνουν. Οι φυλετικές ανισότητες στην παιδική θνησιμότητα που στο τέλος της δεκαετίας του 60 είχαν εκλείψει μετά τους αγώνες για ίσα δικαιώματα, τώρα αυξάνονται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς. Ακόμα και οι γιατροί ή τα φαρμακεία στις γειτονιές των φτωχών μαύρων και ισπανόφωνων αδυνατούν να τους προμηθεύσουν τα στοιχειώδη.
- Το ποσοστό πολιτών κάτω από τα όρια της φτώχειας, χωρίς ιατρική περίθαλψη, στις ΗΠΑ είναι το μεγαλύτερο από όλα τα δυτικά κράτη. Κι αυτό όταν οι αμερικανοί ξοδεύουν για υπηρεσίες υγείας το μεγαλύτερο παγκοσμίως μέρος του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Τα ποσοστά θανάτων ανάμεσα στους έγχρωμους όλο και αυξάνονται και ο ρατσισμός επιστρέφει από την πόρτα της περίθαλψης. Η μόνη φροντίδα γι' αυτούς προέρχεται από τους γιατρούς που ανήκουν στις μειονότητες και επιλέγουν να φροντίσουν τους ομογενείς τους όντας ακόμα και οι ίδιοι ανασφάλιστοι.
- 300.000 κρεβάτια στα νοσοκομεία μένουν καθημερινά άδεια, ενώ το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης αφήνει εκτός το ένα τρίτο των πολιτών. Ταυτόχρονα υπάρχει τέτοιο πλεόνασμα σε υπηρεσίες που θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες και το πλεόνασμα των γιατρών αποτελεί το μόνιμο «πρόβλημα» των μάνατζερ της υγείας.
- Την ίδια στιγμή γιγαντώνεται ο στρατός των αναρίθμητων διοικητικών υπαλλήλων που στόχο έχουν να κρατούν τους αρρώστους μακριά από τις ιατρικές φροντίδες. Ενώ θα μπορούσαν να παρέχουν τα άδεια κρεβάτια των νοσοκομείων σε φτωχούς ασθενείς με ένα συμβολικό κόστος, τα κρατάνε άδεια και εμποδίζουν το υπάρχον και κατά τους ίδιους εν πολλοίς πλεονάζον και άχρηστο ιατρικό προσωπικό από το να φροντίσει στη διάρκεια της εργασίας του και κάποιους φτωχούς ασθενείς. Πανάκριβα μηχανήματα σαπίζουν στις μονάδες, ενώ οι πολίτες αδυνατούν να κάνουν ακόμα και τις στοιχειώδεις ιατρικές εξετάσεις.

- Το κέρδος στις ασφαλιστικές υγείας είναι αντιστρόφως ανάλογο με την περίθαλψη. Οι ασφαλισμένοι που ασθενούν βαριά είναι απόλυτα δυσαρεστημένοι από τη φροντίδα που τους παρέχεται, ενώ οι μόνοι ευχαριστημένοι είναι οι υγιείς που τους παρέχεται η δυνατότητα τσεκ απ σαν δέλεαρ για την υπαγωγή τους στην όποια ασφαλιστική εταιρεία.
- Όλο δε και περισσότερο κερδίζει έδαφος η επί τόπου πληρωμή ενός ασθενούς από την υπαγωγή του σε κάποιο ιδιωτικό ασφαλιστικό όμιλο. Η φροντίδα των ιδιωτικών μονάδων σταματάει εκεί που αρχίζει ένα εγκεφαλικό, μια μακροχρόνια αρρώστια αλλά κυρίως μια ψυχική ασθένεια. Όλοι αυτοί οι ασθενείς βγαίνοντας από την κλινική δυσκολεύονται περισσότερο από ασθενείς που υπάγονται στο κατακερματισμένο δημόσιο να βρουν μονάδες επανένταξης ή κατ' οίκον βοήθειας, διότι αυτά δεν περιλαμβάνονται στα ασφαλιστικά πακέτα.
- Οι ασφαλιστικές εταιρείες συνεργάζονται με τις νοσοκομειακές μονάδες που έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων. Αυτό πιστοποιείται από τους επίσημους καταλόγους της Υπηρεσίας Υγείας της Ν. Υόρκης. Εκεί αποδεικνύεται ότι οι ασφαλιστικές έχουν συμβόλαια με τις καρδιολογικές κλινικές που παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων στα χειρουργεία τους.
- Η ιδιωτική υγεία εκμηδένισε το ιατρικό λειτούργημα. Όταν οι γιατροί δουλεύουν στις ιδιωτικές κλινικές ακόμα και να θέλουν να δουν ένα μη ασφαλισμένο άρρωστο δεν μπορούν, διότι στην είσοδο του ιατρείου τους ο υπάλληλος θα ελέγξει πριν απ' όλα τη δυνατότητα του ασθενούς να πληρώσει. Το ίδιο ισχύει και για τους γιατρούς που δουλεύουν σε μη κερδοσκοπική μονάδα μια και η αμοιβή τους είναι σχεδόν υποτυπώδης. Στις ιδιωτικές μονάδες οι γιατροί στην ουσία πληρώνονται για να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Όλη δε η πολιτική των ασφαλιστικών έγκειται στο να μην υπάρχει δυνατότητα ο ίδιος γιατρός να εξετάζει τον ίδιο ασθενή. Συνεχώς τους αλλάζουν.
- Ειδικά οι ψυχίατροι ξοδεύουν περισσότερη (διπλάσια) ώρα για να δικαιολογήσουν στις ασφαλιστικές μια θεραπεία που ορίζουν σε κάποιον

ασθενή από την ώρα που εξετάζουν τον ίδιο τον ασθενή. Το χειρότερο είναι ότι οι γιατροί που επιμένουν να βοηθούν με θεραπείες και ακόμα και με εγχειρήσεις αρρώστους φτωχούς που ανήκουν σε μειονότητες μπαίνουν σε μαύρη λίστα στην αγορά εργασίας και δεν προσλαμβάνονται στις ιδιωτικές μονάδες.

- Έρευνες, θεραπείες και φάρμακα, όλα καταλήγουν στην ίδια επιχειρηματική τσέπη. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι μεγάλες χημικές-φαρμακευτικές βιομηχανίες χρηματοδοτούν πλέον τα περισσότερα ερευνητικά προγράμματα.
- Τα πανεπιστήμια πολλές φορές χρηματοδοτούνται από αυτές τις ίδιες εταιρείες και επομένως οι κατευθύνσεις στην έρευνα (για να μην πούμε τα συμπεράσματα) πρέπει να είναι αρεστές στους χρηματοδότες-εργοδότες. Στο χώρο των φαρμάκων για τον καρκίνο που είναι και πολύ ακριβά, λογοκρίνονται έρευνες, συνέδρια και μελέτες για τις επιπτώσεις των φαρμάκων αυτών με την πίεση των φαρμακευτικών εταιρειών.
- Μια από τις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες εξαγοράστηκε από μεγάλη εταιρεία τσιγάρων και κατά συνέπεια οι έρευνες για τις επιπτώσεις, αλλά και τα φάρμακα που χορηγούνται στις παθήσεις λόγω καπνίσματος, ελέγχονται άμεσα από την ίδια πηγή. Έστω κι αν οι καπνιστές εξοβελίζονται σαν μιάσματα από τους κοινόχρηστους χώρους, τόσο το χαπάκι όσο και το τσιγαράκι θα το πάρουν από την ίδια εταιρεία που τους ασφαρίζει κιόλας.
- Οι εταιρείες φαρμάκων είναι οι μεγαλύτεροι και οι πλέον επικερδείς κερδοσκοπικοί οργανισμοί στις ΗΠΑ. Οι βιομηχανίες αυτές εξασφαλίζουν συνεχώς πολιτικά μέσα για να γλιτώνουν τους φόρους. Αντί δε να δαπανούν τα ποσά των κρατικών επιδοτήσεων και φοροαπαλλαγών για τις έρευνες, τα ξοδεύουν για την ενίσχυση και διεύρυνση της πελατείας τους με αποτέλεσμα να επηρεάζεται άμεσα όλη η φαρμακευτική παραγωγή με άγνωστες συνέπειες από μη αποτελεσματικά (στην καλύτερη περίπτωση) φάρμακα.
- Οι μεγαλύτερες φοροαπαλλακτικές απάτες των τελευταίων χρόνων διαπράχθηκαν από ιατροφαρμακευτικές εταιρείες με νέους τρόπους κάθε φορά αναγκάζοντας το κράτος να προσλαμβάνει στρατιές γραφειοκρατών για ελέγχους ξοδεύοντας έτσι ποσά πολύ μεγαλύτερα από το να περιέθαλπε στοιχειωδώς τους φτωχούς πολίτες.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες περίθαλψης-φαρμάκων στις ΗΠΑ είναι ο βασικός και κύριος χρηματοδότης των κομμάτων. Ενάμισι εκ. δολάρια δόθηκαν σε προεκλογικές καμπάνιες και 83,6 εκ. δολάρια από εταιρείες φαρμάκων το 1999 για την πρόσληψη 297 ειδικών "στελεχών επιρροής" (ένας για κάθε δύο μέλη του Κογκρέσου).

Στο τέλος της επίπονης αυτής μελέτης, στην οποία συμπυκνώνονται οι έρευνες των 9000 επιστημόνων που υπερασπίζονται ένα δημόσιο σύστημα υγείας στις ΗΠΑ, συνοψίζονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής των κανόνων της αγοράς στο χώρο της υγείας:

- Τα κρατικά έξοδα για τη δημόσια υγεία είναι τα υψηλότερα από κάθε άλλο κράτος και ειδικότερα μετά την ιδιωτικοποίηση, όταν χρειάστηκε να αυξηθεί ραγδαία το διοικητικό προσωπικό για την "παρακολούθηση" των πελατών-ασθενών και των καλύψεών τους. Κατά συνέπεια το επιχείρημα της σπατάλης της δημόσιας περιουσίας με το ΕΣΥ καταρρίπτεται.

- Το φορολογικό σύστημα ουσιαστικά επιδοτεί τους πλούσιους, απαλλάσσοντάς τους από φορολογική επιβάρυνση στα ποσά που ξοδεύουν για την υγειονομική κάλυψη των υπαλλήλων τους, με αποτέλεσμα να αυξάνονται συνεχώς τα ποσοστά κρατήσεων των εργαζομένων για να καλύπτονται οι κρατικές δαπάνες.

- Το χειρότερο δε από όλα είναι ότι με την ιδιωτικοποίηση της υγείας αυξάνονται δραματικά τα ποσοστά θανάτων και μειώνεται το προσδόκιμο ζωής των πολιτών.

Οι κυρίαρχες σήμερα αντιλήψεις στηρίζονται στην αναπαραγωγή των κλασικών νεοφιλελεύθερων ιδεολογημάτων που θεωρούν ότι η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας αλλά και η λειτουργία του δημόσιου τομέα με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια αυξάνει την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, παρέχοντας παράλληλα μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής στους πολίτες, καλύτερη και γρηγορότερη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Το μοντέλο της αγοράς υγείας που προκύπτει από τις αντιλήψεις αυτές βρίσκει την πλήρη του έκφραση στις ΗΠΑ και αποτελεί το στόχο των σύγχρονων μεταρρυθμίσεων παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, όπου προβάλλεται από τους κυρίαρχους ιδεολογικοπολιτικούς μηχανισμούς με

εντυπωσιακή συναίνεση μεταξύ πολιτικών, επιστημονικών κύκλων και μέσω ενημέρωσης.

Από τις ΗΠΑ όμως έρχονται συνεχώς νέα δεδομένα, τα οποία αποδεικνύουν ότι το μοντέλο της "ελεύθερης αγοράς" στην υγεία δεν έχει τόσο ευεργετική επίδραση αλλά αντίθετα οδηγεί σε αύξηση του κόστους και της γραφειοκρατίας, σε όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και, το πιο ανησυχητικό, σε επιδείνωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (το άθροισμα δηλαδή των απευθείας πληρωμών, των εξόδων για αγορά ασφαλιστικών πακέτων υγείας, της συνεισφοράς στο κόστος και της παραοικονομικής δραστηριότητας στο χώρο της υγείας) αποτελούν βασική πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2001 το 44% των συνολικών δαπανών υγείας αφορά σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το 73,9% αυτών των δαπανών αφορούν σε απευθείας πληρωμές των χρηστών, ενώ μόλις ένα 4,4% απορροφάται από προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η χώρα μας συγκαταλέγεται στις τέσσερις χώρες με την υψηλότερη ιδιωτική δαπάνη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και τρίτη στις απευθείας πληρωμές ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας.

Παράλληλα, η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στη δομή των υπηρεσιών υγείας συνεχώς διευρύνεται. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ το 2000 ο ιδιωτικός τομέας υγείας κατείχε το 29,4% του συνόλου των κλινών της χώρας και απροσδιόριστα υψηλό ποσοστό ιατρικών μηχανημάτων, ποσοστό που ξεπερνά το 60% σε κατηγορίες μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας (Αξονικοί Τομογράφοι, Μαγνητικοί Τομογράφοι, γ-Κάμερες κ.ά). Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας παρουσιάζει έντονα χαρακτηριστικά ολιγοπώλησης της αγοράς, δρώντας στην ουσία χωρίς κανένα κρατικό έλεγχο.

Η σημερινή κατάσταση είναι αποτέλεσμα των πολιτικών παρεμβάσεων των διαδοχικών κυβερνήσεων ΠΑΣΟΚ και ΝΔ με κοινά χαρακτηριστικά την πολιτική απαξίωσης των δημόσιων υπηρεσιών και την άμεση θεσμική και οικονομική στήριξη του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα, η συνεχής υποχρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. και ιδιαίτερα η πολιτική αποδιάρθρωσης του ανθρώπινου δυναμικού του συνυπάρχει ως επιλογή με την άμεση χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα από

τα Δημόσια Ταμεία. Η εγκατάλειψη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διευκολύνει την απρόσκοπτη κατασπατάληση των δημόσιων πόρων στη βιομηχανία των διαγνωστικών κέντρων και αναπαράγει αέναα τις αιτίες και εστίες διαφθοράς σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών, δημοσίων και ιδιωτικών.

Ο μονόδρομος προς την ιδιωτικοποίηση επιταχύνεται τις μέρες μας με την προσπάθεια αποδιάρθρωσης και των δομών κοινωνικής ασφάλισης.

Ο μύθος-οδηγός του Αμερικάνικου μοντέλου άρχισε πλέον να αποκαλύπτει το εφιαλτικό του προσωπείο. Η Νέα Ορλεάνη έδειξε την τραγική κατάληξη μιας κοινωνίας όπου η κυριαρχία της κερδοσκοπίας έχει εξορίσει τις έννοιες της αλληλεγγύης και της αναφοράς στο δημόσιο – συλλογικό χώρο.

Σήμερα, οι αποτυχίες του μοντέλου της "ελεύθερης αγοράς" φέρνουν ξανά στο προσκήνιο το αίτημα και το όραμα για ένα αποκλειστικά δημόσιο σύστημα υγείας, κοινωνικά ελεγχόμενο, επαρκώς χρηματοδοτούμενο και στελεχωμένο το οποίο μπορεί και οφείλει να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε όλο τον πληθυσμό. Όπως επισημαίνει και ο David Himmelstein, καθηγητής ιατρικής στο Harvard η υγεία μας είναι ιδιαίτερα πολύτιμη, προσωπική και ευάλωτη στη διαφθορά για να την εμπιστευτούμε στην αγορά".

Σοβαρό ενδιαφέρον για τον τομέα των παιδιατρικών νοσοκομείων επιδεικνύουν τα ιδιωτικά κεφάλαια, καθώς η αυξημένη ζήτηση για ανάγκες περίθαλψης δεν καλύπτεται επαρκώς από τα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία. Στο πλαίσιο αυτό, το ΙΑΣΩ προχώρησε στη δημιουργία της ΙΑΣΩ Παίδων, επενδύοντας 26 εκατ. ευρώ, ενώ το Μητέρα προχώρησε στην ίδρυση εξειδικευμένης Παιδοκαρδιοχειρουργικής Κλινικής, δαπανώντας 6 εκατ. ευρώ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Μητέρα, ως ένα από τα παλαιότερα ιδιωτικά μαιευτήρια, είχε διαβλέψει το κενό στον τομέα αυτό και προχώρησε το 2003 στην ίδρυση θυγατρικής παιδιατρικής κλινικής που λειτουργεί ως αυτόνομη επιχείρηση. Λίγο νωρίτερα, το 2002, ιδρύθηκε η Ευρωκλινική Παίδων, η ανοδική πορεία της οποίας την κατέστησε επιχειρηματικά ελκυστική, με αποτέλεσμα στις αρχές Αυγούστου να περιέλθει μαζί με την αδελφή Ευρωκλινική στον όμιλο της Global Finance, συγκεκριμένα, στο South Eastern Europe Fund L. P. (SEEF) το οποίο συμβουλευεί η Global Finance. Με τις νέες επενδύσεις, συνολικού ύψους 32 εκατ. ευρώ, λειτουργούν σήμερα 3 ιδιωτικά παιδιατρικά νοσοκομεία, όλα

στην περιοχή της Αττικής, η συνολική δυναμικότητα των οποίων πλησιάζει τις 300 κλίνες. Αριθμός που αυξάνεται από τη συμβολή και των παιδιατρικών τομέων που είναι ενσωματωμένοι σε γενικά νοσοκομεία (<http://news.disabled.gr/?p=259>).

«Η αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην περίθαλψη, με δεδομένη την υποχώρηση της δημόσιας προσφοράς, είναι φυσικό να επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών. Ειδικά στα παιδιατρικά νοσοκομεία, ο περιορισμένος αριθμός των δημοσίων κλινών φαίνεται να συμπληρώνει την κυριαρχία του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της μαιευτικής. Βέβαια, σε αντίθεση με άλλες μορφές νοσοκομειακής περίθαλψης, ο ιδιωτικός τομέας έχει να υπερβεί έναν «πήχη ποιότητας» ο οποίος είναι αρκετά ψηλά, ειδικά στα δύο δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας», εξηγεί στην «Κ» ο κ. Λυκούργος Λιαρόπουλος, καθηγητής Οικονομίας της Υγείας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα, στελέχη της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας συγκλίνουν στην άποψη ότι αν και οι κλίνες υπερβαίνουν τις 600, η υπάρχουσα υποδομή των κρατικών παιδιατρικών νοσοκομείων δυσχεραίνει την έγκαιρη εξυπηρέτηση όλων των περιστατικών. Μάλιστα, οι λίστες αναμονής σε ραντεβού είναι τόσο μεγάλες, που συχνά η αναμονή φτάνει και τους 8 μήνες!

Μείζον θέμα, εξάλλου, είναι οι απώλειες των δημοσίων παιδιατρικών κλινικών σε επιστημονικό προσωπικό και τούτο γιατί η μεγέθυνση του ιδιωτικού τομέα υγείας απορροφάει όλο και περισσότερο ιατρικό δυναμικό, προσφέροντας συχνά μεγάλα οικονομικά κίνητρα. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ιατρών που απασχολείται στα δημόσια νοσοκομεία εφέτος είναι μικρότερος από το 2000, ενώ στελέχη της αγοράς αναφέρουν ότι στο διάστημα αυτό, ιατροί που συνταξιοδοτήθηκαν ή παραιτήθηκαν δεν αντικαταστάθηκαν πλήρως. Πρακτικά αυτό δικαιολογεί την υπερπληρότητα και την αδυναμία έγκαιρης εξυπηρέτησης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία θα πρέπει να επισημανθεί ότι συγκεντρώνουν εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό και σε περιβάλλον συνεχών εφημεριών και πυκνής ροής ασθενών σε καθημερινή βάση, παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

«Με τη σωστή διαχείριση και λειτουργία των υπαρχόντων κρεβατιών, θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν με αρκετή επάρκεια οι ασθενείς», αναφέρει ο

κ. Ανδρέας Κωνσταντόπουλος, καθηγητής Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόεδρος της Πανευρωπαϊκής Παιδιατρικής Εταιρείας και γενικός διευθυντής του ΙΑΣΩ Παίδων. Την ίδια στιγμή, όμως, δεν μπορεί να παραβλεφθεί το γεγονός ότι για εξειδικευμένες εξετάσεις τα δημόσια νοσοκομεία έχουν εξάρτηση από τα εργαστήρια άλλων δημοσίων νοσοκομείων. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι εξετάσεις για παθήσεις οστών και νεφρών που γίνονται σε πυρηνικά εργαστήρια.

Τα δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν τέτοια εργαστήρια είναι το Λαϊκό και το Αλεξάνδρας, στα οποία και στέλνουν τα παιδιατρικά νοσοκομεία σχετικές εξετάσεις, γνωρίζοντας ότι για την έκδοση των αποτελεσμάτων απαιτείται χρονικό διάστημα από 20 ημέρες ή και ένα μήνα. Σύμφωνα με τις στατιστικές μελέτες, κάθε χρόνο γεννιούνται στην Ελλάδα πάνω από 1.000 παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες, στα οποία απαιτείται επεμβατική καρδιολογική ή καρδιοχειρουργική επέμβαση.

«Τα υφιστάμενα παιδοκαρδιοχειρουργικά κέντρα της χώρας μας μπορούν να καλύπτουν ένα μέρος μόνο των επεμβάσεων, με αποτέλεσμα πάνω από 200 περιστατικά να αναγκάζονται να καταφεύγουν σε νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού, υποχρεώνοντας τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία σε μία ετήσια δαπάνη πολλών εκατομμυρίων ευρώ», αναφέρει ο πρόεδρος των Διοικητικών Συμβουλίων Υγεία - Μητέρα, κ. Κωνσταντίνος Σταύρου.

Μετά τις τελευταίες επιχειρηματικές κινήσεις και τις ανάγκες σε θέματα περίθαλψης παιδών, προκύπτει ότι η ισχύουσα κατάσταση ευνοεί την ανάπτυξη ιδιωτικών παιδιατρικών κλινικών. Σχετικά με τη συνεργασία των δημοσίων ασφαλιστικών φορέων και των ιδιωτικών παιδιατρικών, αυτό που ισχύει είναι ότι υπάρχει μερική κάλυψη. Δηλαδή, η Παιδιατρική κλινική «Μητέρα» έχει συνεργασία με δημόσια Ταμεία, η «Ευρωκλινική» εξυπηρετεί ασφαλισμένους της Interamerican, της Εθνικής, ενώ μικρότερη σχέση έχει με τα ασφαλιστικά Ταμεία, και όσον αφορά το «Ιαώ Παίδων» δεν έχει ξεκινήσει ακόμη τη συνεργασία με τους δημοσίους ασφαλιστικούς φορείς.

Οι οικονομικές δυσχέρειες αλλά και ο έντονος ανταγωνισμός επηρεάζουν αρνητικά τον κλάδο της ιδιωτικής υγείας, του οποίου μειώνονται τα κέρδη. Σημαντικά προβλήματα δημιουργήθηκαν από τις αντιπαραθέσεις μεταξύ ασφαλιστών και ιδιωτικών εταιρειών υγείας, με αποτέλεσμα η καθυστέρηση σύναψης συμφωνιών, να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα του κλάδου.

Η ανάγκη συσπείρωσης και στο χώρο των υπηρεσιών της ιδιωτικής υγείας για τη διεύθυνση των προβλημάτων του κλάδου και η ομαλοποίηση στις σχέσεις τους με τις ασφαλιστικές εταιρείες αποτελούν ορισμένα από τα σημεία αιχμής-άξονες γύρω από τους οποίους πρέπει να κινηθεί ο κλάδος, όπως επεσήμανε ο διευθυντής επικοινωνίας του Θεραπευτηρίου «Υγεία», Αργύρης Κούκας, σε συνέντευξη που παραχώρησε στη «Ν» (www.pnhp.org) <http://www.naftemporiki.gr/premium/members/login>.

Αναμφισβήτητα και τα ιδιωτικά νοσοκομεία επηρεάστηκαν από το γενικότερο κλίμα που κυριαρχεί στην αγορά τον τελευταίο καιρό. Προσωπικά, πιστεύω ότι οι απώλειες κερδών που είχαμε τον περασμένο χρόνο οφείλονται σε συγκεκριμένους λόγους. Ένα σύνολο αιτιών και συσχετισμών οδήγησε σ' αυτό το αποτέλεσμα.

Κατ' αρχάς, η γενικότερη πτώση της αγοράς, εξαιτίας κυρίως των αλλαγών που επέφερε σ' αυτήν η μετάβαση στο ευρώ, ο έντονος ανταγωνισμός που κυριάρχησε και στο δικό μας χώρο τα τελευταία χρόνια -ο οποίος τώρα παρουσιάζει σημάδια ύφεσης- αλλά και μία αδυναμία (στις αρχές του χρόνου) να έλθουμε σε συμφωνία με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Να θυμίσω ότι η συμφωνία επετεύχθη ύστερα από διαπραγματεύσεις μόλις τον περασμένο Αύγουστο, μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των περισσότερων ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά το «Υγεία», η θετική ανταπόκριση την οποία καταγράφουμε στον τομέα των υπηρεσιών της πιστεύω ότι θα ενισχυθεί τους επόμενους μήνες. Αυτό απορρέει και από μία σειρά επενδυτικών πρωτοβουλιών σε καινοτόμες υπηρεσίες, τις οποίες οι ασθενείς μας επιθυμούν να γνωρίσουν.

Δεν πιστεύω ότι στον τομέα των υπηρεσιών της υγείας υφίσταται τέτοιο θέμα. Αυτό που ασφαλώς έχει ανάγκη ο τομέας της υγείας είναι η διαρκής παρακολούθηση των εξελίξεων και των νέων δυνατοτήτων που παρέχονται στο χώρο των υπηρεσιών της υγείας, έτσι ώστε να είμαστε ανά πάσα στιγμή προετοιμασμένοι να ανταποκριθούμε στα ζωτικής σημασίας προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σήμερα. Στον τομέα αυτόν, πιστεύουμε ότι το «Υγεία» έχει καταξιωθεί στη συνείδηση του κόσμου.

Από δεκαετιών κυρίαρχο μέλημα δεν ήταν η επέκτασή μας με νέα θεραπευτήρια και ο κατακερματισμός των επενδύσεων με μικρές μονάδες ανά την ελληνική επικράτεια, αλλά οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες που προσφέρονται στο θεραπευτήριο «Υγεία».

Και αυτό επιτυγχάνεται μέσω διαρκών επενδύσεων σε υπερσύγχρονο ιατρικό υλικό, εξοπλισμένο και στελεχωμένο από υψηλής κατάρτισης επιστημονικό προσωπικό. Στο σημείο αυτό, θέλω να συμπληρώσω ότι, παρά την κάμψη των εσόδων, δεν σκεφτήκαμε να κάνουμε περικοπές στο επενδυτικό μας πρόγραμμα και έτσι, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμά μας, πιστεύω ότι στις αρχές του 2004 θα είμαστε έτοιμοι να παραδώσουμε στο κοινό, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, έναν υπερσύγχρονο τομογράφο εκπομπής ποζιτρονίων αξονικού τομογράφου (PET/TC) και το μηχάνημα Gamma Knife.

- Το «Υγεία» συνεργάζεται με υψηλού επιπέδου νοσοκομεία του εξωτερικού. Επειτα από τόσο καιρό, πώς αποτιμάτε τους καρπούς αυτής της συνεργασίας;

-Απόρροια των υψηλών προδιαγραφών που εφαρμόζουμε είναι και η αποδοχή της συνεργασίας μας με μεγάλα νοσοκομεία του εξωτερικού. Για παράδειγμα, η πρόσφατη συνεργασία μας με το Harvard Medical International είχε, μεταξύ άλλων, ως συνέπεια να βελτιώσει την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του το «Υγεία» σε όλα τα επίπεδα, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη γενικότερη εικόνα του. Αυτό συνίσταται στο ότι αυτά τα μεγάλα ιδρύματα, αντιμετωπίζοντας το «Υγεία» ισότιμα, του παρέχουν γνώσεις με κάθε λεπτομέρεια, κυρίως σε επιστημονικό επίπεδο, αυτούσια, που σε κάθε άλλη περίπτωση αυτό μεταφράζεται σε σημαντική απώλεια χρόνου και χρήματος>.

- Τον τελευταίο χρόνο, έχουν ειπωθεί πολλά για τις σχέσεις σας με τα ασφαλιστικά ταμεία. Σε ποιο στάδιο βρίσκεστε σήμερα;

-<Οφείλω να σχολιάσω ότι έχουμε επιδιώξει από κοινού με τις ασφαλιστικές στόχους που θα είναι σε όφελος των ασφαλισμένων, με αποτέλεσμα οι σχέσεις μας να βρίσκονται σε στάδιο ομαλοποίησης και πιστεύω ότι, στα επόμενα χρόνια, οι σχέσεις μας θα γίνουν ακόμα πιο δυνατές. Είναι κοινή η διαπίστωση ότι με αμοιβαίες υποχωρήσεις εξασφαλίζεται μία καλύτερης μορφής συνεργασία για κοινό όφελος. Θα ήθελα ωστόσο να επισημάνω ότι εξακολουθούν και παραμένουν ορισμένα αγκάθια ακόμα.

Όπως, για παράδειγμα, υπάρχουν ορισμένοι -λίγοι ευτυχώς- ασφαλιστές, οι οποίοι στην ουσία επιδιώκουν να «κατευθύνουν» τους ασφαλισμένους τους σε

κλινικές τις οποίες οι ίδιοι οι ασφαλιστές έχουν επιλέξει με δικά τους κριτήρια>.

<http://www.naftemporiki.gr/premium/members/login.asp>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Κατά τα επόμενα 2 - 3 χρόνια, θα υπάρξει δραστική μμεταβολή του ρυθμιστικού πλαισίου υπό το οποίο θα λειτουργούν πλέον οι ασφαλιστικές εταιρίες. Το νέο περιβάλλον θα είναι περισσότερο σύνθετο και απαιτητικό - αναμένεται να επιφέρει ριζική αναδιάρθρωση της αγοράς. Οι ασφαλιστικές εταιρίες που θα δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά και με επιτυχία στο νέο θεσμικό περιβάλλον, θα έχουν ιδιαίτερες ανάγκες για: – σύνθετα χρηματοοικονομικά προϊόντα - προκειμένου να αντισταθμίζουν τους κινδύνους ενεργητικού & παθητικού – υψηλό βαθμό εξειδίκευσης σε θέματα risk management. Η θέσπιση της Οδηγίας 2004/35/EK για την Περιβαλλοντική Ευθύνη σηματοδοτεί, πράγματι, μια νέα εποχή στη μέχρι τώρα αντιμετώπιση της υποβάθμισης του φυσικού περιβάλλοντος. Η ανάπτυξη βιώσιμων ασφαλιστικών λύσεων αποτελεί μέγιστη πρόκληση και σημαντική ευκαιρία για την ασφαλιστική βιομηχανία. Προϋποθέτει, όμως, χρόνο, εκπαίδευση, συγκροτημένη εργασία και δραστηριοποίηση όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ήτοι του Κράτους.

των επιχειρήσεων και της ασφαλιστικής αγοράς. Η Ασφαλιστική Αγορά διαθέτοντας εμπειρία και τεχνογνωσία σε ζητήματα διαχείρισης ρίσκου και καταστροφικών κινδύνων είναι πρόθυμη να συμβάλει και θα συμβάλει υποστηρικτικά στη διαχείριση του χρηματοοικονομικού κινδύνου των υπεύθυνων φορέων εκμετάλλευσης, αναλαμβάνοντας το μέρος της ευθύνης που της αναλογεί.

Η ακόλουθος είναι μια λίστα των καθολικών πλεονεκτημάτων υγειονομικής περίθαλψης - και - μειονεκτήματα όπως υποστηρίζεται από τους υποστηρικτές και τους αντιπάλους. Τα κοινά επιχειρήματα που διαβιβάζονται από τους υποστηρικτές των καθολικών υγειονομικών συστημάτων περιλαμβάνουν:

- Η υγειονομική περίθαλψη είναι το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα ή εξουσιοδότηση.
- Η εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών ωφελεί ένα έθνος οικονομικά.

- Περίπου 60% του Αμερικανικού υγειονομικού συστήματος ήδη δημόσια χρηματοδοτείται με τους ομοσπονδιακούς και κρατικούς φόρους, τους φόρους περιουσίας, και τις φορολογικές επιχορηγήσεις - ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα θα αντικαθιστούσε μόνο τα ιδιωτικά/έξοδα εργοδοτών με τους φόρους.
- Τα συνολικά έξοδα θα πήγαιναν κάτω για τα άτομα και τους εργοδότες.
- Ένα ενιαίο σύστημα πληρωτών θα μπορούσε να σώσει \$286 δισεκατομμύρια ετησίως σε υπερωσμένο και τη γραφική εργασία.
- Τα διοικητικά έξοδα στο Αμερικανικό υγειονομικό σύστημα είναι ουσιαστικά υψηλότερα από εκείνοι σε άλλες χώρες και απ'ό, τι στο δημόσιο τομέα στις ΗΠΑ: μια εκτίμηση έβαλε τα συνολικά διοικητικά έξοδα σε 24 τοις εκατό των εξόδων Αμερικανικής υγειονομικής περίθαλψης.
- Διάφορες μελέτες έχουν παρουσιάσει πλειοψηφία των φορολογούμενων και οι πολίτες πέρα από την πολιτική διαίρεση θα προτιμούσαν ένα καθολικό υγειονομικό σύστημα σε θέματα του τρέχοντος Αμερικανικού συστήματος.
- Η καθολική υγειονομική περίθαλψη θα πρόβλεπε για τους ανασφάλιστους ενηλίκους που μπορούν να αποποιηθούν της θεραπείας που απαιτείται για τις χρόνιες συνθήκες υγιεινής.
- Η σπατάλη και η ανεπάρκεια στην παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης μειώνονταν. Η Αμερική ξοδεύει ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ στην υγειονομική περίθαλψη από οποιαδήποτε άλλη χώρα αλλά έχει τις χειρότερες εκτιμήσεις σε τέτοια κριτήρια όπως την ποιότητα της προσοχής, αποδοτικότητα της προσοχής, πρόσβαση στην προσοχή, ασφαλής προσοχή, δικαιοσύνη, και περιμένει τους χρόνους, σύμφωνα με το Ταμείο Κοινοπολιτείας. Ένα καθολικό σύστημα θα ευθυγράμμιζε τα κίνητρα για την επένδυση στη μακροπρόθεσμη παραγωγικότητα υγειονομικής περίθαλψης, την προληπτική προσοχή, και την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων όρων.
- Η καθολική υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε να ενεργήσει ως επιχορήγηση στην επιχείρηση, με κανένα κόστος επιπλέον. (Πράγματι, μεγάλοι οι τρεις από τους κατασκευαστές Αμερικανικών αυτοκινήτων

αναφέρουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης ως λόγο για τα τρέχοντα οικονομικά κοιλοπονήματα τους.

- Εάν τα διοικούμενα προγράμματα προσοχής και τα συνακόλουθα δίκτυα προμηθευτών τους καταργούνται, κατόπιν οι γιατροί δεν θα εγγυώνταν πλέον τους ασθενείς απλώς βάσει της ιδιότητας μέλους τους σε μια ομάδα προμηθευτών και ανεξάρτητα από την ποιότητα της προσοχής που παρέχουν.
- Θεωρητικά, η ποιότητα της προσοχής θα αυξανόταν καθώς ο αληθινός ανταγωνισμός για τους ασθενείς αποκαθίσταται.
- Μια ψηφοφορία άποψης του 2008 2.000 αμερικανικών γιατρών βρήκε την υποστήριξη για ένα καθολικό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης σε 59%-32%, το οποίο είναι επάνω από την άποψη 49%-40% των παθολόγων το 2002. Αυτοί οι αριθμοί περιλαμβάνουν 83% των ψυχιάτρων, 69% των ειδικών ιατρικής έκτακτης ανάγκης, 65% των pediatricians, 64% internists, 60% των οικογενειακών παθολόγων και 55% των γενικών χειρουργών.
- Οι λόγοι που δίνονται την προσοχή είναι μια ανικανότητα των γιατρών να αποφασίσουν την υπομονετική προσοχή και ασθενείς που είναι ανίκανοι να αντέξουν οικονομικά. Σύμφωνα με μια εκτίμηση από το Δρ Marcia Angell κατά προσέγγιση 50% των δολαρίων υγειονομικής περίθαλψης ξοδεύονται στην υγειονομική περίθαλψη, το υπόλοιπο πηγαίνει στα διάφορους middlepersons και τους μεσάζοντες. Ένα βελτιωμένο, μη κερδοσκοπικό, καθολικό σύστημα θα αύξανε την αποδοτικότητα με την οποία τα χρήματα ξοδεύονται στην υγειονομική περίθαλψη.
- Στις χώρες στη δυτική Ευρώπη με τη δημόσια καθολική υγειονομική περίθαλψη, η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη είναι επίσης διαθέσιμη, και κάποια μπορεί να επιλέξει να τον χρησιμοποιήσει εάν επιδιώκεται. Τα περισσότερα από τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζουν να είναι παρόντα, να δουν επίσης τη two-tier υγειονομική περίθαλψη.
- Η καθολική υγειονομική περίθαλψη και οι δημόσιοι γιατροί θα προστάτευαν το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή μεταξύ των ασφαλιστικών

http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service

- Το δημόσιο υγειονομικό σύστημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανεξάρτητος τρίτος στις διαφωνίες μεταξύ του εργοδότη και του εργαζομένου.
- Τα κοινά επιχειρήματα που διαβιβάζονται από τους αντιπάλους των καθολικών υγειονομικών συστημάτων περιλαμβάνουν: Η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ένα δικαίωμα.
- Υπό αυτήν τη μορφή, δεν είναι η ευθύνη της κυβέρνησης να παρέχει την υγειονομική περίθαλψη.
- Η καθολική υγειονομική περίθαλψη θα οδηγούσε αυξανόμενος περιμένει τους χρόνους, οι οποίοι θα μπορούσαν να οδηγήσουν στους περιττούς θανάτους.
- Οι άνισες διαφορές πρόσβασης και υγείας υπάρχουν ακόμα στα καθολικά υγειονομικά συστήματα.
- Η απόδοση των διοικητικών καθηκόντων από τους γιατρούς προκύπτει από την ιατρικές συγκέντρωση και την περιττή ρύθμιση, και μπορεί να μειώσει τη φιλανθρωπική παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τους γιατρούς.
- Πολλά προβλήματα που η καθολική ασφάλεια υγείας προορίζεται να λύσει θεωρούνται προκαλούμενα από τους περιορισμούς στην ελεύθερη αγορά. Υπό αυτήν τη μορφή, οι λύσεις ελεύθερης αγοράς έχουν τη μεγαλύτερη δυνατότητα να βελτιώσουν την προσοχή και την κάλυψη.
- Το ευρέως αναφερόμενο υγειονομικό σύστημα που ταξινομεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, στην οποία το αμερικανικό σύστημα ταξινόμησε καθολικά υγειονομικά συστήματα, χρησιμοποιημένα προκατειλημμένα κριτήρια, που δίνουν μια ψεύτικη αίσθηση εκείνων των systems' ανωτερότητα.
- Τα εμπειρικά στοιχεία στο Medicare ενιαίο πληρωτής-ασφαλιστικό πρόγραμμα καταδεικνύουν ότι το κόστος υπερβαίνει τις προσδοκίες των συνηγόρων ως εξουσιοδότηση, Medicare δεν σταθμίζει τα οφέλη των τεχνολογιών ενάντια στις δαπάνες τους.

- Η πληρωμή των παθολόγων σε μια βάση αμοιβή-για-υπηρεσιών οδηγεί επίσης στα έξοδα των αυξήσεων. Κατά συνέπεια, είναι δύσκολο να προβλεφθεί ή να ελεγχθούν τα έξοδα του Medicare
- Τα καθολικά υγειονομικά συστήματα, σε μια προσπάθεια να ελεγχθούν οι δαπάνες με το κέρδος ή την επιβολή δύναμης, προγράφουν μερικές φορές ό,τι ιατρική φροντίδα πληρώνεται από τα ιδιωτικά, μεμονωμένα κεφάλαια

Θα ήταν καλό να μελετηθεί το κατά πόσο οι συμφωνίες (είδος) της Ασφαλιστικής εταιρείας με τους ίδιους τους ασφαλισμένους τηρούνται αντί ποιου ποσού και να αντιπαραβληθεί με τις συμφωνίες των δημοσίων ταμείων με τους ασφαλισμένους στ θέμα της υγείας. Στον τομέα αυτό υπάρχουν αναφορές για τις υπόλοιπες χώρες και κάποιες δημοσιογραφικές έρευνες. Επιστημονικές μελέτες εκλείπουν από αυτό τον τομέα και έχω την άποψη πώς είναι απολύτως αναγκαίες ιδιαίτερα στην περίοδο αυτή που διανύουμε.

Ακολουθεί ο πίνακας ποσοστών χειρουργικού επιδόματος

ΚΕΦΑΛΗ - ΛΑΙΜΟΣ	
Εγχείρηση εγκεφάλου - μηνίγγων	100
Εγχείρηση για κάταγμα κρανίου	75
Κρανιοπλαστική	100
Ερευνητική / Ανακουφιστική Διάτρηση κρανίου	100
θυρεοειδεκτομή	75
Πλαστική χειλέων	25
Διατομή χαλινού γλώσσας	10
Εγχείρηση για όγκο στόματος	25
Εξαίρεση παρωτίδας	75
όγκου παρωτίδας	50
Εξαίρεση βραγχιακής κύστεως – συριγγίου	50
Εξαίρεση θυρογλωσσικής κύστεως – συριγγίου	50
ΘΩΡΑΚΑΣ - ΜΑΣΤΟΣ	
θωρακοτομή - θωρακοπλαστική	100
Πνευμονεκτομή – Λοβεκτομή	100
Εχινόκοκκος πνεύμονος (αφαίρεση)	75
Εγχείρηση οισοφάγου	75
Εγχείρηση καρδιάς αορτής	100
Ριζική μαστεκτομή (ενός ή και των δυο)	75
Απλή μαστεκτομή (ενός ή και των δύο)	50
Μερική εκτομή μαστού	25
Εξαίρεση όγκου μαστού ή κύστεως	25
Τραχειοτομή	25
Παροχέτευση	25
εκκενωτική παρακέντηση θώρακος	10
Αφαίρεση όγκων μεσοθωρακείου με στερνοτομή.	75
Πλευροδεσία	25
Σφηνεκτομή πνεύμονος	50
Πνευμονοθώρακας με θωρακοτομή	50

Ερευνητική θωρακοτομή	50
Τοποθέτηση stent τραχείας ή βρόγχου	50

ΚΟΙΛΙΑ	
Λαπαροτομία	50
Σκωληκοειδεκτομή	25
Παροχέτευση ενδοκοιλιακού αποστήματος	25
Κήλη: Βουβωνοκήλη, Ομφαλοκήλη, Μηροκήλη, Υδροκήλη, Κιρσοκήλη, Ορχεοκήλη, Κήλη λευκής γραμμής, Μετεγχειρική κήλη	25
Γαστρεκτομή (μερική ή ολική), Βαγοτομή, Πυλωροπλαστική (Έλκος Δωδεκαδάκτυλου)	50
Διάτρηση Έλκους - Συρραφή	50
Εντερεκτομή	50
Αφαίρεση όγκου κοιλιακής κοιλότητας	75
Περинеοκοιλιακή εκτομή ορθού	100
Πρόπτωση ορθού (εγχείρηση διά της κοιλίας)	75
Ραγάδες δακτυλίου, περιεδρικό συρίγγιο, κύστη	25
Αιμορροϊδεκτομή	25
Απόστημα ήπατος (διάνοιξη)	50
Εχινόκοκκος ήπατος	75
Μερική ηπατεκτομή	75
Χολοκυστεκτομή	75
Εγχείρηση παγκρέατος	100
Σπλινεκτομή	75
Δύο ή περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται με την ίδια κοιλιακή τομή θα θεωρούνται σαν μια επέμβαση.	

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	
Εξάιρεση μασχालαίων – βουβονικών	50

ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	
Νεφρεκτομή	75

Αφαίρεση όγκων ή λίθων νεφρού, ουρητήρα, κύστεως: (α) με εγχείρηση	75
(β) ενδοσκοπικά	25
Προστατεκτομή	75
Προστατεκτομή διουρηθρικά	50
Αφαίρεση όρχεως, επιδιδυμίδας	25
Εγχείρηση ουρήθρας	25
Υπερηβική κυστεοστομία	75
Κυστεκτομή ολική	100
Πλαστική ουρήθρας, νεφρού, πυέλου	50
Λιθοτριψία λίθων νεφρού, χοληδόχου ή ουρητήρα	50
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	
Εγχείρηση για ανάταξη κατάγματος μακρών οστών	50
Εγχείρηση για ανάταξη κατάγματος άλλων οστών	25
Απλή ανάταξη καταγμάτων	10
Ανάταξη κατάγματος κλείδας, πλευράς, φαλαγγών, καρπού, μετακαρπίου, τارسού, μεταταρσίου, αποφύσεων, σπονδύλων	10
Αρθροτομή συμπεριλαμβανομένης και της εξαίρεσης ελεύθερου σώματος	50
Εξαίρεση γαγγλίου	10
Εξαίρεση εξόστωσης	25
Εγχείρηση για σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	25
Ανάταξη εξαρθήματος ώμου ή αγκώνα, καρπού ή αστραγάλου, ιοχίου ή γόνατος	10
Ανάταξη εξαρθήματος επιγονατίδας	10
Ανάταξη εξαρθήματος δακτύλου	10
Εξαίρεση μηνίσκου δι' αρθροσκοπήσεως	50
Ακρωτηριασμός κάθε δακτύλου	25
Ακρωτηριασμός μετακαρπίου, μεταταρσίου	25
Ακρωτηριασμός από τον καρπό, τارسό και άνω	75
Διάνοιξη ελύτρου τένοντος (π.χ. εκτεινασσόμενος δάκτυλος, στενωτική τενοντοελυτρίτιδα De Quervain	10

Διορθωτικές επεμβάσεις επί βλαισού μεγάλου δακτύλου ή παραμορφώσεων δακτύλων ή πτώσεων μεταταρσίων	25
Συρραφή διατομής τενόντων ή νεύρων	25
Χειρουργική αρθροσκοπική επέμβαση γόνατος ή ώμου	50
Οστεοστομία ισχίου και λοιπών μακρών οστών	75
Ρήξη Αχίλλειου τένοντος	50
Αρθροδεσία μεσαίου μεγέθους αρθρώσεων –πχ ποδοκνημικής	50
Ενδαρθρικά – υπερκονδύλια κατάγματα αγκώνος και γόνατος - ώμου	50
Ολική αρθροπλαστική ισχίου, γόνατος, ώμου	100
Χειρουργική αντιμετώπιση καταγμάτων σπονδυλικής στήλης, σπονδυλοδεσίες	100
ΦΛΕΒΕΣ	
Αφαίρεση κισσών	
(α) για το ένα σκέλος	25
(β) για τα δύο σκέλη	50
Απολίνωση κισσού - φλέβας	10
Συρραφή φλέβας κατόπιν τραύματος	25
Φλεβική θρομβεκτομή	30
Ω.Ρ.Λ.	
Εγχείρηση μέσου/έσω ωτός	25
Αμυγδαλεκτομή - αφαίρεση αδενοειδών εκβλαστήσεων	25
Τραχειοτομία	25
Λαρυγγεκτομή	75
Εγχείρηση φωνητικών χορδών	25
Εκτομή σταφυλής	25
Τραχειοστομία-τραχειοτομία	25
Αφαίρεση σωληνίσκου αερισμού	10
Διάνοιξη αποστήματος ή αιματώματος διαφράγματος	10
Αφαίρεση πολύποδος ωτός	

Διάνοιξη περιामυνδαλικού αποστήματος	10
Διατομή χαλινού γλώσσας	10
Παρακέντηση τύμπανου και τοποθέτηση σωληνίσκου αερισμού	10
Αφαίρεση εξοστώσεως ή οστεώματος από τον έξω ακουστικό πόρο	10
Γναθεκτομή (μερική ή ολική)	25
Φαρυγγο-λαρυγγο-οισοφαγεκτομή	75
Νευρεκτομή του αιθουσαίου νεύρου	75
Αναβολεκτομή ή αναβολοτομή.	75
Μυριγγοπλαστική	50
Λαβυρινθεκτομή	50
Αφαίρεση κύστης θυρεογλωσσικού πόρου	50
Διαντρική ηθμοειδεκτομή	25
Ολική παρωτιδεκτομή	50
Ανάτρηση ιγμόρειου	75
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	
Λαρυγγοσκόπηση	10
Βρογχοσκόπηση, οισοφαγοσκόπηση, ορθοσιγμαειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση, ουρηθροκυστεοσκόπηση	10
Λαπαροσκόπηση, αρθροσκόπηση	25
ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	
Περιτομή	10
Τοποθέτηση Pig-Tail	10
Απολίνωση και εκτομή σπερματικού πόρου	25
Αφαίρεση εκκολπώματος ουροδόχου κύστης	50
Πλαστική σηραγγωδών σωμάτων	50
Μερική ουρητηρεκτομή με τελικοτελική αναστόμωση	50
Ριζική αφαίρεση πέους με λεμφαδενεκτομή	100
Ριζική προστατεκτομή επί καρκίνου προστάτου με πυελική λεμφαδενεκτομή	100

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	
Αγγειοπλαστική	50
Ανευρύσματα κοιλιακής αορτής, λαγονίου αρτηρίας, μηριαίας αρτηρίας	100
Εγχείρηση κοιλιακής αορτής	100
Στεφανιογραφία	50
Αορτο-καρωτιδική ή αορτο-υποκλείδιο παράκαμψη	100
Αρτηριακή εμβολεκτομή-θρομβεκτομή	50
Καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή	75
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	
Ονυχεκτομή	5
Διάνοιξη Αποστήματος	5
Οσφυϊκή παρακέντηση	10
Αφαίρεση πολύποδα εντέρου	25
Κολοστομία-ειλεοστομία –κυστεοστομία	50
Εντεροαναστόμωση	50
Κολεκτομή(ολική)	75
Σφιγκτηροπλαστική ή χολοπεπτική αναστόμωση	75
ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	
Μεταμόσχευση μυελού των οστών	100
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	
Βιοψία Δέρματος	5
Διάνοιξη κύστεως σμηγματογόνου	5
Αφαίρεση (ηλεκτροχειρουργική) θηλωμάτων (ολίγων)	5

ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΓΕΝΝ. ΣΥΣΤΗΜΑ	
Ολική υστερεκτομή	75
Μερική υστερεκτομή	50
Σαλπηγγεκτομή	50
Ωοθηκεκτομή	50
Εξαίρεση ινομυώματος	50

Εξαίρεση πολύποδα τραχήλου	10
Εξάχνωση τραχήλου-μαρσιποποίηση ή εξαίρεση Βαρθολινειου Αδένος	25
Κωνοειδής εκτομή τραχήλου	25
Προσθοπισθία κολπορραφή	25
Ριζική εκτομή αιδοίου	50
Πλαστική σαλπίνγων (υδροσάλπιγγες)	50
Αφαίρεση κύστης ωοθήκης - σφηνοειδής εκτομή ωοθήκης	25
ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ (λαπαροσκόπηση-επεμβατική)	50
ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ (υστεροσκόπηση-επεμβατική)	30

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει το ποσό επιβάρυνσης του πελάτη που είναι ιδιωτικά ασφαλισμένος σε περίπτωση που θα χρειασθεί να υποβληθεί στις παρακάτω εγχειρήσεις.

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΑΜΟΙΒΗ ΧΕΙΡ. ΙΑΤΡΟΥ	ΠΟΣΟ ΒΑΣΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ Σ.Ε.Α.Ε.Ε.	ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΠΕΛΑΤΗ
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΥΣΤΗΣ (ΑΠΛΗ)	ΜΙΚΡΗ	1.500	335	1.165	77,67%
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΙΡΣΩΝ	ΜΕΣΑΙΑ	3.500	840	2.660	76,00%
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΩΛ/ΤΟΜΗ	ΜΕΣΑΙΑ	2.500	670	1.830	73,20%
ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ	ΜΕΣΑΙΑ	2.500	670	1.830	73,20%
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΑΛΗ	4.000	1.100	2.900	72,50%
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ	ΜΕΓΑΛΗ	3.000	1.100	1.900	63,33%
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ	ΜΕΓΑΛΗ	2.500	1.100	1.400	56,00%
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ	ΜΕΓΑΛΗ	2.500	1.100	1.400	56,00%
ΡΙΖΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΕΠΙ Ca	ΜΕΓΑΛΗ	7.000	2.123	4.877	69,67%
ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΟΓΚΟΥ	ΒΑΡΕΙΑ	8.000	3.347	4.653	58,16%
ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	ΒΑΡΕΙΑ	8.000	1.416	6.584	82,30%
ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ	ΒΑΡΕΙΑ	10.000	2.123	7.877	78,77%
ΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΒΑΡΕΙΑ	8.000	1.440	6.560	82,00%
ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ ΕΠΙ Ca	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΑ	6.000	3.007	2.993	49,88%
ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΑ	10.000	4.245	5.755	57,55%
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΒΥΡΑΣΣ	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΑ	12.000	5.760	6.240	52,00%

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΗ	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΑ	12.000	3.890	8.110	67,58%
ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΟΓΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΑ	15.000	4.745	10.255	68,37%

1. MEDIPLAN

- Καλύπτει νοσηλείες για ασθένεια ή ατύχημα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.
- Καλύπτει νοσηλείες διάρκειας από 1 ημέρα και άνω και maximum αριθμό ημερών νοσηλείας τις 180 ημέρες ετησίως.
- Το επίδομα ανάρρωσης καταβάλλεται για τον 2πλάσιο αριθμό ημερών νοσηλείας με maximum τις 30 ημέρες καταβολής ετησίως.
- Το επίδομα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) καταβάλλεται για κάθε ημέρα παραμονής στη Μ.Ε.Θ. με maximum αριθμό ημερών καταβολής τις 30 ετησίως.
- Τα Επιδόματα:
 - Αποκλειστικής νοσοκόμας
 - Μεταφοράς με ασθενοφόρο
 - Ιατρικών επισκέψεων μετά τη νοσηλεία
 - Διαγνωστικών εξετάσεων μετά τη νοσηλεία
 καταβάλλονται με μόνο την υποβολή του Εισιτηρίου / Εξιτηρίου.
- Το χειρουργικό επίδομα καταβάλλεται σύμφωνα με τον ισχύοντα πίνακα χειρουργικών ποσοστών και αντίστοιχα το επίδομα αναισθησιολόγου υπολογίζεται ως ποσοστό (25%) επί του καταβαλλόμενου χειρουργικού επιδόματος.
- Ηλικίες Ασφάλισης: 3 μηνών – 64 ετών
- Συνεχής ισχύς από 60 ετών έως 70 ετών παρέχει το δικαίωμα της ΙΣΟΒΙΟΤΗΤΟΣ
- Πωλείται ως ανεξάρτητο προϊόν ή ως συμπληρωματικό με οποιοδήποτε πρόγραμμα Π.Α.
- Απευθύνεται κυρίως σε όσους έχουν ασφάλιση Δημόσιου Φορέα.
- Χρησιμοποιείται για την μείωση ή εξάλειψη του εκπιπόμενου ποσού νοσοκ.προγραμμάτων

Β. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

	SILVER	GOLD	PLATINUM
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΓΙΑ Δ+Τ	€20	€40	€60
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ Μ.Ε.Θ.	€20	€40	€60
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ Ημέρες νοσηλείας x 2	€10	€20	€30
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ	1.000 €	1.500 €	2.000 €
ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ	25% του επιδόματος της αντίστοιχης χειρουργικής επέμβασης		
ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΑΣ	€75	€100	€125
ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	€50	€50	€50
ΕΠΙΔΟΜΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	€40	€60	€80
ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΙΑΓΝ/ΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	€20	€30	€40

ΠΑΚΕΤΟ MEDIPLAN

ΜΙΚΤΑ ΕΤΗΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

ΗΛΙΚΙΑ	SILVER	GOLD	PLATINUM
ΠΑΙΔΙΑ	94,62	153,75	218,80
Έως 39	115,91	189,24	257,83
40 – 49	133,65	224,72	313,42
50 - 59	189,24	319,33	449,43
60 - 64	230,63	390,30	544,05

ΜΙΚΤΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	SILVER	GOLD	PLATINUM
Έως 39	7,88	12,81	18,23
40 – 49	9,66	15,77	21,49
50 - 59	11,14	18,73	26,12
60 - 64	15,77	26,61	37,45
	19,22	32,52	45,34

	χωρίς χειρουργείο			με χειρουργείο σοβαρότητας 50%		
Ημέρες νοσηλείας	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM
2	265	400	535	890	1.337,5	1.785
5	385	640	895	1.010	1.577,5	2.145
10	585	1.040	1.495	1.210	1.977,5	2.745

	με χειρουργείο σοβαρότητας 25%			με χειρουργείο σοβαρότητας 100%		
Ημέρες νοσηλείας	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM
2	577,5	868,7	1.160	1.515	2.650	3.035
5	697,5	1.108,7	1.520	1.635	2.890	3.395
10	897,5	1.508,7	2.120	1.835	3.290	3.995

	με χειρουργείο σοβαρότητας 25%			με χειρουργείο σοβαρότητας 100%		
Ημέρες νοσηλείας	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM
2	577,5	868,7	1.160	1.515	2.650	3.035
5	697,5	1.108,7	1.520	1.635	2.890	3.395
10	897,5	1.508,7	2.120	1.835	3.290	3.995

	χωρίς χειρουργείο			με χειρουργείο σοβαρότητας 50%		
Ημέρες νοσηλείας	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM	Mediplan SILVER	Mediplan GOLD	Mediplan PLATINUM
2	265	400	535	890	1.337,5	1.785
5	385	640	895	1.010	1.577,5	2.145
10	585	1.040	1.495	1.210	1.977,5	2.745

Ακολουθεί μια προσφορά της ανωτέρω εταιρείας:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

α/α : 13
 Ημ.Εκδοσης : 23/ 7/2007

Προτεινόμενος για Ασφάλιση : ΛΚΛ987ΦΨΩ
 Ημ.Γέννησης : 9/10/1973

Ηλικία : 33

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Ονοματεπώνυμο Συζύγου : ΚΛΟΜΛ ΎΚΚΟ
 Ημ.Γέννησης : 25/ 2/1976

Ηλικία : 31

A. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΠΕ MEDICARE PLUS ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

3,000.00	Ετών 65	126.83 €
----------	---------	----------

ΠΕ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ (ΑΠΑ)

446.83	Ετών 65	26.80 €
--------	---------	---------

B. ΣΥΖΥΓΟΣ

MEDIPLAN GOLD ΚΑΛ.ΣΥΖΥΓΟΣ	Ισόβια *	160.00 €
---------------------------	----------	----------

MEDIPLAN GOLD ΚΑΛ.ΣΥΖΥΓΟΣ	Ισόβια *	160.00 €
---------------------------	----------	----------

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΟΧΩΝ Π.Α. & ΥΓΕΙΑΣ

Πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης Alico Medicare Plus (Mcare Plus)

Το πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης καλύπτει τα έξοδα εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων από ασθένεια ή ατύχημα, κατά 85%, παρέχει Ετήσιο Προληπτικό Έλεγχο (checkup) προς 10 Ευρώ.

Ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- Γενική Αίματος • Αιμοπετάλια • Τ.Κ.Ε. • Γενική Ούρων • Σάκχαρο • Ουρία • Ουρικό Οξύ • Χοληστερίνη
- Τριγλυκερίδια • HDL • LDL • SGOT • SGPT

- Ανώτατο ποσό κάλυψης κατ'ΕΥΡΩ 3,000.00
έτος

Υπηρεσίες ιατρικής υποστήριξης

- Τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο ιατρικής βοήθειας, 24 ώρες το 24ωρο από το Κέντρο Εξυπηρέτησης στο τηλέφωνο 800-111-4444.
- Ευρύ δίκτυο συνεργαζομένων Ιατρών κάθε ειδικότητας.

Παροχή Απαλλαγής Πληρωμής Ασφαλιστρού (ΑΠΑ)

Για την περίπτωση που ο ασφαλισμένος παραμείνει Μόνιμα Ολικά Ανίκανος για εργασία από ασθένεια ή ατύχημα που έχει διαρκέσει τουλάχιστον 6 μήνες, θα απαλλάσσεται από την πληρωμή των ασφαλιστρων για όλο το διάστημα της ανικανότητας και έως:

- Ισόβια για τον ίδιο
- 10 χρόνια για τον / την σύζυγό του
- Για τα παιδιά του, μέχρι την ενηλικίωσή τους

Πρόγραμμα Κάλυψης Νοσηλείας MEDIPLAN (M. PL)

Σε περίπτωση νοσηλείας σε Νοσοκομείο λόγω ασθένειας ή ατυχήματος θα καταβάλλονται:

ΣΥΖΥΓΤΟΣ

□ Για τη Νοσηλεία:

- | | |
|---|------|
| 1. Ημερήσιο Επίδομα Νοσοκομειακής περίθαλψης | €40 |
| 2. Ημερήσιο Επίδομα Νοσηλείας που καταβάλλεται επιπλέον για κάθε ημέρα παραμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας | €40 |
| 3. Επίδομα Αποκλειστικής Νοσοκόμας | €100 |
| 4. Επίδομα μεταφοράς με Ασθενοφόρο | €50 |

□ Για το Χειρουργείο:

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| 1. Εφάπαξ Χειρουργικό επίδομα εφόσον | € 1.500 |
|--------------------------------------|---------|

απαιτείται χειρουργική επέμβαση, (σύμφωνα με τον πίνακα χειρουργικών ποσοστών) μέχρι

2. Επίδομα Αναισθησιολόγου που αντιστοιχεί στο 25% του αταβαλλόμενου ποσού για χειρουργικό επίδομα	25%	του καταβαλλόμενου ποσού για χειρουργικό επίδομα
--	-----	--

□ Για την Αποθεραπεία:

- | | |
|---|-----|
| 1. Ημερήσιο Επίδομα Ανάρρωσης στο σπίτι, με διάρκεια καταβολής διπλάσια των ημερών νοσηλείας. | €20 |
| 2. Επίδομα Ιατρικών Επισκέψεων μετά από Νοσηλεία | €60 |
| 3. Επίδομα Διαγνωστικών Εξετάσεων μετά από Νοσηλεία | €30 |

Σημαντική σημείωση

- Τα επιδόματα καταβάλλονται ανεξάρτητα και επιπλέον από οποιαδήποτε άλλη (δημόσια ή ιδιωτική) ασφάλιση.

* ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

Για όλα τα προγράμματα που καλύπτουν Απώλεια Ζωής, Μόνιμη Ανικανότητα και Ιατροφαρμακευτικά έξοδα από ατύχημα καθώς και για όλα τα προγράμματα Νοσοκομειακής περίθαλψης, παρέχεται η δυνατότητα Ισόβιας Κάλυψης, εφόσον παραμείνουν συνεχώς σε ισχύ από την ηλικία των 60 έως και την συμπλήρωση των 70 ετών του ασφαλισμένου.

Συνολικό	Μικτό	:	560.15 €
Ασφάλιστρο	Ετήσιο		
	Εξάμηνο	:	280.07 €
	Τρίμηνο	:	140.03 €
	Μηνιαίο	:	46.66 €
	Ημερήσιο	:	1.53 €

Παρατήρηση

- Το κατώτατο συνολικό ασφάλιστρο δόσης για Ετήσιο, 6μηνιαίο ή 3μηνιαίο τρόπο πληρωμής ορίζεται ως εξής :
 - 100 € για κάθε συμβόλαιο Π.Α. & Υγείας
- Αντίστοιχα το κατώτατο συνολικό ασφάλιστρο Μηνιαίας δόσης ορίζεται ως εξής :
 - 30 € για κάθε συμβόλαιο Π.Α. & Υγείας
- Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή του Μηνιαίου τρόπου πληρωμής είναι η χρήση της πιστωτικής κάρτας Alico Citibank Visa για την εξόφληση των ασφαλιστρών.

Τα ασφάλιστρα είναι πληρωτέα στην ημερομηνία οφειλής αυτών. Καθυστέρηση πέρα των 30 ημερών από την ημερομηνία οφειλής καθιστά το ασφαλιστήριο άκυρο σύμφωνα με τον νόμο 2496, άρθρο 6, παράγραφος 2.
