

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ  
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΦΛΩΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ**

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

Πειραιάς, 2017



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟ  
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Φλώρος Σταύρος. Α.Μ.: ΟΔΥ 1452**

Επιβλέπων: Παπαηλίας Θεόδωρος/ Καθηγητής/ ΑΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**THE PRIVATE INSURANCE ROLE'S AT THE GREEK  
HEALTH SYSTEM**

**FLOROS STAVROS**

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

Piraeus, Greece, 2017



*Στην οικογένειά μου*





## **Ευχαριστίες**

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Παπαηλία Θεόδωρο για την επίβλεψη της διπλωματικής μου εργασίας καθώς και όσους συμμετείχαν στην έρευνα μου. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση της στην προσπάθεια μου αυτή.



# Ο Ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

**Σημαντικοί Όροι:** Εθνικό Σύστημα Υγείας, Κοινωνική Ασφάλιση, Ιδιωτική Ασφάλιση

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια απόκτησης διπλωματικού διπλώματος στα οικονομικά διοίκηση υγείας και εξετάζει τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το 1983 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα και παρόλο που το πλαίσιο της μεταρρύθμισης αφορούσε δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας και καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εντούτοις είναι κοινή πεποίθηση ότι το σύστημα πλέον έχει κατά μεγάλο ποσοστό ιδιωτικοποιηθεί καθώς οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ακολούθησαν ανοδική πορεία. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αποτελούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης. Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών είναι από τα υψηλότερα της Ευρώπης. Η αύξηση αυτή της ιδιωτικής αγοράς υγείας έγινε δυνατή εξαιτίας και της σημαντικής αύξησης που παρουσίασε η αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να έχει ρόλο συμπληρωματικό ως προς την κοινωνική ασφάλιση ή και κύριο. Τα αποτελέσματα της παρούσας ποσοτικής έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι πολίτες θα προτιμούσαν να είχαν το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα στην κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση θεωρώντας πως η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία από την μια θα ενίσχυε τον ανταγωνισμό ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και από την άλλη θα ωφελούσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας.



# **The Private Insurance's Role at the Greek Health System**

**Keywords:** National Health System, Social Insurance, Private Insurance

## **Abstract**

This thesis was written in the context of obtaining a postgraduate diploma in health services administration and it examines the role of private health insurance in the National Health System. The National Health System was instituted in Greece in 1983 and although the reform framework concerned free health services and universal coverage, it is a common belief that the system is now largely privatized as private health spending has been on the rise. Private health expenditure is the third source of funding. The level of private health spending in Greece, as a percentage of total spending, is among the highest in Europe. This increase in the private health market was made possible by the significant growth in the private insurance market. Private health insurance may have either a complementary or integral role in social security. The results of this quantitative survey lead to the conclusion that citizens would have preferred to have the choice between social and private insurance, considering that the use of private insurance in public hospitals would strengthen competition between public and private hospitals and would benefit the National Health System.



<b>Περίληψη</b>	<b>xi</b>
<b>Abstract</b>	<b>xiii</b>
<b>Περιεχόμενα</b>	<b>xv</b>
<b>Κατάλογος Πινάκων</b>	<b>xix</b>
<b>Κατάλογος Διαγραμμάτων</b>	<b>xxi</b>
<b>Κατάλογος Σχημάτων</b>	<b>xxii</b>

**Γενικό Μέρος : Θεωρητική Προσέγγιση του Μελετητικού Θέματος 1**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Συστήματα Υγείας σε Ελλάδα, Ευρώπη και Αμερική<sup>3</sup>**

<b>1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Οι Δαπάνες και η Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Τα Συστήματα Υγείας σε Ευρώπη και Αμερική</b>	<b>12</b>
<b>1.3.1 Το Σύστημα Υγείας της Αμερικής</b>	<b>15</b>
<b>1.3.2 Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας</b>	<b>16</b>
<b>1.3.3 Το Σύστημα Υγείας της Γαλλίας</b>	<b>17</b>
<b>1.3.4 Το Σύστημα Υγείας της Αγγλίας</b>	<b>17</b>
<b>1.3.5 Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας</b>	<b>18</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Ο Ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Τα Πλεονεκτήματα και τα Μειονεκτήματα της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Η Σχέση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας με τον Ιδιωτικό Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Σύγκριση Ιδιωτικής και Κοινωνικής Ασφάλισης</b>	<b>29</b>
<b>Ειδικό μέρος: Ερευνητική Προσέγγιση του Μελετητικού Θέματος</b>	<b>31</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία της Έρευνας</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Καθορισμός Ερευνητικού Προβλήματος</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Σημαντικότητα της Έρευνας</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Σχεδιασμός και Παρουσίαση Ερωτηματολογίου</b>	<b>34</b>
<b>3.4 Στατιστική Επεξεργασία των Δεδομένων</b>	<b>34</b>
<b>3.5 Διαδικασία Δειγματοληψίας</b>	<b>34</b>
<b>3.6 Περιορισμοί της Έρευνας</b>	<b>36</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Τα Αποτελέσματα της Έρευνας</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Η Ηλικία του Δείγματος</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Το Φύλο του Δείγματος</b>	<b>38</b>
<b>4.3 Η Οικογενειακή Κατάσταση του Δείγματος</b>	<b>39</b>
<b>4.4 Το Επίπεδο Εκπαίδευσης του Δείγματος</b>	<b>40</b>
<b>4.5 Το Επάγγελμα του Δείγματος</b>	<b>41</b>
<b>4.6 Ο Τόπος Μόνιμης Κατοικίας του Δείγματος</b>	<b>42</b>
<b>4.7 Οι Ετήσιες Αποδοχές του Δείγματος</b>	<b>43</b>
<b>4.8 Οι Έχοντες από το Δείγμα Κοινωνική Ασφάλιση</b>	<b>44</b>
<b>4.9 Οι Έχοντες του Δείγματος Ιδιωτική Ασφάλιση</b>	<b>46</b>



<b>4.10 Η Προτίμηση του Δείγματος για Δημόσιους ή Ιδιωτικούς Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>47</b>
<b>4.11 Ο Τρόπος που Αποζημιώνει το Δείγμα τους Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>48</b>
<b>4.12 Η Βαθμίδα του Συστήματος που Έλαβε το Δείγμα Κάποια Υπηρεσία το Τελευταίο Εξάμηνο</b>	<b>49</b>
<b>4.13 Η Γνώμη του Δείγματος για την Χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στα Δημόσια Νοσοκομεία</b>	<b>51</b>
<b>4.13.1 Προς τον Ανταγωνισμό Μεταξύ των Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων</b>	<b>51</b>
<b>4.13.2 Προς Όφελος του Πολίτη –Ασθενή</b>	<b>52</b>
<b>4.14 Η Επιθυμία των Πολιτών για Ελευθερία Επιλογής Μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας</b>	<b>54</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Τελικά Συμπεράσματα της Έρευνας</b>	<b>57</b>
<b>5.1 Συμπερασματικές παρατηρήσεις</b>	<b>57</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>59</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>91</b>



## Κατάλογος Πινάκων

A/A		Σελ
<b>1.1</b>	Σύγκριση Συστημάτων Υγείας Χωρών του ΟΟΣΑ	19
<b>3.1</b>	Τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος της Έρευνας	35

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

Α/Α		Σελ
<b>1.1</b>	Ιδιωτικές και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.,1995-2013(% ΑΕΠ).	10
<b>1.2</b>	Ανάλυση των Δαπανών Υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.,2013(%ΑΕΠ).	11
<b>2.1</b>	Τα Έξοδα για τα Έτη 2012-2015 σε Κλινικές και Επιδόματα καθώς και Καλυπτόμενα Έξοδα σε Δημόσιους Παρόχους από Ιδιωτικές Ασφαλιστικές.	22
<b>2.2</b>	Οι Εγγεγραμμένοι ανά Κλάδο Ασφάλισης για τα Έτη 2012-2015.	25
<b>4.1</b>	Ηλικία- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	37
<b>4.2</b>	Φύλο- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	38
<b>4.3</b>	Οικογενειακή Κατάσταση- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	39
<b>4.4</b>	Επίπεδο Εκπαίδευσης- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	40
<b>4.5</b>	Επάγγελμα- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	41
<b>4.6</b>	Τόπος Μόνιμης Κατοικίας- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	42
<b>4.7</b>	Ετήσιες Ατομικές Αποδοχές- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	43
<b>4.8</b>	Κοινωνική Ασφάλιση.	44
<b>4.9</b>	Κοινωνική και Ιδιωτική Ασφάλιση.	45
<b>4.10</b>	Ιδιωτική Ασφάλιση.	46
<b>4.11</b>	Προτίμηση Υπηρεσιών Υγείας – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	47
<b>4.12</b>	Τρόπος Αποζημίωσης των Παρόχων – Ιδιωτική Ασφάλιση.	48
<b>4.13</b>	Παροχή Υπηρεσιών Υγείας ανά βαθμίδα Περιθάλψης – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	50
<b>4.14</b>	Ενίσχυση του Αντισταθμιστικού μεταξύ Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων από τη χρήση της Ιδιωτικής Ασφαλείας στα Δημόσια Νοσοκομεία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	51
<b>4.15</b>	Ενίσχυση του οφέλους για τους πολίτες από τη χρήση της Ιδιωτικής Ασφαλείας στα Δημόσια Νοσοκομεία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.	53
<b>4.16</b>	Πρόθεση επιλογής μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας.	54
<b>4.17</b>	Αυτοαξιολόγηση του Επιπέδου Υγείας του Δείγματος.	55

## Κατάλογος Σχημάτων

A/A		Σελ
1.1	Η Χρηματοδότηση στο Πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας	7
1.2	Το Σύστημα Χρηματοδότησης της Κοινωνικής Ασφάλισης	7
1.3	Το Σύστημα Χρηματοδότησης των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών	8
1.4	Η Δομή της Δημόσιας Δαπάνης στην Ελλάδα για το Έτος 2011.	11
1.5	Μοντέλο Λειτουργίας Συστημάτων Υγείας	13



***ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ  
ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ***





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ, ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΑΜΕΡΙΚΗ

#### 1.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Η πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση έχει αφήσει το στίγμα της στην παγκόσμια οικονομία και καθιστά προβληματική την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί την βιωσιμότητα των ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και των ασφαλιστικών ταμείων και επιβαρύνει την λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών λόγω αυξημένης ζήτησης (Κυριόπουλος και Τσάντου, 2010).

Επιπλέον εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης που έχει επέλθει στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών συνεχώς μειώνεται, όπως και οι διαθέσιμοι πόροι από τον κρατικό προϋπολογισμό για δαπάνες υγείας, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετωπίζουν τεράστια ελλείμματα, ενώ οι πολίτες δαπανούν όλο και περισσότερα για δαπάνες υγείας είτε από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, είτε συνάπτοντας συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για υπηρεσίες υγείας.

Στο παρόν κεφάλαιο αφού οριστεί τι είναι το σύστημα υγείας, αναλύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος, από την ημέρα της δημιουργίας του ως και σήμερα. Αναλύονται επιπλέον οι πηγές χρηματοδότησης αλλά και οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, ενώ γίνεται συνοπτική αναφορά στα συστήματα υγείας της Μ. Βρετανίας, της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Σουηδίας και των ΗΠΑ.

Προτού αναφερθούμε στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας αξίζει να οριοθετηθεί η έννοια του συστήματος γενικά, αλλά και η έννοια του συστήματος ειδικά. Το σύνολο των στοιχείων που είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους ορίζεται ως σύστημα (Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2012), το σύστημα είναι ένα άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων που συνδέονται μεταξύ τους με σκοπό να πραγματοποιήσουν μια λειτουργία. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) σύστημα είναι ο συνδυασμός οντοτήτων ή διαδικασιών που αλληλοσχετίζονται και είναι αλληλοεξαρτώμενες, προκειμένου να επιφέρουν ένα συγκεκριμένο σκοπό.

Ο σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω τριών υποσυστημάτων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα το πρώτο υποσύστημα εστιάζει στα αίτια που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το

δεύτερο αφορά την παράγωγη υπηρεσιών και αγαθών υγείας μέσω των τριών βαθμίδων περίθαλψης και το τρίτο στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας (Καλογερόπουλου & Μουρδουκούτας 2007).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 με τον νόμο 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας». Ο ιδρυτικός νόμος προέβλεπε την καθολική και ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, αποτελώντας ένα φιλόδοξο πρόγραμμα ανάπτυξης σε όλα τα επίπεδα των μονάδων υγείας (Ζηλίδης Χ., 2005). Μεταξύ άλλων οι βασικοί στόχοι του νόμου ήταν η ανάπτυξη δομών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η περιφερειακή συγκρότηση με την δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας (Λιαρόπουλος και συν., 2006), συνδυαστικά με τον περιορισμό του ιδιωτικού τομέα, αφού ο νόμος απαγόρευε την δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Ο χαρακτήρας πλέον του συστήματος είναι δημόσιος και ενιαίος με στόχο οι πόροι να κατανέμονται με βάση τις ανάγκες των γεωγραφικών περιφερειών (Παπαθεοδώρου και Μουσιδίου, 2011).

Εξαιτίας της ενασχόλησης του κράτους αποκλειστικά με την προσφορά υπηρεσιών υγείας και χωρίς την ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου παρουσιάστηκαν φαινόμενα προκλητής ζήτησης, αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες και δεν ξεπεράστηκαν οι γεωγραφικές ανισότητες, παρόλο που στην επαρχία κατασκευάστηκαν σύγχρονες μονάδες υγείας, οι οποίες όμως αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στελέχωσης (Λιαρόπουλος Λ. και συν., 2006). Επιπλέον, οι άτυπες πληρωμές και η παραοικονομία όλο και αναπτυσσόταν εξαιτίας της απουσίας ελεγκτικού μηχανισμού στις παραπομπές σε εξετάσεις και φάρμακα και στην ανορθολογική πολιτική αποζημίωσης των προμηθευτών (Liaropoulos L., 1998). Εξαιτίας των προαναφερθέντων γεγονότων οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν μετά την ψήφιση του νόμου 1397 στόχευαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού και την δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, στην ορθολογικότερη χρήση των πόρων και στην εφαρμογή σύγχρονου management στις μονάδες υγείας και πρόνοιας (Οικονόμου Χ., 2012).

Επιπλέον οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στην διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών δίνοντας περισσότερες ελευθερίες επιλογής στους ασθενείς καθώς και την συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Οικονόμου Χ., 2012). Ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας όπως έχει ήδη αναφερθεί απαγόρευε την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών όμως η πρώτη μεταρρύθμιση μετά την

δημιουργία του ΕΣΥ επιχειρήθηκε το 1990 με τον Ν.2071/1992, ο οποίος δεν απαγόρευε πλέον την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών στο πλαίσιο ενός γενικού εκσυγχρονισμού του συστήματος, ενθαρρύνοντας την ιδιωτικοποίηση και επιμερίζοντας τις δαπάνες υγείας στο κράτος και τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (Κυριόπουλος Γ., 1995).

Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας η παροχή των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται μέσω τριών βαθμίδων περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε πολίτες που δεν παραμένουν στο νοσοκομείο. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τα πολυιατρεία, από τα κέντρα υγείας και τα δημοτικά ιατρεία, από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και από ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε πολίτες οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας. Παρέχεται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, από νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ όπως τα στρατιωτικά και από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τέλος η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές και αφορά υπηρεσίες υψηλής τεχνογνωσίας (Δανηλίδου Α., 2009).

Το Υπουργείο Υγείας έχει επιτελικό ρόλο στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας καθώς βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας. Είναι αρμόδιο για την χάραξη πολιτικής υγείας, αποφασίζει για την κατανομή των πόρων και καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης. Στις αρμόδιες του επιπλέον συγκαταλέγεται και η εποπτεία του υγειονομικού προσωπικού και των διαφόρων επαγγελματιών που στελεχώνουν τις μονάδες υγείας και πρόνοιας καθώς και οι προσλήψεις. Ο εκάστοτε υπουργός εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων (Πολύζος Ν., 2014). Η υπερσυγκέντρωση των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας έχει σαν αποτέλεσμα να απέχει ουσιαστικά από τον επιτελικό του ρόλο (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000) και για το λόγο αυτό το 2011 δημιουργήθηκαν οι υγειονομικές περιφερειακές αρχές με σκοπό να μετακυλήσουν ορισμένες αρμοδιότητες στις εν λόγω αρχές. (Οικονόμου Χ., 2012).

Εκτός όμως από το Υπουργείο Υγείας στην διοικητική πυραμίδα των υπηρεσιών υγείας εμπλέκονται και άλλα υπουργεία. Το Υπουργείο Εργασίας το οποίο είναι υπεύθυνο για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Πολύζος Ν., 2014), το Υπουργείο Αμύνης που εποπτεύει τα στρατιωτικά νοσοκομεία, το Υπουργείο Παιδείας που είναι αρμόδιο για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και την παραγωγή επαγγελματιών υγείας και ιατρών, το Υπουργείο Δικαιοσύνης το οποίο είναι υπεύθυνο για τα νοσοκομεία των

φυλακών και γενικότερα για την υγεία των φυλακισμένων (Δανιηλίδου Α., 2009). Επιπρόσθετα καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει και το Υπουργείο Οικονομικών καθώς είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των δαπανών υγείας, το ύψος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών και κατανέμει τους πόρους για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου Χ., 2012).

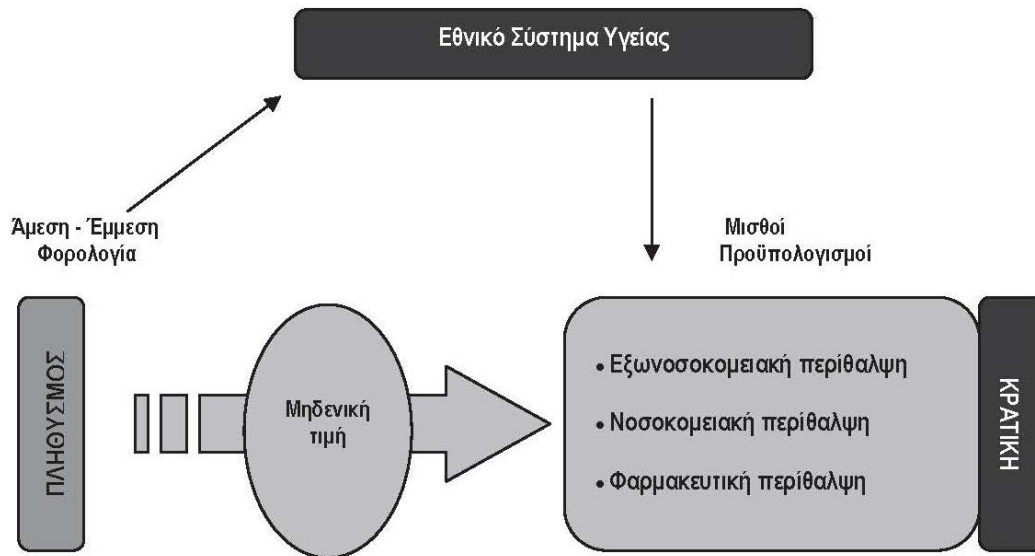
## **1.2 Οι Δαπάνες και η Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα**

Η οικονομία μιας χώρας, αλλά και το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών επηρεάζονται από τον τρόπο που χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας μίας χώρας (Λιαρόπουλος Λ., 2006). Καθώς στο μείγμα της χρηματοδότησης εμπλέκονται πολλοί φορείς η έννοια της χρηματοδότησης χαρακτηρίζεται ως σύνθετη. Πιο συγκεκριμένα η χρηματοδότηση περιλαμβάνει την προέλευση των πόρων αλλά και τα κριτήρια κατανομής αυτών, τους τρόπους που διαχειρίζονται οι πόροι, αλλά και οι μέθοδοι αποζημίωσης μέσω αυτών (Σούλης Σ., 1999).

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης. Ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας, η κοινωνική ασφάλιση μέσω των ταμείων υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές που προέρχονται είτε από το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, είτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Ρεκλείτη Μ., και συν., 2012). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μεικτό καθώς η προσφορά των υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ η ζήτηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, συνυπάρχοντας ο ιδιωτικός τομέας (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

Από την δεκαετία του 1970 και μετά η χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας για υπηρεσίες υγείας όλο και αυξανόταν. Μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την καθιέρωση του κλειστού νοσηλίου το ποσοστό αυξήθηκε σημαντικά γιατί τα κλειστά νοσήλια δημιούργησαν σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού από την κύρια πηγή εσόδων δεν καλυπτόταν πάνω από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού για τα νοσοκομεία, αυξάνοντας έτσι την κρατική παρέμβαση (Ρεκλείτη Μ., 2012). Επιπλέον από την γενική φορολογία εξασφαλίζονται οι δαπάνες που αφορούν επενδύσεις στην έρευνα, συντήρηση κτιρίων και εξοπλισμών, οι μισθοδοσίες των υπαλλήλων των νοσοκομείων και τέλος καλύπτονται τα ελλείμματα που προκύπτουν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Liaropoulos L., et al., 2008).

Παρακάτω παρατίθεται σχηματικά η χρηματοδότηση στο πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

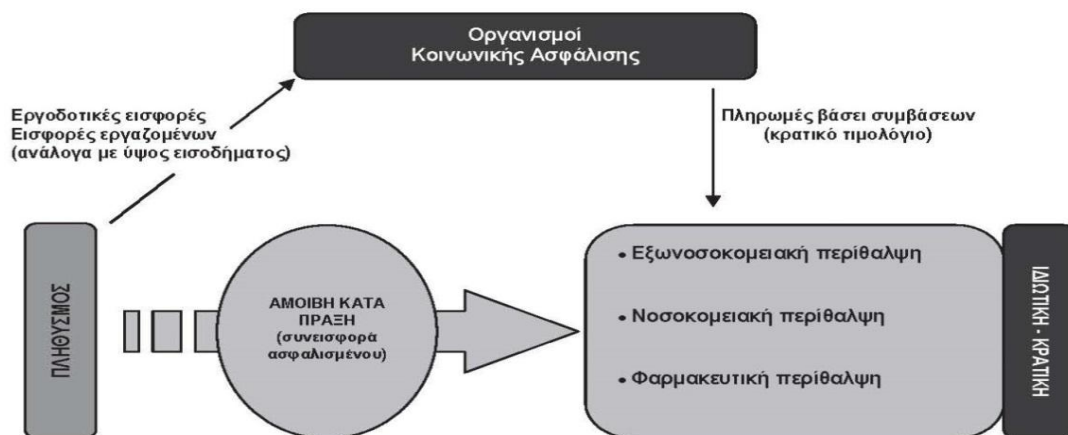


Πηγή: Κονδύλης Η., (2009)

Σχήμα 1.1

### Η Χρηματοδότηση στο Πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα έσοδα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι παροχές περιλαμβάνουν νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική, εν μέρει οδοντιατρική φροντίδα και ορισμένα επιδόματα (Ρεκλείτη Μ., κ συν., 2012). Παρακάτω παρατίθεται σχηματικά το σύστημα χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης.

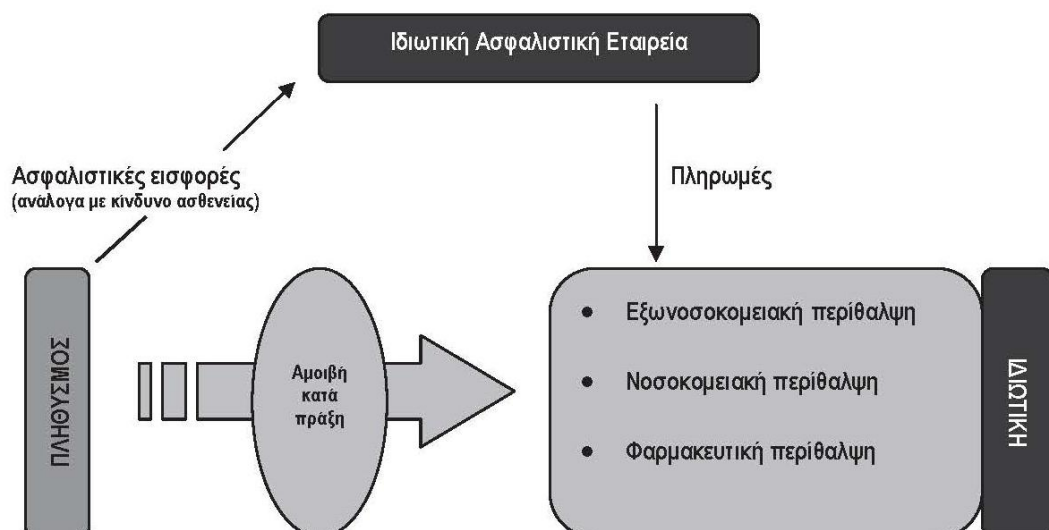


Πηγή: Κονδύλης Η., (2009).

## Σχήμα 1.2

### Το Σύστημα Χρηματοδότησης της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Παρόλο που το ΕΣΥ, πρεσβεύει την δωρεάν και καθολική κάλυψη του πληθυσμού εντούτοις εντύπωση προκαλεί το μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα, του οποίου η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη. Οι ιδιωτικές πληρωμές αφορούν αμοιβές σε ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα που δεν είναι συμβεβλημένα με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, την θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχεται από το ΕΣΥ, στην διαφορά που προκύπτει μεταξύ του εγκρινόμενου πόσου από τα ασφαλιστικά ταμεία με το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών και στα ασφάλιστρα που καταβάλλουν οι πολίτες σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προκειμένου να έχουν ασφάλιση υγείας (Ρεκλείτη Μ., και συν., 2012). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 90% των ιδιωτικών πληρωμών προέρχεται απευθείας από τους ασθενείς και μόνο το 10% από τις ασφαλιστικές εταιρείες (Τσακλόγλου Π., και συν., 2016). Οι ιδιωτικές δαπάνες εντοπίζονται περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και λιγότερο στην νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Επιπλέον, οι ιδιωτικές δαπάνες συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία ιατρών και νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό (Davaki & Mossialos, 2005). Στο ακόλουθο σχήμα απεικονίζεται η χρηματοδότηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.



Πηγή: Κονδύλης Η., (2009)

## Σχήμα 1.3

## **Το Σύστημα Χρηματοδότησης των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών**

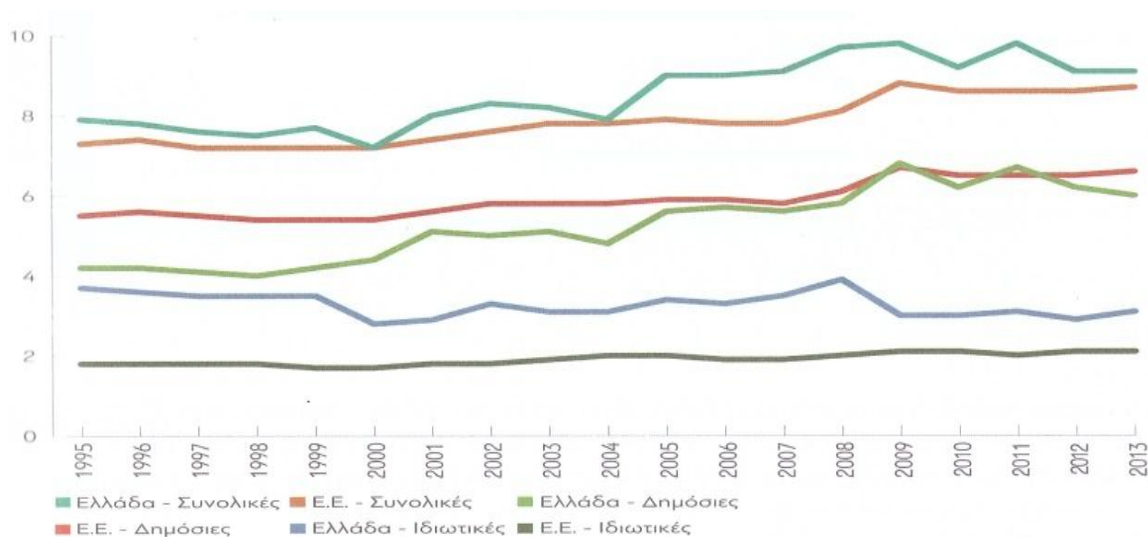
Συμπερασματικά στην χρηματοδότη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας το μερίδιο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα είναι σχεδόν ισότιμο (Kutzin J., et.al., 2009), εμφανίζοντας έτσι φαινόμενα κοινωνικών ανισοτήτων και υποδηλώνοντας χαμηλή αποδοτικότητα και προσβασιμότητα (Ρεκλείτη Μ. και συν., 2012). Επιπλέον, διακυμάνσεις παρατηρούνται με την πάροδο του χρόνου στα ποσοστά συμμετοχής στην χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και της γενικής φορολογίας, που δεν είναι όμως αποτέλεσμα παρεμβάσεων των εκάστοτε πολιτικών υγείας (Liaropoulos & Kaitelidou, 1998).

Επιστήμονες από τον κλάδο των οικονομικών της υγείας θεωρούν ότι η αυξητική τάση των δαπανών υγείας είναι αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης των προσδοκιών των ασθενών για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, στην συνειδητοποίηση των πολιτών σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, στην αύξηση των χρόνιων ασθενειών και στο κόστος των θεραπειών αυτών και τέλος στην ακριβή νέα ιατρική τεχνολογία. Παρόλο που δεν μπορεί να υπολογιστεί που θα φτάσει η αύξηση αυτή, υπολογίζεται σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ ότι η αύξηση των δαπανών υγείας έως το 2050 θα διπλασιαστεί (Ρεκλείτη Μ., 2012). Έχει αποδειχτεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους (Θεοδώρου Μ. και συν., 2001).

Στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας το 1960 ήταν 3,3% επί του ΑΕΠ με το 48% να αφορά δημόσιες δαπάνες, ενώ στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο ήταν 4,2% του ΑΕΠ, με το ποσοστό των δημοσίων δαπανών να αγγίζει το 61%. Το 1975 οι δαπάνες για τις χώρες του ΟΟΣΑ ανήλθαν σε 6,5% του ΑΕΠ, με το ποσοστό των δημοσίων δαπανών να φτάνει στο 76,2%, ενώ στην Ελλάδα ήταν 5,1% του ΑΕΠ και το αντίστοιχο ποσό των δημοσίων δαπανών ήταν 51%. Το 1984 και αφού είχε θεσμοθετηθεί το ΕΣΥ, παρατηρείται σημαντική αύξηση της τάξης του 7% επί του ΑΕΠ, με τις δημόσιες δαπάνες να αγγίζουν το 63%, δίνοντας και πάλι διαφορετική εικόνα από τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου ναι μεν σημειώθηκε αύξηση αλλά με ελεγχόμενους ρυθμούς (Souliotis & Kyriopoulos, 2005).

Το ποσοστό δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν το υψηλότερο του μέσου όρου των 28 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την περίοδο 1995-2013. Κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μια μικρή κάμψη, παραμένοντας το όγδοο υψηλότερο στην Ε.Ε. Αναφορικά με τις ιδιωτικές δαπάνες

υγείας παρόλο που μειώθηκαν από 3,9% του ΑΕΠ το 2008 σε 3,1% το 2013 παραμένει το υψηλότερο ποσοστό στην Ε.Ε., αντίθετα, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας το 1995 ήταν 4,2% έναντι με το μέσο όρο της Ε.Ε. 5,5%. Το 2009 έφτασε το 6,8% και μέχρι το 2013 παρέμεινε σε επίπεδα της τάξης του 6%. Η έλλειψη μηχανισμών αντιμετώπισης φαινομένων προκλητής ζήτησης θα μπορούσε να εξηγήσει την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας , οδηγώντας τα ασφαλιστικά ταμία σε σημαντικά ελλείμματα (Τσακλόγλου Π., κ συν., 2016). Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα και την ΕΕ κατά την περίοδο 1995-2013.



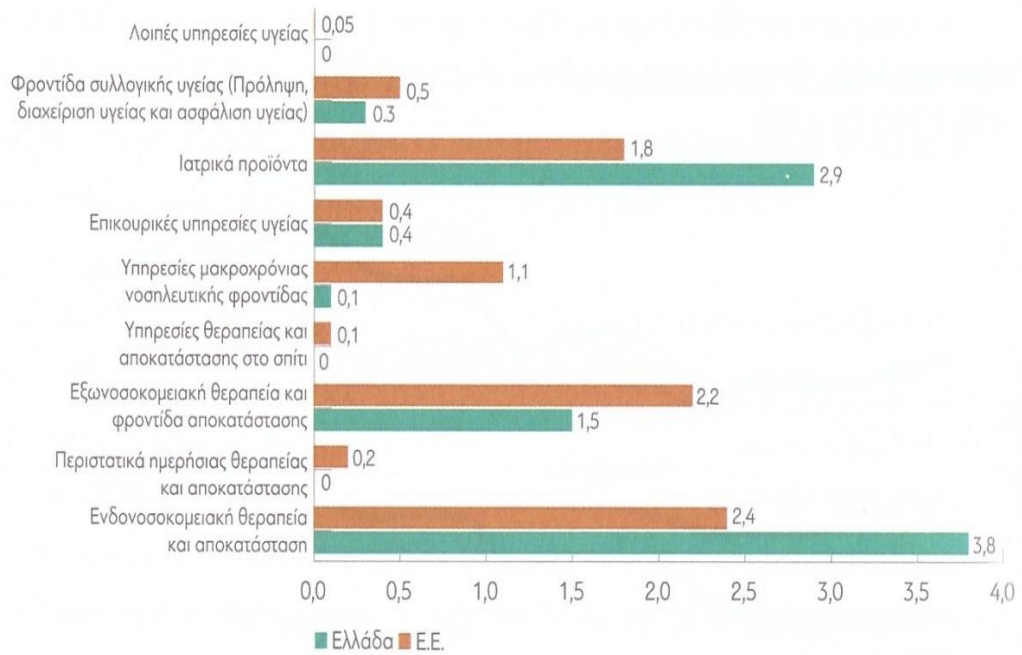
Πηγή: OECD (2013)

### Διάγραμμα 1.1

#### Ιδιωτικές και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε., 1995-2013 (%ΑΕΠ)

Εκτός όμως από τα ποσοστά των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας που παρατηρούνται ανάμεσα στην Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, επιπλέον διαφορές εντοπίζονται και στην δομή των δημόσιων δαπανών υγείας. Πιο αναλυτικά η Ελλάδα δαπανά λιγότερα για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, μακροχρόνια φροντίδα και προληπτική ιατρική, ενώ δαπάνα αναλογικά με τις υπόλοιπες χώρες πολλά περισσότερα για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη (Τσακλόγλου Π., κ.α., 2016). Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η ανάλυση των δαπανών για την Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ.



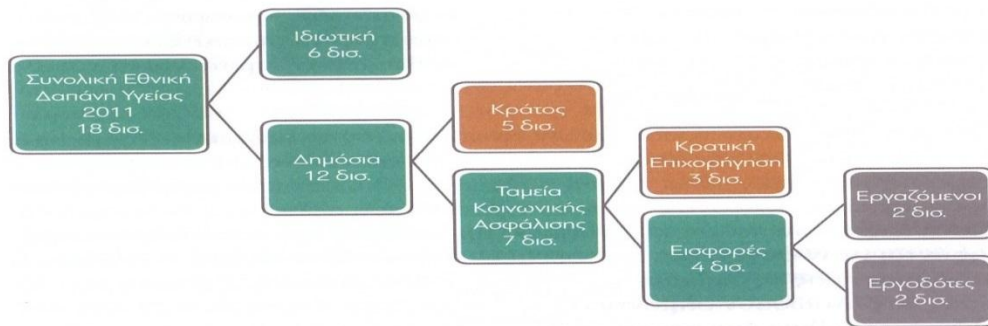


Πηγή: OECD (2013)

Διάγραμμα 1.2

### Ανάλυση των Δαπανών Υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε, 2013(% ΑΕΠ)

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2013), η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ανήλθε για το έτος 2011 σε 18 δις. Από αυτά τα 6 δις αφορούσαν ιδιωτικές δαπάνες, ενώ τα 12 δις προήλθαν από δημόσιες δαπάνες. Από τα 12 δις τα 5 δις προήλθαν από κρατικές δαπάνες, ενώ τα 7 δις από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Από τα 7 δις τα 4 δις ήταν εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών με 2 δις έκαστος, ενώ τα 3 δις προέρχονταν από την κρατική επιχορήγηση. Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται η δομή της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα το 2011.



Πηγή: Λιαρόπουλος Λ., (2013)

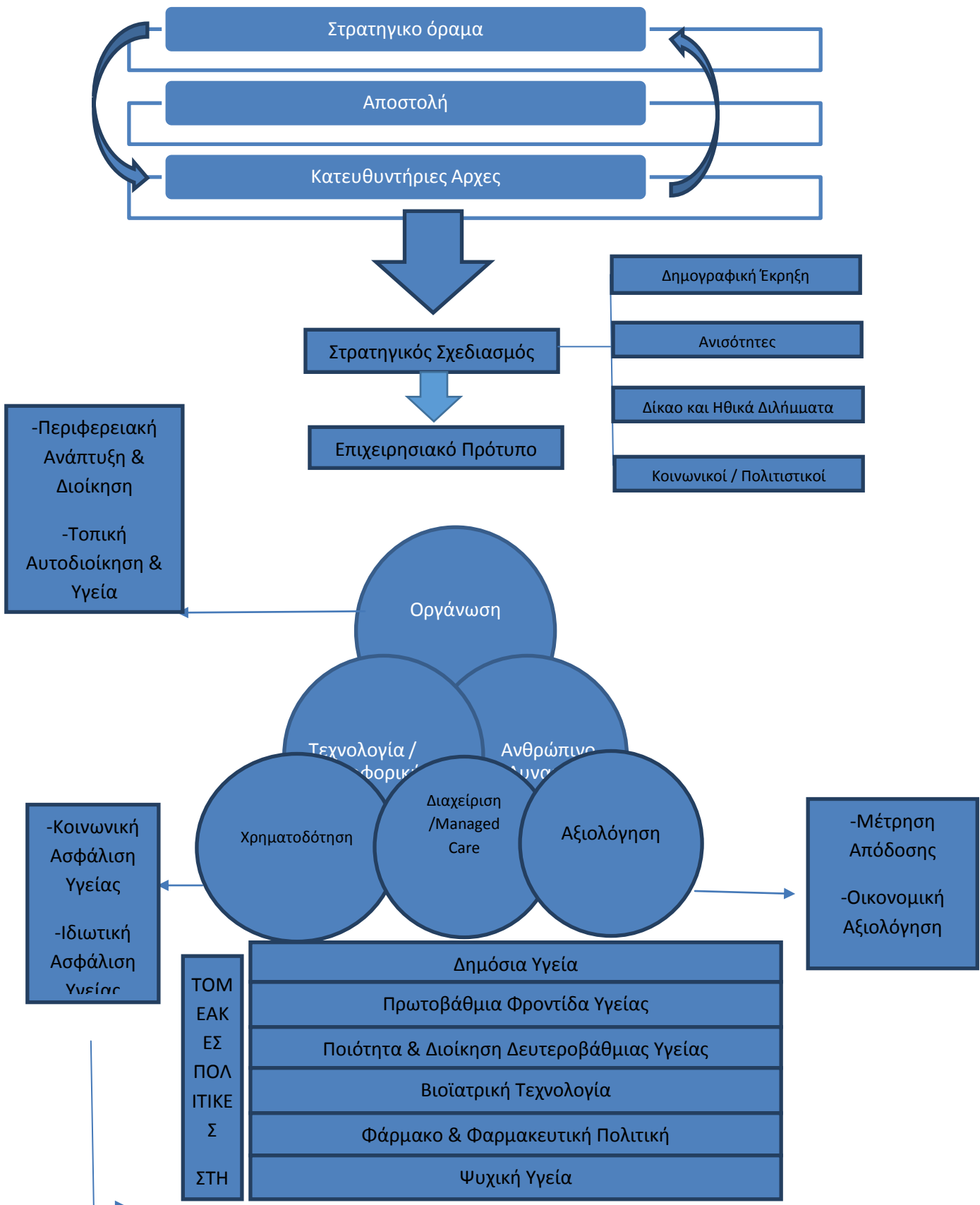
Σχήμα 1.4

### Δομή της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα, 2011

Συμπερασματικά σύμφωνα με τους Λιαρόπουλο και συν., (2006), ο τομέας της υγείας επιβαρύνει την Ελληνική οικονομία και κοινωνία υπέρμετρα με το παραγόμενο αποτέλεσμα, αφού οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί επιβαρύνονται με ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που θα έπρεπε να καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα. Ως παράδοξο χαρακτηρίζεται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας σύμφωνα με τους Liagoroulios & Kaitelidou (1998) γιατί παρά την μεταρρύθμιση του 1983, δεν μειώθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας παρά την αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης.

### **1.3 Τα Συστήματα Υγείας σε Ευρώπη και Αμερική**

Ο τρόπος που αναπτύσσονται και λειτουργούν τα συστήματα υγείας κάθε χώρας είναι συνάρτηση διάφορων παραγόντων όπως κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών συνθηκών. Βάσει των αναγκών και των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός κάθε χώρας επιλέγεται το πρότυπο του συστήματος (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Ανεξάρτητα από το πρότυπο συστήματος υγείας που επιλέγει κάθε χώρα ο σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η επάρκεια, η ισοτιμία, η ελεύθερη επιλογή και η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και γενικά από το σύστημα υγείας. Στο ακόλουθο σχήμα παρουσιάζεται η λειτουργία των συστημάτων υγείας, ανεξάρτητα από το πρότυπο συστήματος που επιλέγει η εκάστοτε χώρα.



Πηγή: Σουλιώτης Κ., (2006)  
**Σχήμα 1.5**  
**Μοντέλο Λειτουργίας των Συστημάτων Υγείας**

Τα προβλήματα όμως που αντιμετωπίζουν οι ανεπτυγμένες χώρες προκειμένου να υλοποιήσουν τους προαναφερθέντες στόχους διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο συστήματος που επιλέγουν (OECD, 2004). Τρεις είναι οι βασικοί τύποι συστημάτων:

- Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης.
- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark.
- Εθνικό σύστημα υγείας – σύστημα τύπου Beveridge.

Στα φιλελεύθερα συστήματα η υγεία αποτελεί ένα αγαθό όπως και όλα τα υπόλοιπα, επομένως η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη και η αγορά των υπηρεσιών υγείας είναι ελεύθερη (Friedman M., 1982) & (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994). Τα συστήματα υγείας τύπου Bismark κυριαρχούνται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα. Στα συστήματα υγείας τύπου Beveridge επικρατεί η αρχή ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα, επισημαίνοντας ότι το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στα εν λόγω συστήματα η χρηματοδότηση προέρχεται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας (Θεοδώρου Μ., και συν, 2001).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των Φιλελεύθερων Συστημάτων Υγείας είναι ότι βασίζεται στο σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης, αυξάνοντας τις υγειονομικές ανισότητες και αφήνοντας ένα μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστο. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες διαμορφώνεται ανάλογα της τιμής των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ η χρηματοδότηση που προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ποικίλουν ανάλογα με την κατάσταση υγείας και τους κινδύνους που διατρέχει ο εκάστοτε ασφαλισμένος. Το κράτος δεν εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παροχών υπηρεσιών υγείας, αλλά διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Επιπλέον τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας είναι προσανατολισμένα στην θεραπεία και ελάχιστα στην πρόληψη (Riseborough & Walter, 1998).

Στα χαρακτηριστικά των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης συγκαταλέγονται η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης σε συνδυασμό με την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, καθώς η ασφάλιση είναι υποχρεωτική χωρίς να εξαρτάται από το εισόδημα και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, ενώ η χρηματοδότηση προέρχεται από τις

εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και κριτήριο για την καταβολή είναι τόσο το ύψος του εισοδήματος όσο και η δυνατότητα καταβολής από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Στα Εθνικά Συστήματα Υγείας, η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και η πολιτική υγείας διαμορφώνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, τόσο του αγροτικού και ημιαστικού όσο και του αστικού, ενώ το αντίτιμο για τις υπηρεσίες που λαμβάνει ο πληθυσμός καταβάλλεται μέσω της φορολογίας. Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζουν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αφορούν την ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, την δίκαιη κατανομή των πόρων και τον έλεγχο των δαπανών, ενώ παρουσιάζουν μειονεκτήματα όπως την ανάπτυξη του φαινομένου της γραφειοκρατίας, των μεγάλων λιστών αναμονής και την περιορισμένη ελευθερία επιλογών των ασθενών τόσο για γιατρούς όσο και για νοσοκομεία (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

### **1.3.1 Το Σύστημα Υγείας της Αμερικής**

Το Αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το πλέον αντιπροσωπευτικό μεταξύ των φιλελευθέρων συστημάτων υγείας. Το σύστημα λειτουργεί με βάση τους νόμους της αγοράς καθώς η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη και αφορά τον καθορισμό των κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (Χλέτσος Μ., 2011). Επιπλέον το κράτος χρηματοδοτεί τα προγράμματα Medicare και Medicaid τα οποία καλύπτουν τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και φτωχούς, ανέργους και ανάπηρους αντίστοιχα (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από ιδιωτικές πηγές σε ποσοστό 55%, ενώ από τους κρατικούς πόρους το 45%. Η χρηματοδότηση των κρατικών πόρων προέρχεται από την ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση και από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (Χλέτσος Μ., 2011). Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι από τις υψηλότερες στο κόσμο και αντιστοιχούσαν το 2000 στο 13% του ΑΕΠ (5,8% δημόσιες και 7,2% ιδιωτικές) (Τούντας Γ., 2001).

Μεγάλο ποσοστό της τάξης του 15% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστο καθώς η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική και σχετίζεται με το οικονομικό υπόβαθρο των πολιτών. Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών ασφαλίζεται μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Τα πλέον γνωστά προγράμματα που παρέχονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες είναι τα HMOs (Health Maintenance Organizations) και τα

PPOs (Preferred Provider Organizations). Τα HMOs απαρτίζονται από ομάδες ιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε ένα σύνολο εγγεγραμμένων ατόμων που πληρώνουν ετήσια συνδρομή. Με το πρόγραμμα PPOs οι ασφαλισμένοι μπορούν να επισκεφτούν συμβεβλημένους ιατρούς με το πρόγραμμα διαφορετικά η δαπάνη δεν αποζημιώνεται εξ ολοκλήρου. Τέλος, υπάρχουν προγράμματα που παρέχονται σε ομάδες εργαζομένων και πληρώνονται από τους εργοδότες και τα ασφάλιστρα καθορίζονται με βάση την ηλικία, το επάγγελμα κ.λ.π. Οι παροχές προσφέρονται είτε από συμβεβλημένα νοσοκομεία, είτε από μη συμβεβλημένα νοσοκομεία καθώς και από υπηρεσίες που ανήκουν στην ασφαλιστική (Χλέτσος Μ.,2011).

Συμπερασματικά το σύστημα της Αμερικής χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκο και με μεγάλες αδυναμίες συγκριτικά με άλλα συστήματα καθώς δεν προάγει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, αντίθετα παρουσιάζονται αυξημένες ανισότητες καθώς η εκπλήρωση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση των πολιτών. (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

### **1.3.2 Το σύστημα υγείας της Γερμανίας**

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας θεωρείται αντιπροσωπευτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismark αφού κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση ενώ συνυπάρχουν αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργαζομένους και εργοδότες, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και οι περιφερειακές ενώσεις των ιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούν τους πυλώνες του συστήματος. Τα ασφαλιστικά ταμεία ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, που εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή που ζουν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το ύψος της συμμετοχής διαφέρει από ταμείο σε ταμείο ή από περιοχή σε περιοχή, όμως η καταβολή των εισφορών είναι 50% από τους εργαζόμενους και 50% από τους εργοδότες (Χλέτσος Μ., 2011). Το γερμανικό σύστημα χρηματοδοτείται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από την γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 25% αφορά σε ιδιωτικές δαπάνες (OECD, 1999). Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του συστήματος είναι ότι οι καταβεβλημένες εισφορές καθορίζονται από το εισόδημα των ασφαλισμένων αλλά και από την δυνατότητα καταβολής από αυτούς (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

### **1.3.3 Το Σύστημα Υγείας της Γαλλίας**

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα των συστημάτων τύπου Bismark συνδυάζοντας τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα τόσο στην παροχή όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Στο σύστημα υγείας της Γαλλίας υπάρχει έντονη παρέμβαση από την κυβέρνηση παρόλο που στηρίζεται στην χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης (Τούντας Γ., 2001). Αν και το Γαλλικό Σύστημα Υγείας θεωρείται ένα από τα πιο δαπανηρά συστήματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εντούτοις έχει καταφέρει να επιτύχει σχεδόν πλήρη κάλυψη του πληθυσμού καθώς η δημόσια ασφάλιση είναι υποχρεωτική και υποβοηθάτε από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη ασφάλιση.

Σε εθνικό επίπεδο υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, ενώ σε τοπικό τα περιφερειακά γραφεία Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Στο Γαλλικό σύστημα υγείας το 74% της χρηματοδότησης προέρχεται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, το 6% από τις εθελοντικές οργανώσεις, το 5% από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, το 13% από δαπάνες που απαιτούν την συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και λιγότερο από το 3% προέρχεται από την γενική φορολογία (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

### **1.3.4 Το Σύστημα Υγείας της Αγγλίας**

Το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας αποτελεί το κλασικό παράδειγμα των συστημάτων τύπου Beveridge. Η ίδρυση του το 1947 αποτέλεσε σημαντικό σταθμό στην οργάνωση του χώρου της υγείας καθώς ήταν το πρώτο σύστημα που παρείχε δωρεάν και καθολική πρόσβαση στο πληθυσμό, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά απευθείας από την γενική φορολογία (Χλέτσος Μ., 2011). Το 79% της χρηματοδότησης προέρχεται από την γενική φορολογία, το 16% από την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο 5% από τις ιδιωτικές πληρωμές (Τούντας Γ., 2001).

Διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας καθώς και από τις υγειονομικές περιφέρειες. Το δίκτυο των οικογενειακών ιατρών αποτελεί την πύλη εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας και θεωρείται ένα από τα πιο οργανωμένα τμήματα του συστήματος. Η μεταρρύθμιση που αφορούσε τον διαχωρισμό των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές μετέβαλε τα νοσοκομεία σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς, επιτρέποντας τους να λειτουργούν

ανταγωνιστικά με βάση τους κανόνες της αγοράς προσλαμβάνοντας το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζοντας τους μισθούς και τιμολογώντας τις υπηρεσίες (Χλέτσος Μ., 2011).

Συμπερασματικά το Βρετανικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα που κατάφερε να συγκρατήσει τις δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα, με τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα να είναι περιορισμένος και συμπληρωματικός ως προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα αντιμετωπίζοντας όμως προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

### **1.3.5 Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας**

Το εθνικό σύστημα της Σουηδίας εντάσσεται στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας, αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι του κράτους πρόνοιας αφού στηρίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους θέση δικαιούνται ισότιμη κάλυψη και παροχή υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανωμένες σε τρία επίπεδα αυτά της περιφέρειας, του νομού και του δήμου και η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα (Χλέτσος Μ., 2011).

Το 65% της χρηματοδότησης του συστήματος προέρχεται από τοπικούς, νομαρχιακούς και δημοτικούς πόρους, όπου τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλλουν φόρους, το 18% από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης, το 10% από τους κρατικούς φόρους, το 3% από την ιδιωτική ασφάλιση και το 4% από ιδιωτικές πληρωμές (Τούντας Γ., 2001).

Το βασικό πλεονέκτημα του συστήματος είναι η αποκεντρωτική του δομή (Glennester & Matsaganis, 1992), διαφοροποιώντας το Σουηδικό σύστημα υγείας από τα υπόλοιπα εθνικά συστήματα υγείας (Θεοδώρου Μ. κ συν., 2001).



**Πίνακας 1.1**  
**Σύγκριση Συστημάτων Υγείας Χωρών του ΟΟΣΑ**

	<i>Αγγλία</i>	<i>Σουηδία</i>	<i>Γερμανία</i>	<i>Γαλλία</i>	<i>Ελλάδα</i>	<i>Αμερική</i>
<b>Μοντέλο</b>	Beverige	Beverige	Bismark	Bismark	Μεικτό	Φιλελεύθερο
<b>Χρηματοδότηση</b>	Γενική Φορολογία	Γενική Φορολογία	Κοινωνική Ασφάλιση	Κοινωνική Ασφάλιση	Γενική Φορολογία και Κοινωνική Ασφάλιση	Ιδιωτικές πληρωμές, κρατικοί πόροι
<b>Δαπάνες Υγείας</b>	Χαμηλές	Χαμηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές	Υψηλές
<b>Διοίκηση</b>	Υπουργείο Υγείας, Υγειονομικές περιφέρειες, Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές.	Υπουργείο Υγείας: θεσπίζει νόμους, ελέγχει, διοίκηση από περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια.	Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και ομοσπονδιακά κρατίδια.	Υπουργείο Υγείας, Περιφερειακά και Δημοτικά Συμβούλια.	Υπουργείο Υγείας και Κεντρικό Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, Περιφερειακά και Δημοτικά Συμβούλια.	Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και ομοσπονδιακά κρατίδια.
<b>Αμοιβές ιατρών και αποζημιώσεις νοσοκομείων</b>	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό. Οικογενειακών ιατρών: κατά κεφαλήν. Νοσοκομείων: προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό. Ιδιωτών ιατρών: κατά υπηρεσία. Νοσοκομείων: προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό. Ιδιωτικών ιατρών: κατά πράξη. Νοσοκομείων: προοπτικός προϋπολογισμός	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό. Ιδιωτικών ιατρών: κατά πράξη. Νοσοκομείων: προοπτικός σφαιρικός προϋπολογισμός και ιδιωτικές πληρωμές	Νοσοκομειακών ιατρών: με μισθό. Ιδιωτικών ιατρών: κατά υπηρεσία. Νοσοκομείων: γενική φορολογία, πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών	Ιδιωτικές πληρωμές, προγράμματα υγείας
<b>Κάλυψη Υγείας</b>	Καθολική και δωρεάν	Ισότιμη και δωρεάν κάλυψη.	Σχεδόν πλήρης κάλυψη του πληθυσμού	Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού	Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών Υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού	Ανεπαρκής
<b>Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα</b>	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή
<b>Προβλήματα</b>	Έγερση μονοπωλίων, μεγάλες λίστες αναμονής, προβλήματα πρόσβασης	Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς	Πολυδιάσπαση φορέων	Περιορισμένη ανάπτυξη συστημάτων φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τους χρόνια πάσχοντες	Ανισότητες, λίστες αναμονής, άτυπες πληρωμές, γραφειοκρατία	Δυσανεμία πολιτών, υψηλές τιμές για τους ανασφάλιστους
<b>Κρατική παρέμβαση</b>	Μερική	Μερική	Έντονη	Έντονη	Έντονη	Μηδαμινή

Πηγή: Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας (2007)

Συμπερασματικά στον ανωτέρω πίνακα συγκρίνονται τα συστήματα υγείας των προαναφερθέντων χωρών ως προς τις δαπάνες, την χρηματοδότηση, την διοίκηση, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, την κάλυψη υγείας, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και τον τρόπο που αποζημιώνονται οι ιατροί και τα νοσοκομεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1 Ο Ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ελλάδα**

Η ασφαλιστική αγορά για υπηρεσίες υγείας από το 1970 που η Ελλάδα κατείχε το μικρότερο ποσοστό, όπου οι πολίτες σύναπταν συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Πολλοί είναι οι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες στράφηκαν στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Ο σημαντικότερος εξ αυτών είναι η αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, χωρίς αναμονές και σε χώρους με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο έπαιξαν και οι συμβάσεις που υπέγραψαν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες με μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα και διαγνωστικά κέντρα.

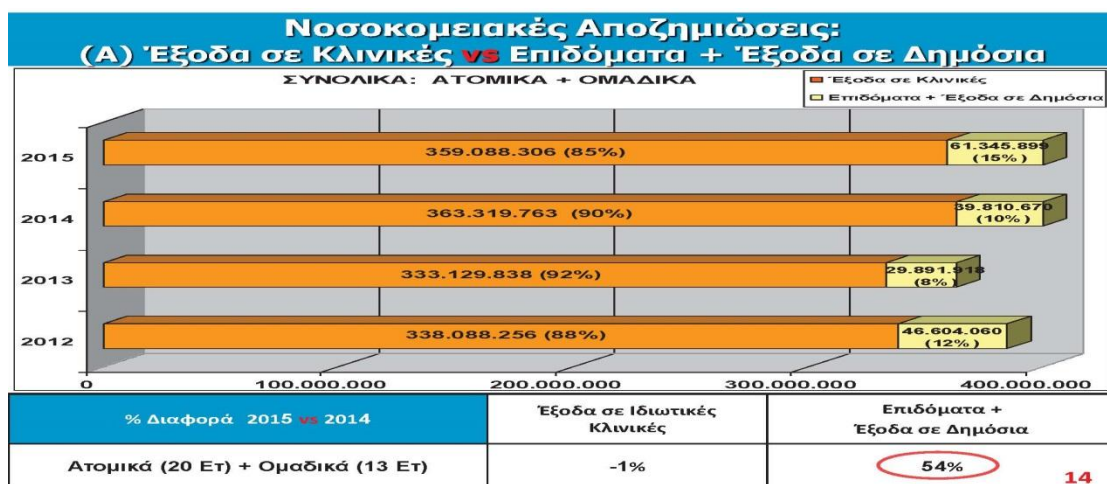
Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής. Εν συνεχεία, εξετάζεται η σχέση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών με τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, συγκρίνονται η ιδιωτική με την κοινωνική ασφάλεια ως προς το μοντέλο λειτουργίας τους.

Η αποζημίωση για τυχαίες ζημιές καθώς και η παροχή χρημάτων ή υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους έναντι ασφαλιστρών ορίζεται ως ασφάλιση. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ασφάλισης είναι η συγκέντρωση κινδύνων, η μεταφορά κινδύνου, η μείωση της αβεβαιότητας και η αποζημίωση. Ο κίνδυνος ορίζεται ως η αβεβαιότητα σχετικά με την επέλευση ενός ζημιογόνου ενδεχόμενου (Νεκτάριος Μ., 2003).

Στην Ελλάδα οι βασικές ανάγκες για περίθαλψη καλύπτονται από την Κοινωνική Ασφάλιση, εντούτοις εξαιτίας των καθυστερήσεων στις εισαγωγές στα νοσοκομεία, την μη ικανοποίηση των πολιτών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την περιορισμένη ελευθερία επιλογών για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας ευνόησαν την ανάπτυξη των πωλήσεων των ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας (Νεκτάριος Μ., 2003).

Τα προγράμματα υγείας αφορούν καλύψεις νοσοκομειακών εξόδων, επιδοματικές καλύψεις, εξωνοσοκομειακές καλύψεις καθώς και επιδόματα σε περίπτωση ανικανότητας. Τα προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων σχετίζονται με

αποζημιώσεις για δωμάτιο και τροφή, τα έξοδα χειρουργείου, τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις εντός νοσηλείας και τις αμοιβές ιατρών. Τα επιδόματα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, το χειρουργικό επίδομα και το ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα. Η κάλυψη αυτή προβλέπει την καταβολή ενός συγκεκριμένου εφάπαξ πόσου για κάθε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης ή παραμονής στο νοσοκομείο ανεξάρτητα από τα πραγματικά έξοδα νοσηλείας. Τα επιδόματα παρέχονται ως κίνητρο στους ασφαλισμένους που επιλέγουν κρατικά νοσοκομεία για να νοσηλευτούν και αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση ή από το κράτος. Τα προγράμματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης συνήθως επιβάλουν την συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος (10% με 20%), για φάρμακα, εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις. Η παροχή γίνεται μέσω συμβεβλημένων με την ασφαλιστική εταιρεία διαγνωστικών κέντρων και συμβεβλημένων ιατρών. Τα προγράμματα επιδόματος σε περίπτωση ανικανότητας παρέχονται όταν ο ασφαλισμένος έχει απώλεια εσόδων από την εργασία του (Νεκτάριος Μ., 2014). Ακολούθως παρουσιάζονται τα έξοδα σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας για τα έτη 2012-2015 σε κλινικές και επιδόματα καθώς και καλυπτόμενα έξοδα σε δημόσιους παρόχους από ιδιωτικές ασφαλιστικές.



Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος

**Διάγραμμα 2.1**

**Τα Έξοδα για τα Έτη 2012-2015 σε Κλινικές και Επιδόματα καθώς και Καλυπτόμενα Έξοδα σε Δημόσιους Παρόχους από Ιδιωτικές Ασφαλιστικές**

Οι ασφαλίσεις υγείας παρέχονται με την μορφή ατομικών και ομαδικών συμβολαίων. Τα ατομικά συμβόλαια σχετίζονται με την υγεία και την ζωή ενός προσώπου, ενώ τα ομαδικά σχετίζονται με τη υγεία και την ζωή μιας ομάδας ασφαλισμένων (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας). Συνήθως τα ομαδικά συμβόλαια παρέχονται από τους εργοδότες στους εργαζόμενους (ΟΑΣΑ, 2004) με τη συμμετοχή των τελευταίων στο κόστος των υπηρεσιών να κυμαίνεται στο 10% με 20%. Το ύψος των ασφαλιστρών καθορίζεται ανάλογα με τον κίνδυνο ασθένειας των ατόμων λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία και άλλους δημογραφικούς παράγοντες (Δήμου & Μανωλέσσου, 2000).

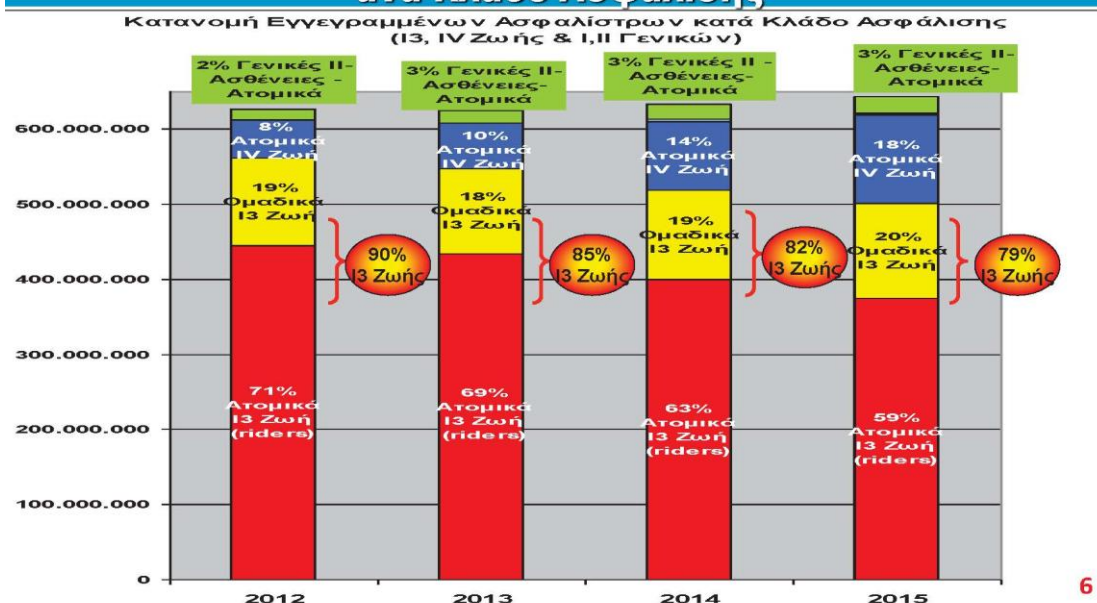
Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μπορεί να είναι κύριος (iv) υποκαθιστώντας την κοινωνική ασφάλιση, πρόσθετος ή συμπληρωματικός (riders) (Σίσκου Ο., 2006). Στις περιπτώσεις που ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πρόσθετος της κοινωνικής ασφάλισης οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν υπηρεσίες είτε που δεν παρέχονται από το δημόσιο σύστημα (οδοντιατρική περίθαλψη, αγορά θεραπευτικού εξοπλισμού κ.α.), είτε που παρέχονται εξασφαλίζοντας όμως για τους ασφαλισμένους ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις (Huber & Orosz, 2003). Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικός της κοινωνικής ασφάλισης παρέχει στους ασφαλισμένους την κάλυψη των θεσμοθετημένων εξόδων που προκύπτουν κατά την συνδιαλλαγή τους με τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Kutzin J., 1998).

Η διαδικασία αποζημίωσης που ακολουθούν οι ασφαλιστικές εταιρείες διέπεται από κάποιους βασικούς κανόνες, χωρίς να υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στον τρόπο αποζημίωσης μεταξύ των εταιρειών. Στην περίπτωση των διαγνωστικών εξετάσεων οι ασφαλιστικές εταιρείες συνάπτουν συνεργασία με διαγνωστικά κέντρα ή νοσηλευτικά ιδρύματα, που ο ασφαλισμένος έχει την δυνατότητα να πραγματοποιήσει τις εξετάσεις, με το κόστος αυτών να καλύπτεται απευθείας από την ασφαλιστική εταιρεία και ο ασφαλισμένος να καταβάλει το ποσοστό της συμμετοχής του αν υπάρχει σχετικός όρος στο συμβόλαιο του. Αναφορικά με τις αποζημιώσεις για νοσοκομειακά έξοδα αυτές επιτυγχάνονται είτε απευθείας από τις ασφαλιστικές εταιρείες προς τα συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα, είτε απολογιστικά όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε μη συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Με τον όρο απολογιστική αποζημίωση εννοείται ότι ο ασθενής καταβάλει ο ίδιος το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που κατανάλωσε, προσκομίζει τις αποδείξεις και τα τιμολόγια στην ασφαλιστική εταιρεία

και λαμβάνει τα χρήματα από αυτή. Τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία δίνουν την δυνατότητα στους ασθενείς να υπογράψουν συναλλαγματικές επιταγές ιδιαίτερα όταν το κόστος νοσηλείας είναι υψηλό. Παράλληλα οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα ταυτόχρονα με την ιδιωτική ασφάλεια να κάνουν χρήση και της κοινωνικής ασφάλισης, μειώνοντας έτσι ή και εκμηδενίζοντας το κόστος που προκύπτει από το ποσοστό της συμμετοχής τους (αν υπάρχει), βάσει του ασφαλιστικού προγράμματος που έχουν επιλέξει ([www.asfaleia-ygeias.com/idiotiki](http://www.asfaleia-ygeias.com/idiotiki)). Στην Ελλάδα εξαιτίας της αδυναμίας του δημόσιου συστήματος υγείας και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να μείνουν ικανοποιημένοι οι πολίτες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και εξαιτίας των καταστροφικών δαπανών υγείας που επωμίζονται οι πολίτες με άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και τις ιδιωτικές πληρωμές για δαπάνες υγείας η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρουσίασε ανοδική πορεία (Eurobarometer 1998 & Σίσκου Ο., 2006).

Πιο συγκεκριμένα το 1976 μόλις το 0,6% του πληθυσμού διέθετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας (ΚΕΠΕ 1998), ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 το ποσοστό άγγιζε το 2%, που ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη (Sneider & Poulhier 1991). Το 2003 το ποσοστό ξεπερνούσε το 15%. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι αυτή η μεγάλη αύξηση οφείλετε στην δυσκολία διαχωρισμού των συμβολαίων υγείας από τα συμβόλαια ζωής (Σίσκου Ο., 2006).

## Κατανομή Εγγεγραμμένων Ασφαλιστρών Υγείας ανά Κλάδο Ασφάλισης



Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος

Διάγραμμα 2.2

### Οι Εγγεγραμμένοι ανά Κλάδο Ασφάλισης για τα Έτη 2012-2015

#### 2.2 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Συμπερασματικά το 2014 η παραγωγή ασφαλιστρών έφτασε τα 120 δις € (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας).

Σύμφωνα με τους Colombo & Taray (2004), υπάρχει σχέση εξάρτησης των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων της ιδιωτικής ασφάλισης με το δημόσιο σύστημα υγείας. Έτσι από την μια πλευρά οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα πρέπει να λειτουργούν λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους των υγειονομικών συστημάτων και από την άλλη η πολιτική ηγεσία θα πρέπει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν από την εμπλοκή της ιδιωτικής ασφάλισης στο δημόσιο σύστημα υγείας (Σίσκου Ο., 2007).

Σύμφωνα με έρευνα των Christiansen et al., (2002), προκύπτει ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας απευθύνεται σε άτομα μορφωμένα με υψηλά εισοδήματα. Αντίθετα σύμφωνα με τους Mossialos & Thomson (2006), άτομα που είναι πιο πιθανό να αρρωστήσουν και με χαμηλό εισόδημα, αντιμετωπίζοντας δυσκολίες να ανταποκριθούν στο κόστος της θεραπείας, δεν έχουν τη δυνατότητα σύναψης ιδιωτικών συμβολαίων υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αυξάνει τις ανισότητες στην

πρόσβαση υπηρεσιών υγείας που έτσι και αλλιώς παρατηρούνται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Από διάφορους ερευνητές έχει υποστηριχθεί ότι η συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αφενός μειώνει την ζήτηση για τις υπηρεσίες και αφετέρου με τα έσοδα αυτά μπορούν να καλυφθούν υγειονομικές ανάγκες των ατόμων με χαμηλό εισόδημα προς άμβλυνση των ανισοτήτων (Abel – Smith B., 1994) & (Willman J., 1998). Επιπλέον σε χώρες που η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος αποζημιώνεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, εξασφαλίζεται η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (Σίσκου ., 2007).

Στα συστήματα όπου η ιδιωτική ασφάλεια λειτουργεί παράλληλα με το δημόσιο σύστημα, το κράτος μπορεί να επωφεληθεί αυξάνοντας την αποδοτικότητα του συστήματος, αλλά και μετακυλώντας μέρος των δαπανών στους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στα φιλελεύθερα συστήματα που βασίζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω των ανταγωνιζόμενων ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών οι πολίτες έχουν την δυνατότητα επιλογής του παρόχου υπηρεσιών υγείας, με αυξημένο όμως κόστος (Σίσκου Ο.,2007).

Σημαντικά μειονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι αναπτύσσονται τα φαινόμενα του ηθικού κινδύνου (moral hazard) και της αντίστροφης επιλογής (adverse selection). Εξαιτίας της κάλυψης του κόστους από τις ασφαλιστικές εταιρείες πολλές φορές παρατηρείτε αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό ορίζεται ως ηθικός κίνδυνος και οδηγεί στην αύξηση των αποζημιώσεων και κατ' επέκταση στην αύξηση των ασφαλιστρών. Για να αντιμετωπίσουν οι ασφαλιστικές εταιρείες το φαινόμενο αυτό συχνά τα συμβόλαια προϋποθέτουν πόσο συμμετοχής και των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες που λαμβάνουν (Σίσκου Ο.,2007).

Οι ασφαλιστικές εταιρείες προσπαθούν να προσελκύσουν άτομα χαμηλού κινδύνου, αποκλείοντας ασφαλισμένους που εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από κάποια ασθένεια. Το φαινόμενο αυτό ορίζεται ως αντίστροφη επιλογή (Σίσκου Ο., 2007) και τα αποτελέσματα του φαινομένου είναι τα άτομα που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για ιδιωτική ασφάλιση, ουσιαστικά στερούνται το δικαίωμα σύναψης συμβολαίων με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες , αυξάνοντας επιπλέον τις ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (ΟΑΣΑ, 2003).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εκτός από τον ρόλο που μπορεί να έχει για το σύστημα υγείας επιδράει και στην οικονομία μιας χώρας. Πιο αναλυτικά σύμφωνα με τον Ρούπα



(2006), η επίδραση της ιδιωτικής ασφάλισης στην οικονομία είναι εμφανής για τους κάτωθι λόγους:

- Αποκατάσταση των ζημιών. Επιτυγχάνεται η ομαλοποίηση των οικονομικών επιπτώσεων που προέρχονται από την πραγματοποίηση των ασφαλιστικών κινδύνων.
- Ενθαρρύνονται οι επαγγελματικές πρωτοβουλίες για μεγάλες οικονομικές επενδύσεις.
- Ενθαρρύνονται οι επαγγελματικές πρωτοβουλίες για ανάληψη κινδύνων με νέες τεχνολογικές εφαρμογές.
- Επενδύονται τα αποθεματικά των ασφαλιστικών εταιρειών σε παραγωγικούς τομείς και έτσι βελτιώνεται η ποιότητα ζωής.
- Δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας με αποτέλεσμα την μείωση της ανεργίας.
- Επενδύεται τεράστιο ύψος αποθεμάτων σε κρατικούς τίτλους αλλά και χρεόγραφα διαπραγματεύσιμα στο χρηματιστήριο με αποτέλεσμα την ενίσχυση της χρηματαγοράς – κεφαλαιαγοράς.
- Ασκείται αντιπληθωριστική επίδραση, χωρίς να αγνοείται η συμβολή των ασφαλιστικών εταιρειών στην αύξηση των εσόδων του Δημοσίου από άμεσους και έμμεσους φόρους.

### **2.3 Η Σχέση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας με τον Ιδιωτικό Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα**

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξητική τάση προτίμησης των πολιτών προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που δικαιολογούν το φαινόμενο αυτό, αλλά ο πλέον σημαντικός σύμφωνα με τον Οικονόμου (1999) είναι η άμεση συνεργασία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που η μεγάλη του ανάπτυξη οφείλετε στην αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η ιδιωτική ασφάλιση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα διατηρούν μια αλληλεξαρτώμενη σχέση, αφού το ένα μέρος στηρίζεται στην ανάπτυξη του άλλου. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει την ανάγκη του ιδιωτικού τομέα υγείας, διότι παρουσιάζεται ως θεμελιώδες επιχείρημα για την πώληση των προϊόντων της. Από την άλλη πλευρά ο ιδιωτικός τομέας υγείας έχει την ανάγκη της ιδιωτικής ασφάλισης, διότι σηματοδοτεί την μεγαλύτερη πηγή εσόδων (Ρούπας Θ., 2006).

Η γρήγορη ανάπτυξη των δαπανών για την υγεία και τα διαρθρωτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ, εξηγούν τους λόγους για τους οποίους έχουν αυξηθεί οι επενδύσεις από ιδιώτες στον τομέα της υγείας (Μόσιαλος & Θεοδώρου, 2003). Επιπλέον, εξαιτίας της άμεσης προσαρμογής του ιδιωτικού τομέα στις τεχνολογικές εξελίξεις συνδυαστικά με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας αλλά και λόγω της απαγόρευσης με την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, για την δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών κατά την δεκαετία του 1980 δημιουργήθηκαν πολλά διαγνωστικά κέντρα, με σκοπό το υψηλό κέρδος από την μεριά των ιδρυτών (Μπέσης Ν., 1993). Τα διαγνωστικά κέντρα παρέχουν ως επί το πλείστον σύγχρονο εξοπλισμό και στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό (Σουλιώτης Κ., 2000).

Ξεπερνώντας το στάδιο της ανεξέλεκτης δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων, οι επενδυτές προχώρησαν στην ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων, με την προοπτική να αποσπάσουν μερίδια από το ΕΣΥ, το οποίο στα μέσα της δεκαετίας του 1990 αντιμετώπιζε μια φάση αναζήτησης νέου προσανατολισμού (Ρούπας Θ., 2006). Η δημιουργία των ιδιωτικών κλινικών διέπτετε από αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο το οποίο μεταξύ άλλων περιλαμβάνει την δανειοδότηση και τις προδιαγραφές λειτουργίας. Οι προδιαγραφές λειτουργίας με την σειρά τους περιλαμβάνουν τις κτηριακές προδιαγραφές, τις προδιαγραφές υγιεινής και ασφάλειας, υποχρεωτικό εξοπλισμό, κατώτατα όρια στελέχωσης αλλά και κατώτατο αριθμό κλινών ανά κλίνη (Κονδύλης Η., 2009). Οι περισσότερες ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα είναι μικρές αφού δεν μπορούν να προσαρμοστούν στις προδιαγραφές του νομοθετικού πλαισίου (Ανδριώτη Δ., 1998), παρά ταύτα αν και δεν είναι πολλές στον αριθμό υπάρχουν πολυδύναμες κλινικές, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, σε ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις με σύγχρονο εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Τα τελευταία χρόνια ο κλάδος των ιδιωτικών παροχών υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακατατάξεις λόγω των εξαγορών και συγχωνεύσεων μεταξύ των γενικών κλινικών, των μαιευτικών και γυναικολογικών κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων. Αποτέλεσμα των συγχωνεύσεων είναι η επικράτηση πολυδύναμων επιχειρηματικών ομιλών, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες τόσο διάγνωσης όσο και θεραπείας. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και εστιάζει στην ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στην αναβάθμιση της ποιότητας, στη ταχύτητα με την οποία παρέχονται οι υπηρεσίες, στην

επέκταση τους και σε περισσότερες περιοχές αλλά και στην συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς (ICAP, 2008).

#### **2.4 Σύγκριση Ιδιωτικής και Κοινωνικής Ασφάλισης**

Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης λειτουργεί ταυτόχρονα και συμπληρωματικά με την κοινωνική ασφάλιση και εξυπηρετεί τις ίδιες ανάγκες και στόχους, δηλαδή την εξασφάλιση του ατόμου από κινδύνους θεμελιώδους σημασίας που καθορίζουν την προσωπική, οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική του υπόσταση. Ο άνθρωπος με σκοπό να αντιμετωπίσει τους κινδύνους που τον περιβάλλουν απευθύνεται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς που του παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη. Ο άνθρωπος ασφαλίζεται είτε από την κοινωνική είτε από την ιδιωτική ασφάλιση, είτε και από τις δύο ταυτόχρονα προκειμένου σε περίπτωση που υποστεί ζημία να μπορεί να την αποκαταστήσει και μειώσει τις συνέπειες της (Ρούπας Θ., 2006).

Το κύριο χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι βασίζεται σε μια ελεύθερη σύμβαση που υποχρεώνει την ασφαλιστική εταιρεία να καλύψει τις δαπάνες του ασφαλισμένου για δαπάνες υγείας ή να καταβάλει επιδόματα σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση που αποτελεί μηχανισμό προστασίας του κράτους προς τον πολίτη, έναντι στους βασικούς κινδύνους που αντιμετωπίζει όπως την ασθένεια, την αναπηρία, το γήρας κ.α. ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης. Συμπερασματικά οι δύο αυτές κατηγορίες ασφάλισης διαφέρουν ως προς την φιλοσοφία τους και την πρακτική τους (Ρούπας Θ., 2006).

Η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και συνδέεται με την επαγγελματική απασχόληση, αντίθετα η ιδιωτική ασφάλιση είναι προσωπική υπόθεση του κάθε ατόμου και έχει συνήθως χαρακτήρα συμπληρωματικό, με στόχο να καλύπτει τα κενά της κοινωνικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση διέπεται από τις διατάξεις του Δημοσίου Δικαίου και τους νόμους του κράτους, αντίθετα η ιδιωτική ασφάλιση ρυθμίζεται νομικά από τον εμπορικό νόμο. Η ασφαλιστική επιχείρηση διέπεται από το νομοθετικό διάταγμα 400/1970, είναι ανώνυμη εταιρεία και ασχολείται αποκλειστικά με ασφαλιστικές εργασίες (Ρούπας Θ., 2006).

Τα ασφαλιστρα (εισφορές) της κοινωνικής ασφάλισης αντιστοιχούν στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες και μεταβάλλονται μόνο με υπουργική απόφαση. Η μεταβολή του ύψους των εισφορών αποφασίζεται με βάση την βιωσιμότητα του ασφαλιστικού ταμείου, λαμβάνοντας υπόψη και άλλους μακροοικονομικούς παράγοντες, όπως η μείωση του εισοδήματος και η αύξηση της ανεργίας. Τα οικονομικά ελλείμματα που

προκύπτουν στα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή διευθετούνται με παρέμβαση του κράτους. Από την άλλη μεριά τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση κυμαίνονται ανάλογα με τον ατομικό κίνδυνο, δηλαδή την πιθανότητα να προκύψει μια ζημία. Η μεταβολή των ασφαλιστρών και η αλλαγή της ασφαλιστικής κάλυψης, είναι αποτέλεσμα αμοιβαίας συμφωνίας μεταξύ του ασφαλισμένου και της ασφαλιστικής εταιρείας. Τα ελλείμματα των ασφαλιστικών εταιρειών επιβαρύνουν την ίδια την επιχείρηση, ελλοχεύοντας πάντα ο κίνδυνος, η ασφαλιστική εταιρεία να οδηγηθεί σε πτώχευση και οι ασφαλισμένοι να υποστούν οικονομικές συνέπειες. Για το λόγο αυτό ιδρύθηκε το επικουρικό κεφάλαιο, που ανήκει στο δημόσιο και καλύπτει τους ασφαλισμένους σε περίπτωση που η ασφαλιστική εταιρεία αδυνατεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της. Κάθε ασφαλιστικό συμβόλαιο, επιβαρύνεται με το ασφαλιστικό τέλος 1% με συμμετοχή 70% του καταναλωτή και 30% της ασφαλιστικής εταιρείας και με αυτούς τους πόρους χρηματοδοτείται το επικουρικό κεφάλαιο (Ρούπας Θ., 2006).

***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ  
ΜΕΛΕΤΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ***



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 3.1 Καθορισμός Ερευνητικού Προβλήματος

Στο τρίτο κεφάλαιο εξηγείται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία. Πιο αναλυτικά καθορίζεται το ερευνητικό πρόβλημα και αναφέρεται η σημαντικότητα της έρευνας καθώς και οι περιορισμοί της, η διαδικασία της δειγματοληψίας και παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στο ρόλο της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας τις επιλογές των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ως προς τους παρόχους και συγκριτικά με την κοινωνική ασφάλιση. Επιπρόσθετα εξετάζει την δυνατότητα της ιδιωτικής ασφάλειας υγείας να ενισχύσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αφενός επιμερίζοντας μέρος των δαπανών από τον κρατικό προϋπολογισμό στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και αφετέρου αν θα ωφελούσε το δημόσιο σύστημα η χρήση της ιδιωτικής ασφάλειας στα δημόσια νοσοκομεία, ενισχύοντας τον ανταγωνισμό μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, έχοντας ο ασθενής το δικαίωμα επιλογής μεταξύ της κοινωνικής ή της ιδιωτικής ασφάλισης. Επιπλέον εξετάζει από την οικονομική σκοπιά ως οικονομία κλίμακος την χρήση της ιδιωτικής ασφάλειας στα δημόσια νοσοκομεία εξοικονομώντας πόρους για το κράτος αλλά και για τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αφού εξορισμού τα δημόσια νοσοκομεία είναι πιο οικονομικά σε σύγκριση με τα ιδιωτικά. Τέλος, επιχειρείται ο εντοπισμός των ατόμων τα οποία με μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση ως μέσο αποζημίωσης για υπηρεσίες υγείας και ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται από ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας, καθώς η εκτίμηση είναι δύσκολη γιατί τα διαθέσιμα στοιχεία που υπάρχουν δεν διαχωρίζουν τα συμβόλαια ζωής από τα συμβόλαια υγείας.

### **3.2 Σημαντικότητα της Έρευνας**

Η παρούσα έρευνα βάσει των αποτελεσμάτων της αναδεικνύει κοινωνικές ανισότητες καθώς η σύναψη συμβολαίων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για παροχή υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με το οικονομικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο καθώς και την ηλικία των ερωτηθέντων. Επιπλέον, σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας είναι οι επιλογές των χρηστών για δημόσια ή ιδιωτική ασφάλεια υγείας όπου επίσης προκύπτει ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση των ερωτηθέντων.

### **3.3 Σχεδιασμός – Παρουσίαση Ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δεκαεφτά ερωτήσεις κλειστού τύπου και η διατύπωση του βασίστηκε σε άλλα πρότυπα ερωτηματολόγια σε βάσεις δεδομένων του διαδικτύου. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν από τον Ιούλιο του 2016 μέχρι και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Το ερωτηματολόγιο όπως αποστάλθηκε στα ηλεκτρονικά ταχυδρομεία του δείγματος, παρατίθεται στο παράρτημά μας.

### **3.4 Η Στατιστική Επεξεργασία των Δεδομένων**

Η καταγραφή των δεδομένων που συλλέχθηκαν πραγματοποιήθηκε σε φύλλο εργασίας του στατιστικού προγράμματος srps, όπου και επεξεργάστηκαν μέσω του εν λόγω προγράμματος και διεξήχθησαν τα αποτελέσματα της έρευνας.

### **3.5 Διαδικασία Δειγματοληψίας**

Το δείγμα των ερωτηθέντων ήταν 204 άτομα τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία ανεξαρτήτως φύλλου, ηλικίας, οικονομικής, επαγγελματικής και κοινωνικής θέσης. Το εύρος της ηλικίας των ατόμων ήταν από 18 χρονών έως 75 χρονών. Από τα 204 του δείγματος τα 92 άτομα ήταν άντρες (45,1%) και 112 (54,9%) ήταν γυναίκες. Τα 155 άτομα (76%) ήταν άγαμοι, τα 33 (16,2%) έγγαμοι χωρίς παιδιά, τα 10 άτομα (4,9%) έγγαμοι με παιδιά και τα 6 άτομα (2,9%) μονογονεϊκής οικογένειας. Τα 182 άτομα (89,2%) κατοικούν σε αστική περιοχή, τα 14 (6,9%) σε ημιαστική περιοχή και τα 8 (3,9%) σε αγροτική. Από το δείγμα τα 5 άτομα (2,5%) είχε λάβει υποχρεωτική εκπαίδευση, 34 άτομα (16,7%) είχε λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τα 79 άτομα (38,7%) είχε λάβει πτυχίο από ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα και τέλος 86 άτομα (42,2%) είχε λάβει τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Αναφορικά με την



επαγγελματική ιδιότητα των ερωτηθέντων τα 27 άτομα (13,2%) ήταν άνεργοι, τα 25 άτομα (12,3%) ήταν φοιτητές, τα 24 άτομα (11,8%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, τα 5 άτομα (2,5%) ήταν συνταξιούχοι, τα 95 άτομα (46,5%) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και τέλος τα 28 άτομα (13,7%) ήταν αυτοαπασχολούμενοι. Με εισόδημα λιγότερο ή ίσο των 5,000€ ήταν 64 άτομα (31,4%), με εισόδημα που κυμαίνεται από 5,001€-10,000€ ήταν 57 άτομα (27,9%), με εισόδημα από 10,001€-15,000€ ήταν 46 άτομα (22,5%), με εισόδημα 15,001€-20,000€ ήταν 24 άτομα (11,8%) και με εισόδημα ίσο ή μεγαλύτερο των 20,000€ ήταν 13 άτομα (6,4%). Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος συγκεντρωτικά.

### Πίνακας 3.1

#### Τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος της Έρευνας

Ποιό είναι το φύλο σας;	Άντρας	92	45,1%
	Γυναίκα	112	54,9%
Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	Άγαμος/η	155	76,0%
	Έγγαμος/η με παιδιά	33	16,2%
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	10	4,9%
	Μονογονεϊκή οικογένεια	6	2,9%
Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	α) Πρωτοβάθμια	5	2,5%
	β) Δευτεροβάθμια	34	16,7%
	γ) Τριτοβάθμια	79	38,7%
	δ) Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	86	42,2%
Ποιός είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;	Αγροτική περιοχή (<2000 κάτοικοι)	8	3,9%
	Αστική περιοχή (>10000 κάτοικοι)	182	89,2%
	Ημιαστική περιοχή (2000-10000 κάτοικοι)	14	6,9%
Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	α) Άνεργος/η	27	13,2%
	β) Φοιτητής/τρια	25	12,3%
	γ) Δημόσιος υπάλληλος	24	11,8%
	δ) Ιδιωτικός υπάλληλος	95	46,6%
	ε) Συνταξιούχος	5	2,5%
	στ) Αυτοαπασχολούμενος/η	28	13,7%
Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	<5.000€	64	31,4%
	>20.000€	13	6,4%
	10.001€-15.000€	46	22,5%
	15.001€-20.000€	24	11,8%
	5.001€-10.000€	57	27,9%

### **3.6 Περιορισμοί της Έρευνας**

Σύμφωνα με τον Cartwright A., (1983), οι έρευνες που βασίζονται στην άντληση πληροφοριών από την μνήμη του ερωτώμενου αλλά και στην προσωπική τους άποψη αντιμετωπίζουν προβλήματα ακρίβειας. Στην παρούσα έρευνα ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την προσωπική τους άποψη για το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλειας στο δημόσιο σύστημα.

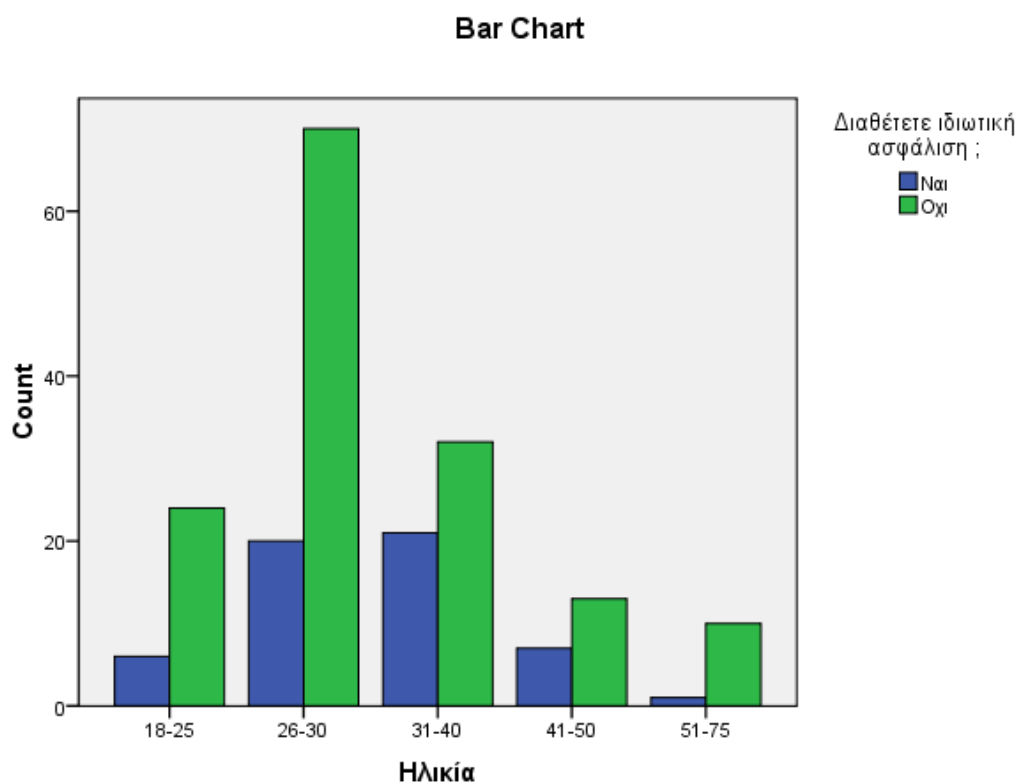
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

#### 4.1 Η Ηλικία του Δείγματος

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για κάθε ερώτηση που περιείχε το ερωτηματολόγιο από την μία με περιγραφικό τρόπο και από την άλλη παρατίθενται τα διαγράμματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Όπως ήδη έχει αναφερθεί το δείγμα ήταν 204 άτομα και όλες οι ερωτήσεις αναλύθηκαν σε συνάρτηση με την ιδιωτική ασφάλιση.

Ερώτηση 1: Ποιά είναι η Ηλικία σας – Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



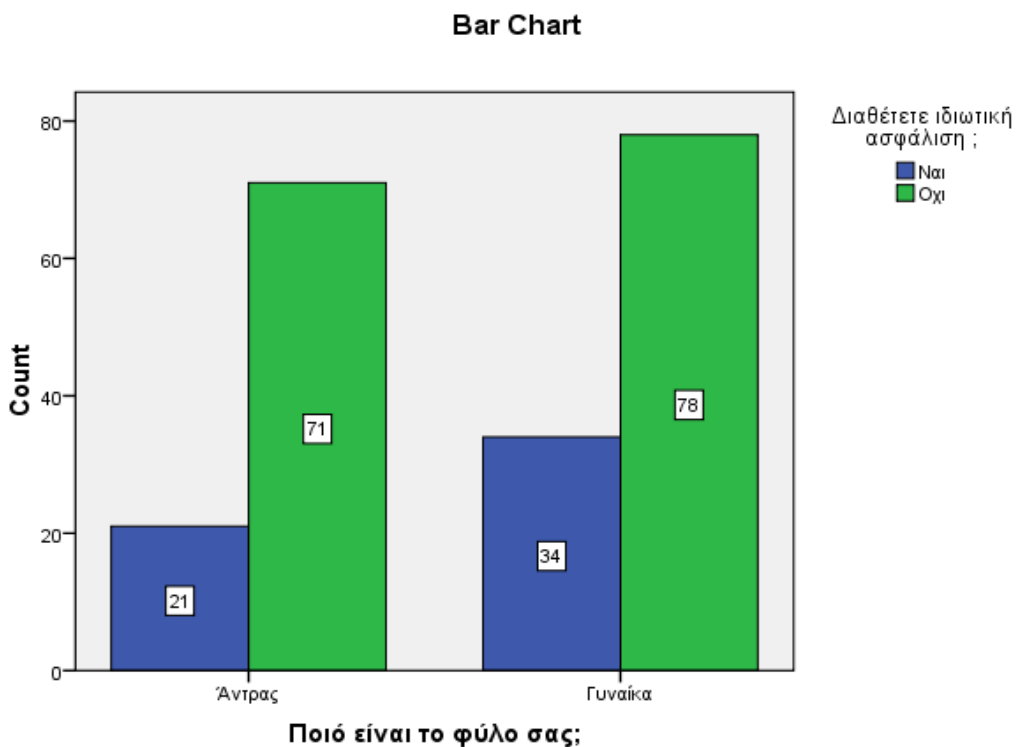
**Διάγραμμα 4.1**

**Ηλικία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτέλεσαν άτομα από 18 έως 75 ετών. Στην ηλικιακή ομάδα από 18 έως 25 ετών από τα 30 άτομα, ιδιωτική ασφάλεια κατείχαν τα 6, στην ηλικιακή ομάδα 26 έως 30 ετών από τα 90 άτομα τα 20 διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια, στην ηλικιακή ομάδα 31 έως 40 ετών από τα 53 άτομα τα 21 διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια, στην ηλικιακή ομάδα από 41 έως 50 ετών από τα 20 άτομα τα 7 κατείχαν ιδιωτική ασφάλεια και στην ηλικιακή ομάδα 51 έως 75 ετών από τα 11 άτομα μόνο ο ένας κατείχε ιδιωτική ασφάλεια. Όπως παρατηρούμε στις μικρότερες ηλικίες 18 έως 30 χρονών το ποσοστό είναι χαμηλότερο 42,2% σε σχέση με τις ηλικίες 31 έως 50 χρονών, όπου το ποσοστό είναι 74,6%, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο το άτομο μεγαλώνει αντιλαμβάνεται την αξία της υγείας διαφορετικά, παρόλο που το ποσοστό για τις ηλικίες 51 έως 75 είναι χαμηλό 9,1% γεγονός που απορρέει από τις μειωμένες συντάξεις αλλά και την επιλεκτικότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών που δεν ασφαλίζουν άτομα μεγάλης ηλικίας ή ακόμη και αν προβούν στην σύναψη συμβολαίων τα ασφάλιστρα είναι πολύ ακριβά.

#### 4.2 Το φύλο του δείγματος.

Ερώτηση 2: Ποιο είναι το Φύλο σας – Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση;



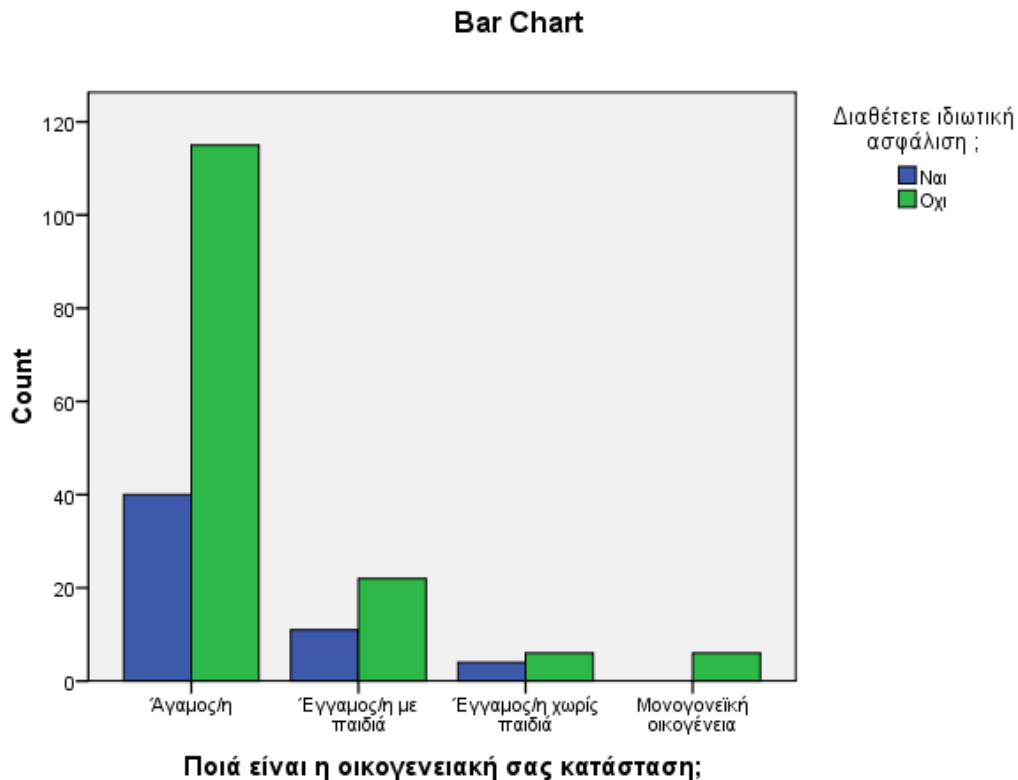
**Διάγραμμα 4.2**

## Φύλο – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Σύμφωνα με το ανωτέρω διάγραμμα από τους 92 άντρες, οι 21 διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση, ενώ από τις 112 γυναίκες ιδιωτική ασφάλιση διέθεταν οι 34.

### 4.3 Η Οικογενειακή Κατάσταση του Δείγματος

Ερώτηση 3: Ποιά είναι η Οικογενειακή σας Κατάσταση - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση;



**Διάγραμμα 4.3**

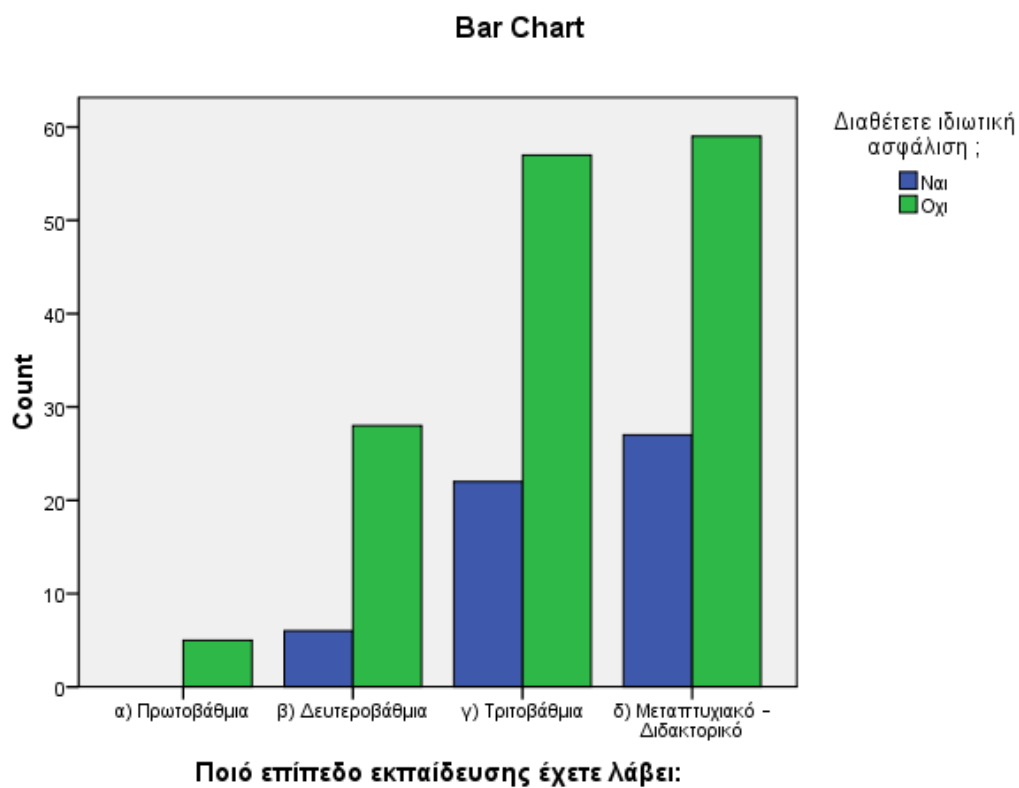
### Οικογενειακή Κατάσταση – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Από τους 155 άγαμους του δείγματος οι 40 διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση, από τους 33 έγγαμους με παιδιά διέθεταν οι 11 οικογένειες, από τους 10 έγγαμους χωρίς παιδιά διέθεταν οι 4 και από τις έξι μονογονεϊκές οικογένειες καμία δεν διέθετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Συμπερασματικά μεγάλο ποσοστό των έγγαμων με παιδιά αλλά και

χωρίς 73,3% διαθέτει ιδιωτική ασφάλεια γεγονός που θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι τα άτομα με οικογένεια επιθυμούν να διαθέτουν επιπλέον ασφάλιση στο τομέα της υγείας. Αντίθετα οι μονογονεϊκές οικογένειες που δεν διαθέτουν καθόλου ιδιωτική ασφάλιση, αυτό μπορεί να οφείλεται σε μειωμένο εισόδημα αλλά και στην παροχή κοινωνικών επιδομάτων από το κράτος.

#### 4.4 Το Επίπεδο Εκπαίδευσης του Δείγματος

Ερώτηση 4: Ποιό Επίπεδο Εκπαίδευσης έχετε λάβει - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.4**

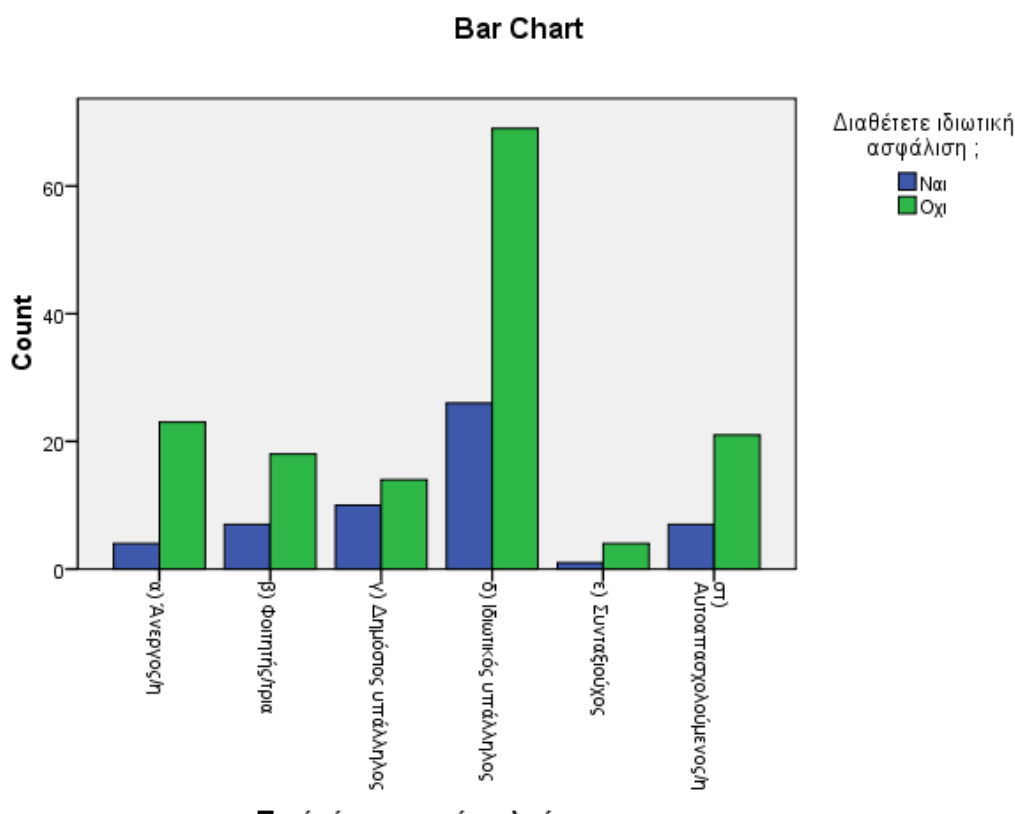
#### **Επίπεδο Εκπαίδευσης – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Σε αυτό το διάγραμμα παρατηρούμε αύξηση των ατόμων που έχουν ιδιωτική ασφάλεια όσο μεγαλύτερο είναι το μορφωτικό επίπεδο. Πιο αναλυτικά από τα 5 άτομα που έχουν λάβει υποχρεωτική εκπαίδευση κανένα δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλεια, από τα 34 άτομα που έχουν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση τα 6, από τα 79 άτομα που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση τα 22 διαθέτουν ιδιωτική

ασφάλιση και τέλος από τα 86 άτομα που έχουν λάβει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών, διαθέτουν τα 27 ιδιωτική ασφάλιση. Συνεπώς τα άτομα με σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εκτιμούν ότι είναι χρήσιμη η σύναψη συμβολαίων για υπηρεσίες υγείας, συνεπώς τα άτομα αυτά λόγω της εκπαίδευσης που έχουν λάβει μπορεί να λαμβάνουν υψηλότερες οικονομικές απολαβές από την εργασία τους σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ερωτηθέντα άτομα από άλλα εκπαιδευτικά στρώματα.

#### 4.5 Το Επάγγελμα του Δείγματος

Ερώτηση 5: Ποιό είναι το Επάγγελμά σας - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.5**

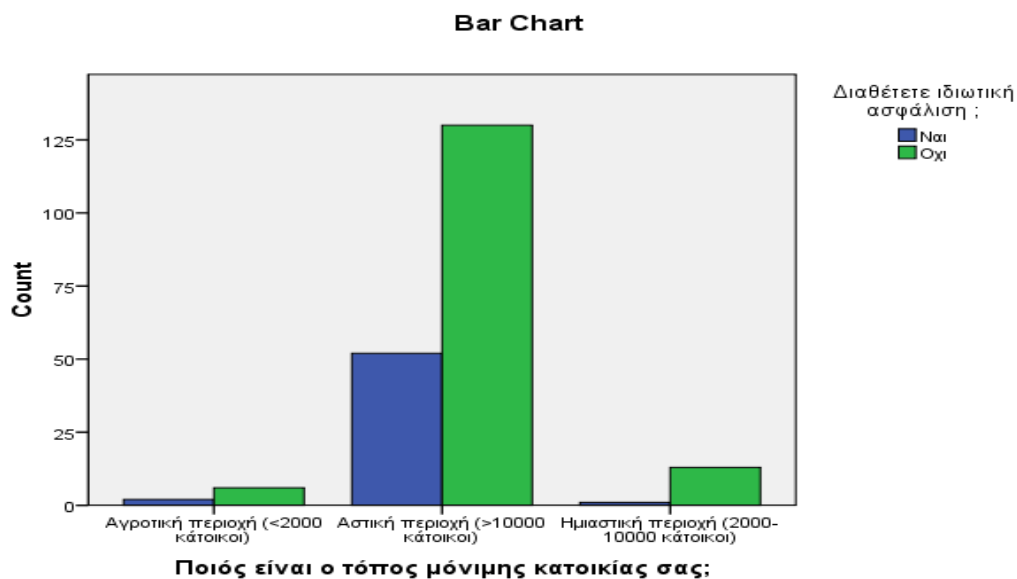
#### **Επάγγελμα – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Από το σύνολο των ανέργων 27 άτομα, μόνο οι 4 διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια, ενώ από το σύνολο των φοιτητών 25 άτομα διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια οι 7. Από τους 24 δημόσιους υπαλλήλους οι 10 διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια, ενώ από τους 95 ιδιωτικούς υπαλλήλους οι 26 διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια. Από τους 5 συνταξιούχους μόνο ένας

είχε ιδιωτική ασφάλεια και τέλος από τους 28 αυτοαπασχολούμενους οι 7 κατείχαν ιδιωτική ασφάλεια. Από τα ποσοστά των φοιτητών και των ανέργων (42% συνολικά) θα μπορούσε να πει κανείς ότι εξαιτίας των οικονομικών συνθηκών των ατόμων αυτών τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια τους παρέχονται μέσω τρίτων ή είναι εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους. Το ποσοστό των δημοσίων υπαλλήλων που διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση είναι μεγάλο (41,7%) και αυτό οφείλεται στο ότι έχουν σταθερό εισόδημα και οι μισθοί σε ορισμένες υπηρεσίες παραμένουν υψηλοί παρά τις μειώσεις που έχουν γίνει μετά την εφαρμογή των μνημονίων στην Ελλάδα. Αντίθετα το ποσοστό των ιδιωτικών υπαλλήλων που έχουν ιδιωτική ασφάλεια είναι μικρό (27,4%) και αυτό μπορεί να αποτελείσμα περικοπών των μισθών από τους εργοδότες εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Επίσης το πολύ μικρό ποσοστό (20%) που έχει ιδιωτική ασφάλιση στην κατηγορία των συνταξιούχων υποδηλώνει ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες ασφαλίζουν επιλεκτικά και προτιμούν άτομα νέα και υγιή. Τέλος αναφορικά με τους αυτοαπασχολούμενους το 25% διαθέτει ιδιωτική ασφάλεια και πολλές φορές οι ασφαλισμένοι δεν πληρώνουν τις εισφορές τους στο δημόσιο παρά προτιμούν να πληρώνουν τα ασφαλιστρα στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

#### 4.6 Ο Τόπος Μόνιμης Κατοικίας του Δείγματος

Ερώτηση 6: Ποιός είναι ο Τόπος Μόνιμης Κατοικίας σας - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.6**

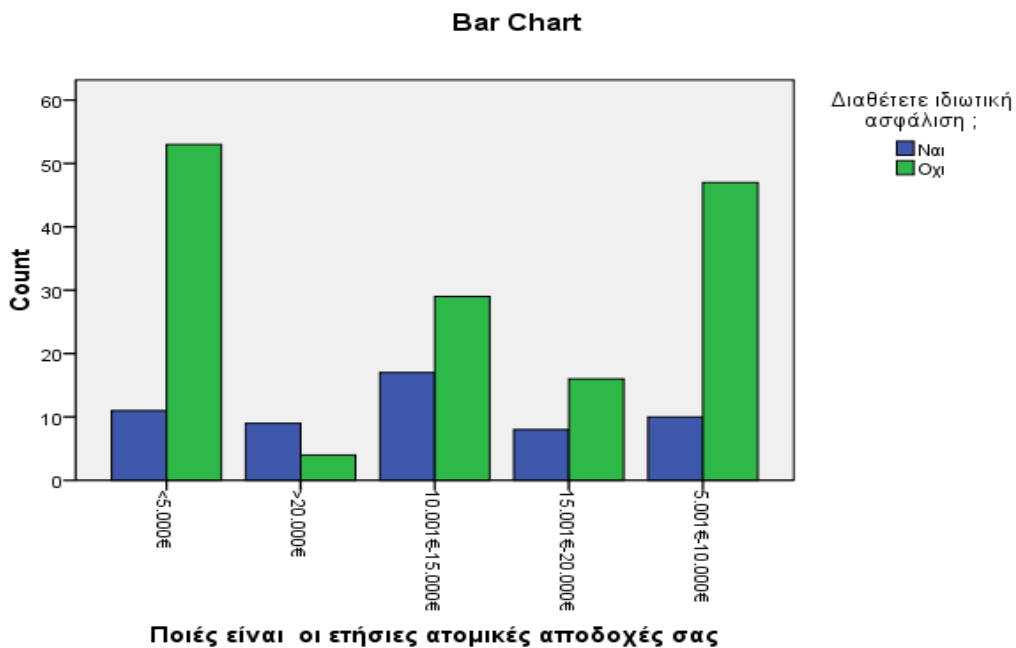


## Τόπος Μόνιμης Κατοικίας- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών που ήταν συνολικά 8, μόνο οι δυο διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση. Από τους 182 που κατοικούσαν σε αστική περιοχή οι 52 διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση, ενώ από τους 14 που κατοικούσαν σε ημιαστική περιοχή μόνο ο ένας διέθετε ιδιωτική ασφάλιση. Συμπερασματικά από το διάγραμμα προκύπτει ότι αναπτύσσονται ανισότητες και στην ιδιωτική ασφάλιση καθώς οι κάτοικοι των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών δεν έχουν την αντίστοιχη ενημέρωση περί ιδιωτικών ασφαλίσεων αφού οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και τα ασφαλιστικά γραφεία εδρεύουν κυρίως στις αστικές περιοχές. Επιπλέον τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα οποία είναι συμβεβλημένα με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν βρίσκονται σε μεγάλο αριθμό στην επαρχία με εξειδικευμένο προσωπικό σε αντίθεση με τις αστικές περιοχές, όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός κυρίως διαγνωστικών κέντρων αλλά και νοσοκομείων με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις.

### 4.7 Οι Ετήσιες Αποδοχές του Δείγματος

Ερώτηση 7: Ποιές είναι οι Ετήσιες Ατομικές Αποδοχές σας - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



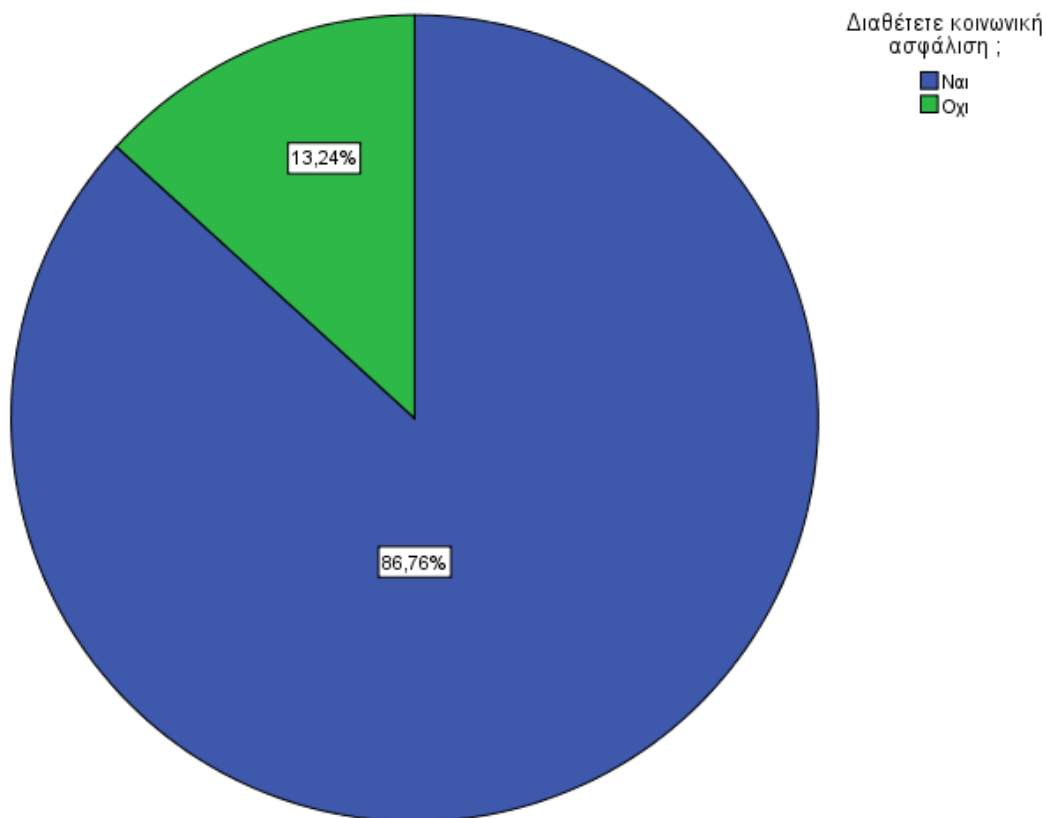
Διάγραμμα 4.7

## Ετήσιες Ατομικές Αποδοχές – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Από τα 64 άτομα με εισόδημα ίσο ή λιγότερο των 5.000€ τα 11 άτομα έχουν ιδιωτική ασφάλεια. Από τα 57 άτομα με εισόδημα 5.001€-10.000€ τα 10 άτομα έχουν ιδιωτική ασφάλεια, ενώ από τα 46 άτομα με εισόδημα που κυμαίνεται από 10.001€-15.000€ τα 17 διαθέτουν ιδιωτική ασφάλεια. Από τα 24 άτομα με εισόδημα 15.001€-20.000€ τα 8 έχουν ιδιωτική ασφάλεια και τέλος από τα 13 άτομα με εισόδημα ίσο ή και μεγαλύτερο των 20.000€ τα 9 άτομα διαθέτουν ιδιωτική ασφάλεια. Όπως ήταν αναμενόμενο τα άτομα με υψηλό εισόδημα σε ποσοστό 69,2% επιλέγουν να συνάψουν συμβόλαια για την παροχή υπηρεσιών υγείας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

### 4.8 Οι Έχοντες από το Δείγμα Κοινωνική Ασφάλιση

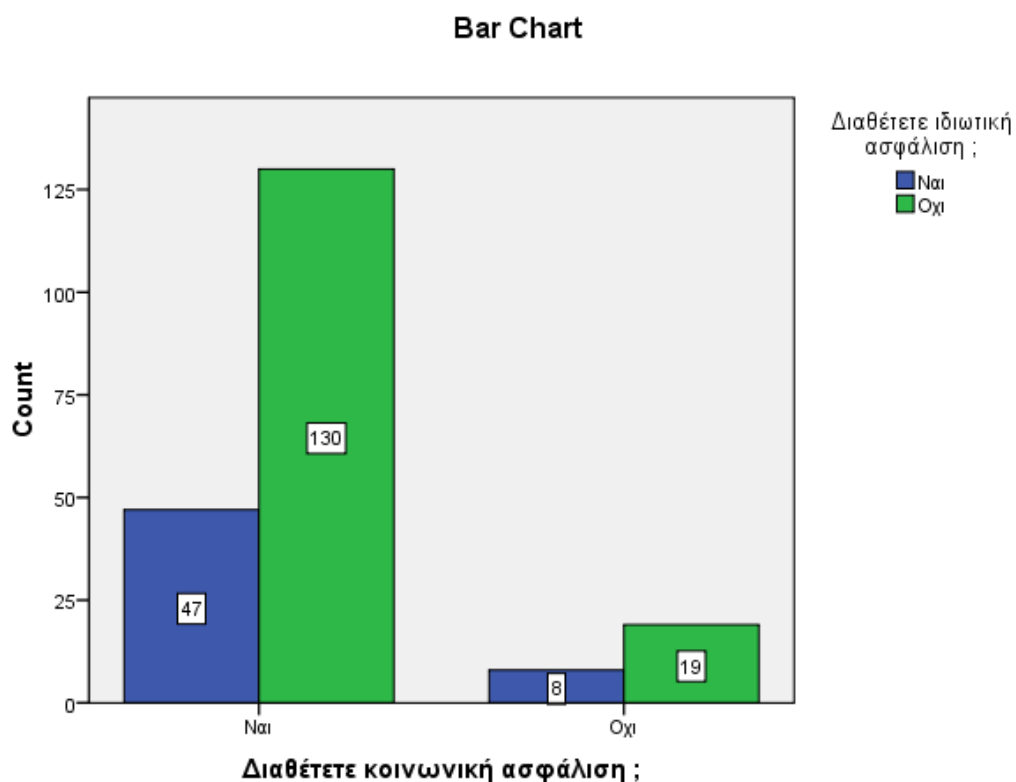
Ερώτηση 8: Διαθέτετε Κοινωνική Ασφάλιση ;



Διάγραμμα 4.8

### Κοινωνική Ασφάλιση

Από τα 204 άτομα του δείγματος οι 177 διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση, ενώ οι 27 όχι.



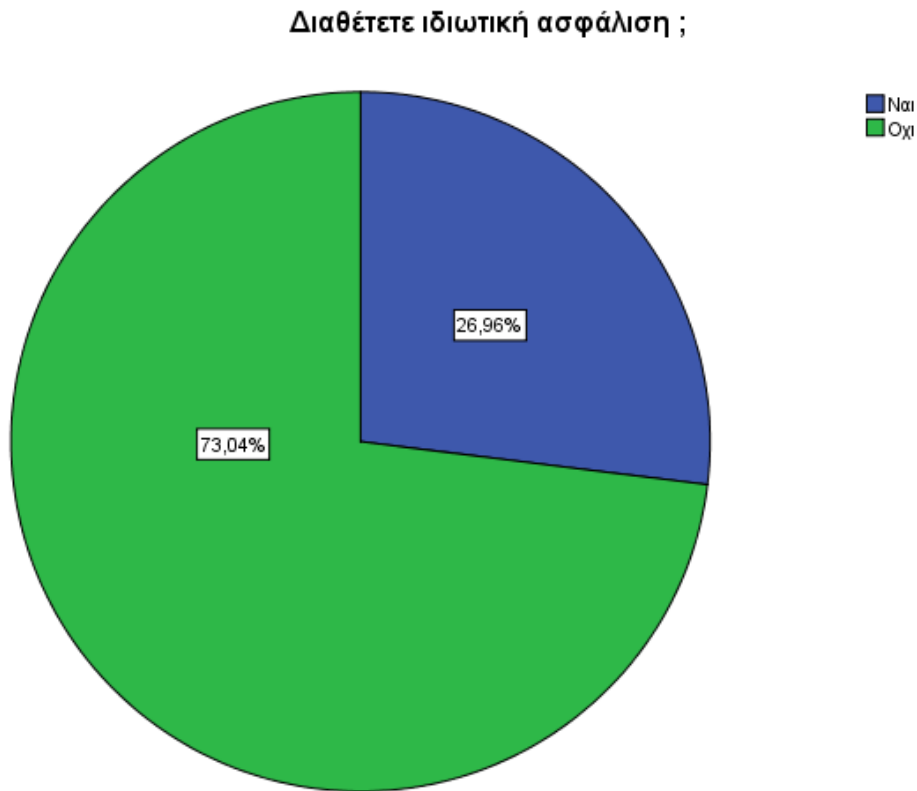
**Διάγραμμα 4.9**

### **Κοινωνική και Ιδιωτική Ασφάλιση**

Μεγάλο όμως ενδιαφέρον στην ερώτηση αυτή παρουσιάζει η αναλογία των ατόμων που ταυτόχρονα με την κοινωνική ασφάλιση διαθέτουν και ιδιωτική ασφάλιση. Πιο αναλυτικά από τα 177 άτομα που διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση τα άτομα διαθέτουν επιπλέον και ιδιωτική ασφάλιση. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικό προς την κοινωνική για μεγάλο ποσοστό του δείγματος αλλά και ως κύριο (για μικρότερο ποσοστό), καθώς από τους 27 που δεν διαθέτουν κοινωνική ασφάλιση οι 8, έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει ότι κυρίως οι αυτοαπασχολούμενοι που πληρώνουν μόνοι τους τις εισφορές (σε αντίθεση με τους δημόσιους και ιδιωτικούς υπαλλήλους που οι εισφορές πληρώνονται από τους εργοδότες και από αυτούς), επιλέγουν να μην πληρώνουν τις εισφορές στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αλλά να πληρώνουν ασφάλιστρα.

#### 4.9 Οι Έχοντες από το Δείγμα Ιδιωτική Ασφάλιση

Ερώτηση 9: Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



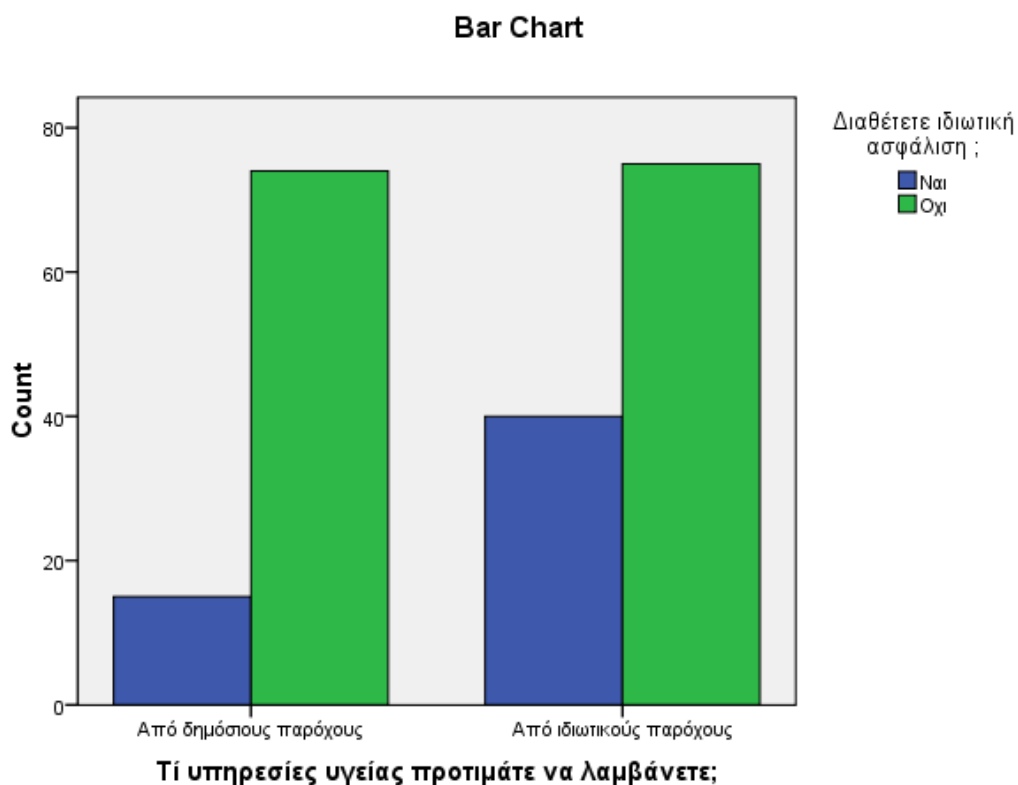
Διάγραμμα 4.10

#### Ιδιωτική Ασφάλιση

Από τα 204 άτομα του δείγματος τα 55 άτομα σε ποσοστό 27% διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση. Με δεδομένο ότι στην έρευνα συμμετείχαν και άνεργοι και σε περιόδους οικονομικής κρίσης το ποσοστό θα μπορούσε να κριθεί μεγάλο, αντικατοπτρίζοντας τη στροφή των πολιτών στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, προκειμένου να λαμβάνουν ταχύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας.

#### 4.10 Η Προτίμηση του Δείγματος για Δημόσιους ή Ιδιωτικούς Παρόχους

Ερώτηση 10: Τι Υπηρεσίες Υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.11**

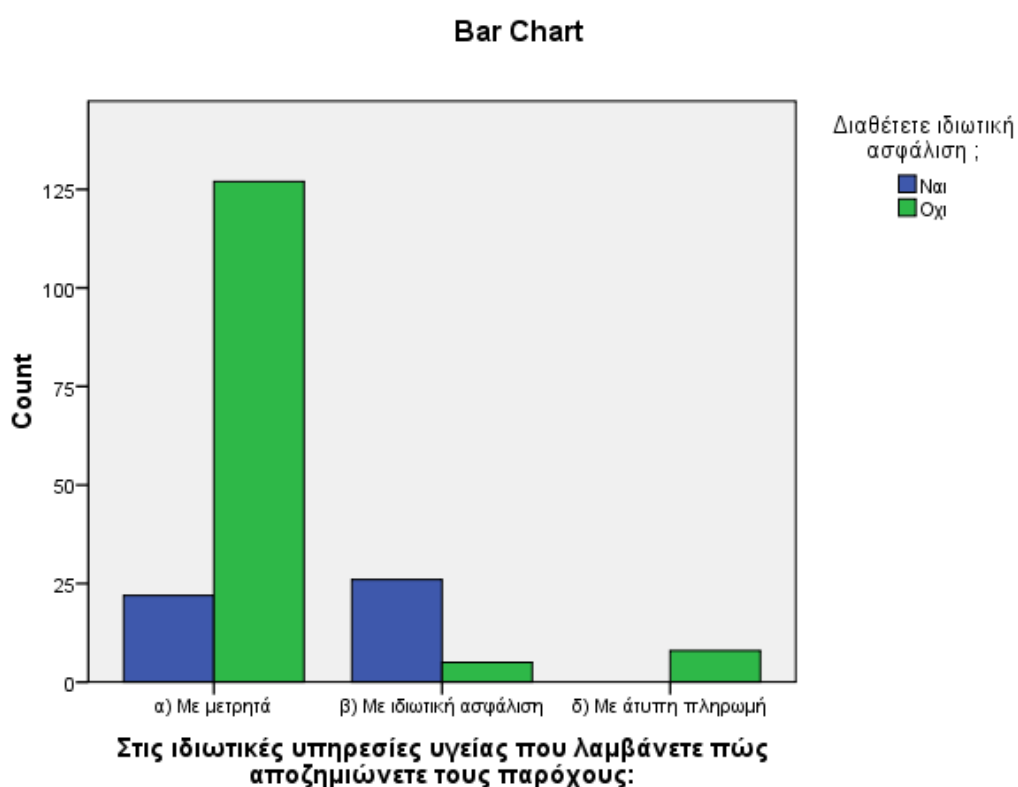
#### **Προτίμηση Υπηρεσιών Υγείας – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Από τα 89 άτομα τα 15 άτομα παρόλο που διέθεταν ιδιωτική ασφάλεια υγείας προτιμούν να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από δημόσιους παρόχους, ενώ τα 74 άτομα που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση προτιμούν επίσης να κάνουν χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Από το σύνολο των 115 ατόμων που επιθυμούν να κάνουν χρήση των ιδιωτικών παροχών υπηρεσιών υγείας τα 40 διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενώ τα 75 όχι. Το μεγάλο ποσοστό 50.3% που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση και παρόλα αυτά επιλέγουν να κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας υποδηλώνει την μη ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα, τις ανάγκες των πολιτών να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς χρονικούς περιορισμούς στοιχεία που

εκλείπουν από το δημόσιο σύστημα. Επιπλέον το ποσοστό υποδηλώνει την έλλειψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το δημόσιο σύστημα.

#### 4.11 Ο Τρόπος που Αποζημιώνει το Δείγμα τους Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας

Ερώτηση 11: Στις Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας που λαμβάνετε πώς Αποζημιώνετε τους Παρόχους - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.12**

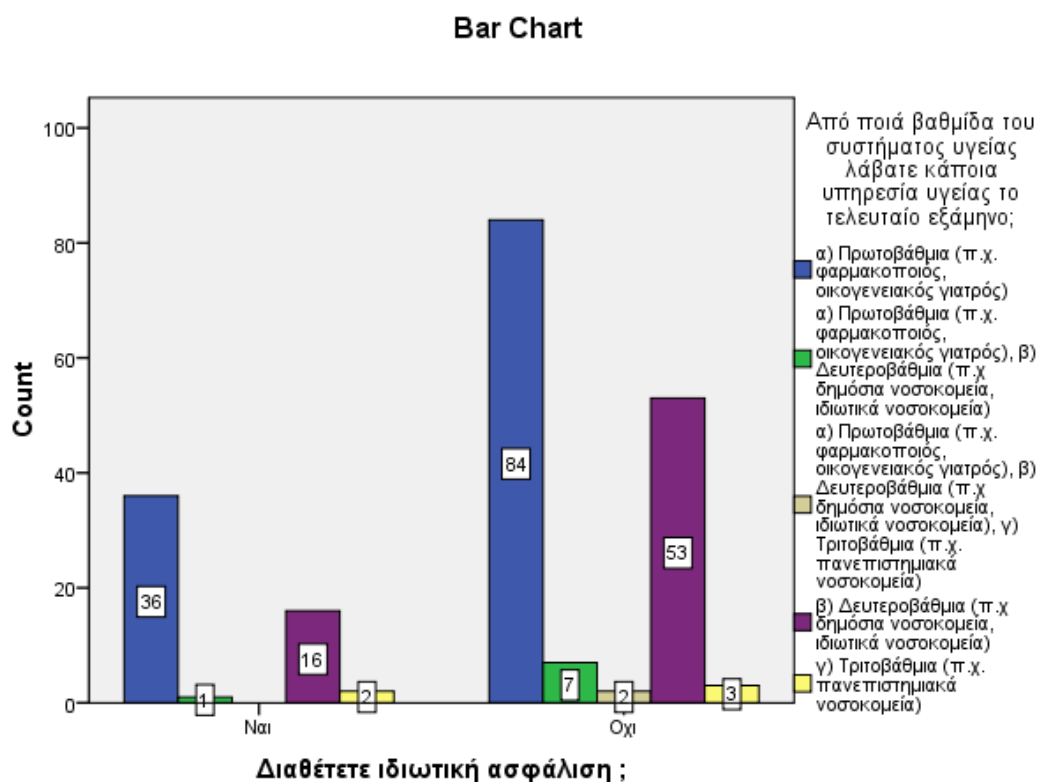
#### **Τρόπος Αποζημίωσης των Παροχών – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Από τα 204 άτομα του δείγματος οι 22 που διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποζημιώνουν για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν με μετρητά. Αυτός ο τρόπος πληρωμής υποδηλώνει ότι τα συμβόλαια που έχουν συνάψει με τις ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνονται απολογιστικά κατατεθέντας δηλαδή, τις πρωτότυπες αποδείξεις στις ασφαλιστικές εταιρείες για να λάβουν τα χρήματα σε δεύτερο χρόνο από την ημέρα που έλαβαν κάποια υγειονομική υπηρεσία. Απευθείας από τις ιδιωτικές

ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνονται τα 26 άτομα του δείγματος, δηλαδή οι ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνουν κατευθείαν τους παρόχους χωρίς την εμπλοκή των ασφαλισμένων. Επιπλέον από τα άτομα του δείγματος που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση οι 127 πληρώνουν με μετρητά ενώ οι 28 με άτυπες πληρωμές. Οι άτυπες πληρωμές παρατηρούνται συνήθως εντός νοσοκομείου και δίνονται από τους ασθενείς στους ιατρούς προκειμένου να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής, αλλά και στο παραϊατρικό προσωπικό προκειμένου να έχουν μεγαλύτερη προσοχή από αυτό. Στην ανάλυση της ερώτησης αυτής έχουν εξαιρεθεί 16 άτομα που επέλεξαν ως τρόπο αποζημίωσης παραπάνω από μια επιλογή και 5 άτομα που από λάθος επέλεξαν ότι αποζημιώνονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, χωρίς να έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η επιλογή της πιστωτικής κάρτας ως το μοναδικό μέσο αποζημίωσης δεν επιλέχθηκε από κανένα άτομο αλλά μόνο συνδυαστικά με κάποιο άλλο μέσο.

#### **4.12 Η Βαθίδα του Συστήματος που έλαβαν κάποια Υπηρεσία οι Συμμετέχοντες στην Έρευνα το Τελευταίο Εξάμηνο**

Ερώτηση 12: Από ποια Βαθίδα του Συστήματος Υγείας λάβατε κάποια Υπηρεσία Υγείας το Τελευταίο Εξάμηνο- Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.13**

### **Παροχή Υπηρεσιών Υγείας ανά Βαθμίδα Περιθαλψης –Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Από τα 55 άτομα του δείγματος που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας οι 36 έλαβαν υπηρεσίες υγείας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι 16 από την δευτεροβάθμια φροντίδα και οι 2 από την τριτοβάθμια φροντίδα ενώ 1 από την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Από τα 149 άτομα που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας οι 84 έλαβαν υπηρεσίες από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι 53 από την δευτεροβάθμια φροντίδα, οι 7 από την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ 2 από όλες τις βαθμίδες. Αναφορικά με τη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρατηρούμε ότι οι πολίτες δεν κάνουν πολύ συχνά χρήση αυτής. Αντίθετα το δείγμα είναι στραμμένο προς της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρόλο που στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας δεν είναι διαδομένη η πρόληψη και ο προσυμπτωματικός έλεγχος και παρόλο που οι πολίτες δηλώνουν ανικανοποίητοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της εν λόγω φροντίδας.

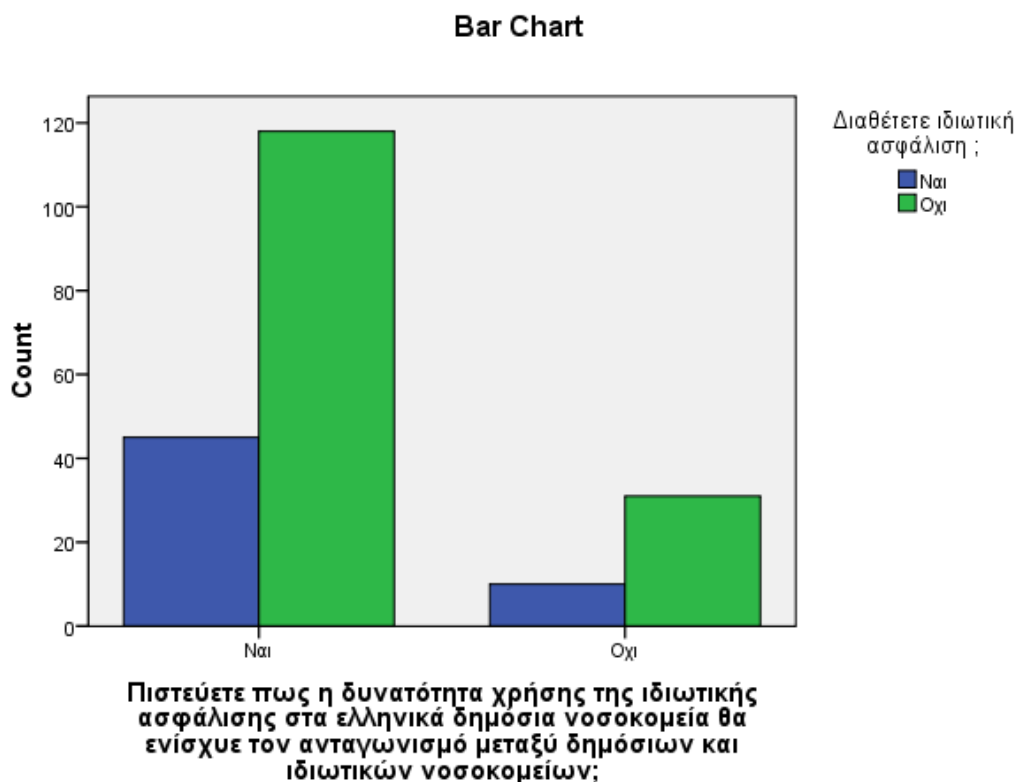


#### 4.13 Η Γνώμη του Δείγματος για την Χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στα Δημόσια Νοσοκομεία

Από τις ερωτήσεις που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία του ερωτηματολογίου επιχειρήθηκε η πλήρης αποσαφήνιση του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κατά την γνώμη των ερωτώμενων, όπου ουσιαστικά αποτέλεσε και τον σκοπό της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα συνάδουν απόλυτα και με αποτελέσματα άλλων ερευνών που εξήγαγαν το συμπέρασμα ότι η ιδιωτική ασφάλιση έχοντας ρόλο συμπληρωματικό ως προς την κοινωνική θα ωφελούσε τόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας από οικονομικής άποψης, όσο και τους ίδιους τους πολίτες αυξάνοντας την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

##### 4.13.1 Προς τον Ανταγωνισμό Μεταξύ Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων

Ερώτηση 14: Πιστεύετε πως η Δυνατότητα Χρήσης της Ιδιωτικής Ασφάλισης στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία θα ενίσχυε τον Ανταγωνισμό μεταξύ Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



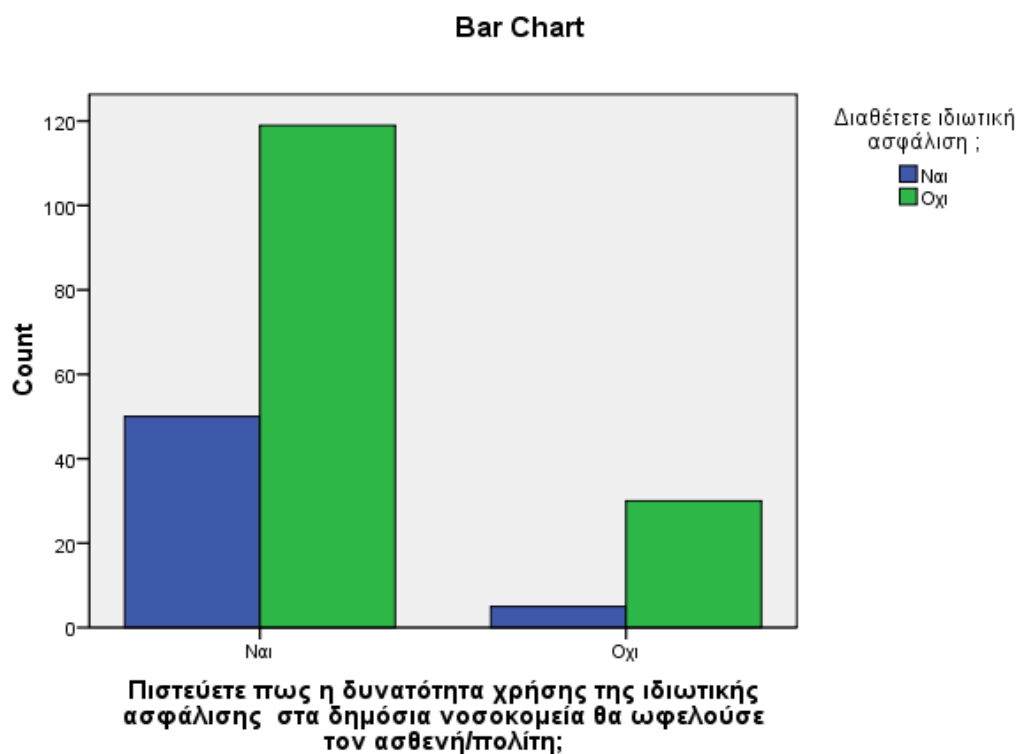
Διάγραμμα 4.14

## **Ενίσχυση του Ανταγωνισμού μεταξύ Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων από τη Χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλειας στα Δημόσια Νοσοκομεία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Το συντριπτικό ποσοστό του δείγματος ανεξάρτητα από το αν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση ή όχι πιστεύουν πως η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία θα ενίσχυε τον ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Πιο αναλυτικά οι 45 που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και οι 163 που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση ενστερνίζονται την ανωτέρω παραδοχή. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι 10 που έχουν ιδιωτική ασφάλιση, θεωρούν πως η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία δεν θα ενισχύσει τον ανταγωνισμό και αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται προέρχονται αποκλειστικά από ιδιωτικούς φορείς. Επιπλέον οι 41 που επίσης δεν συμφωνούν με την παραπάνω παραδοχή αλλά δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να εξηγηθεί ως ότι τα άτομα αυτά είναι κατά των ιδιωτικοποιήσεων θεωρώντας πως η παροχή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να καλύπτεται από το δημόσιο σύστημα και πιστεύουν στην ανάπτυξη των Εθνικών Συστημάτων Υγείας.

### **4.13.2 Προς Όφελος του Πολίτη – Ασθενή**

Ερώτηση 15: Πιστεύετε πως η Δυνατότητα Χρήσης της Ιδιωτικής Ασφάλισης στα Δημόσια Νοσοκομεία θα ωφελούσε τον Ασθενή/ Πολίτη - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση;



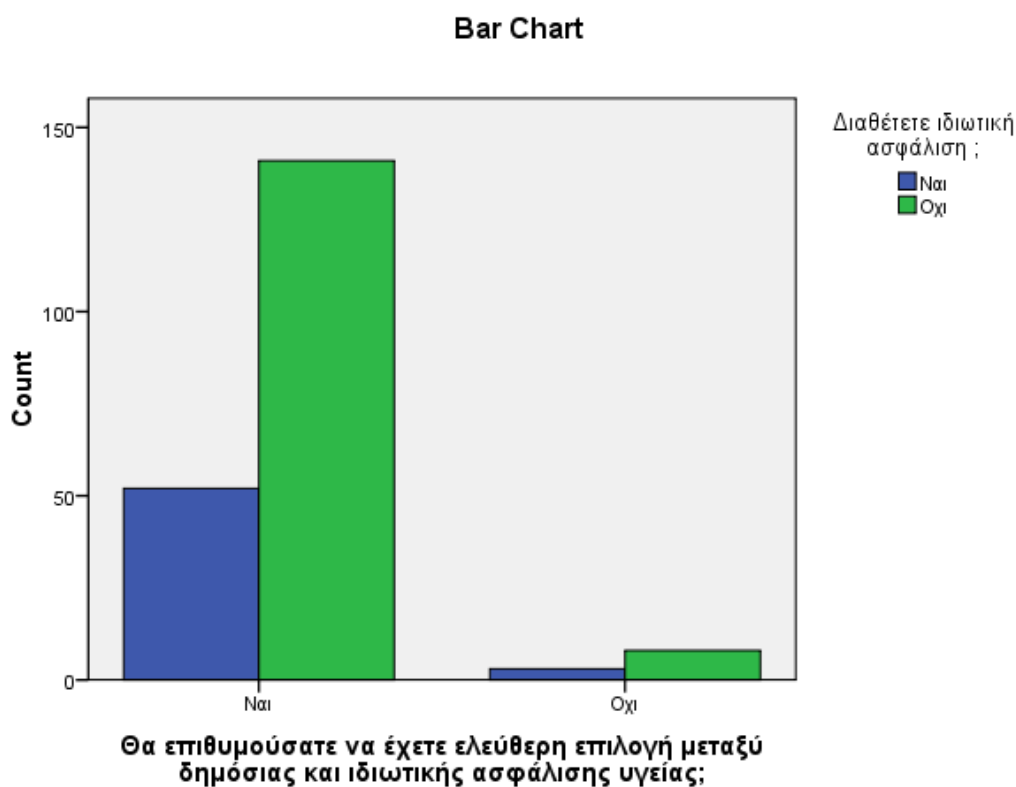
**Διάγραμμα 4.15**

### **Ενίσχυση του οφέλους για τους Πολίτες από τη Χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλειας στα Δημόσια Νοσοκομεία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Και σε αυτήν την ερώτηση συντριπτικό είναι το ποσοστό που θεωρεί ότι η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στα δημόσια νοσοκομεία θα ωφελούσε τον ασθενή – πολίτη ανεξάρτητα από το αν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή όχι. Συγκεκριμένα οι 50 που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και οι 169 που δεν διαθέτουν συμφωνούν ότι οι πολίτες θα είχαν όφελος από την χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία. Οι 5 από τους έχοντες ιδιωτική ασφάλιση που πιστεύουν ότι δεν θα είχαν όφελος από την εν λόγω χρήση πιθανότατα δεν έχουν μείνει ικανοποιημένοι στο παρελθόν από υπηρεσίες που έλαβαν από δημόσιους παρόχους, ενώ οι 35 που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και θεωρούν επίσης πως δεν θα έχουν όφελος μπορεί να εξηγηθεί από το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό τους υπόβαθρο αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι παραπάνω παράγοντες σχετίζονται με την σύναψη ή όχι ιδιωτικών συμβολαίων υγείας.

#### 4.14. Η Επιθυμία των Πολιτών για Ελευθερία Επιλογής μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Ερώτηση 16: Θα Επιθυμούσατε να έχετε Ελεύθερη Επιλογή μεταξύ Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας - Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



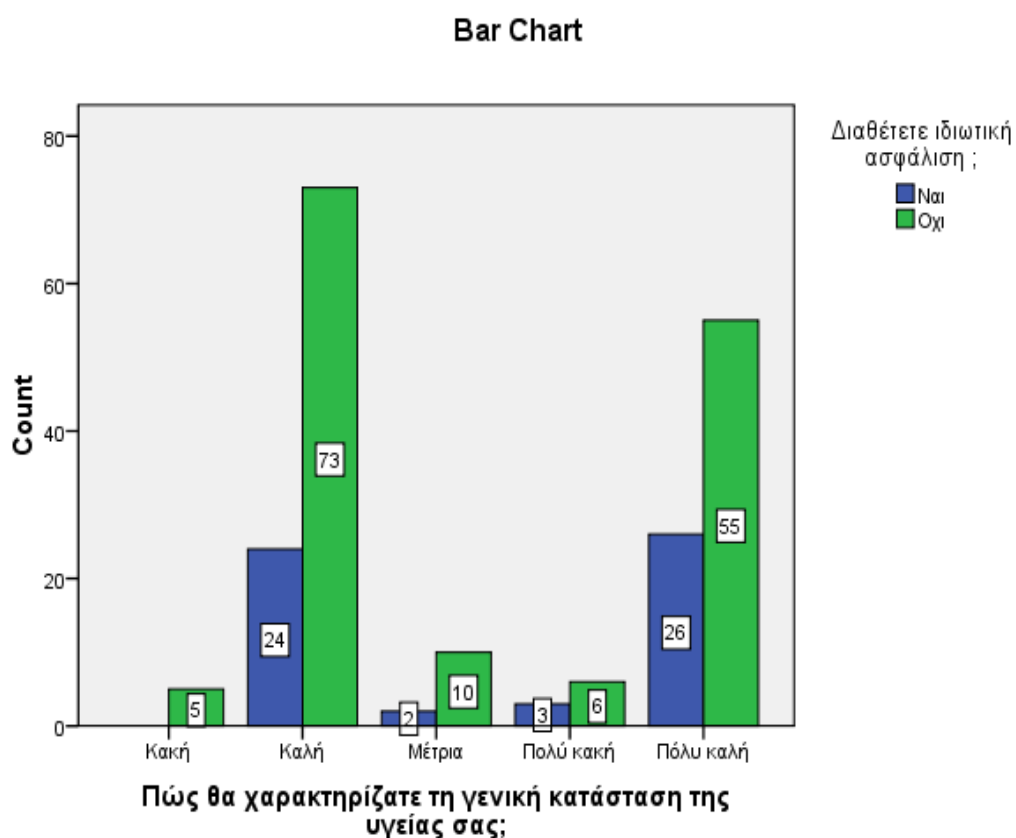
**Διάγραμμα 4.16**

#### **Πρόθεση Επιλογής μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**

Οι 52 που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, θα επιθυμούσαν να έχουν το δικαίωμα της επιλογής μεταξύ της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί ότι κυρίως οι αυτοαπασχολούμενοι που πληρώνουν εισφορές τόσο για κοινωνική όσο και ιδιωτική ασφάλεια θα καταργούσαν την μία εξ αυτών. Οι 3 δεν επιθυμούν να έχουν το δικαίωμα της επιλογής και αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα ότι οι εργοδότες τους, τους παρέχουν υποχρεωτικά την κοινωνική ασφάλιση αλλά και συμπληρωματικά την ιδιωτική και έτσι τους αναλογεί μικρό ποσοστό συμμετοχής στις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Οι 193 που δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση θα ήθελαν και

αυτοί να έχουν το δικαίωμα της επιλογής, ενώ μόνο 11 δεν θα επιθυμούσαν. Τα αποτελέσματα της ερώτησης αυτής εν μέρει αντανακλούν και στα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήχθη από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Προσωπικού Οργανισμών Κοινωνικής Πολιτικής, που συμμετείχαν 1400 ασφαλισμένοι δημόσιων ταμείων, όπου το 52% του δείγματος δήλωσε ότι αν υπήρχε η δυνατότητα επιλογής μεταξύ της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης θα αντικαθιστούσαν την κοινωνική, συνάπτοντας ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας (Ο Ασφαλισμένος, 2003).

Ερώτηση 16: Πως θα χαρακτηρίζατε τη Γενική Κατάσταση της Υγείας σας – Διαθέτετε Ιδιωτική Ασφάλιση ;



**Διάγραμμα 4.17**

#### Αυτοαξιολόγηση του Επιπέδου Υγείας του Δείγματος

Τα περισσότερα άτομα του δείγματος χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους πολύ καλή ή καλή. Από τα 178 άτομα οι 27 διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση. Μέτρια ή κακή χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους οι 17, όπου από αυτούς οι 2 έχουν

ιδιωτική ασφάλιση. Τέλος ως πολύ κακή χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους οι 9, οπού οι 3 είχαν ιδιωτική ασφάλιση. Συμπερισματικά το πώς εκτιμούν τα άτομα την κατάσταση της υγείας τους δεν σχετίζεται άμεσα με την ασφάλιση που διαθέτουν αλλά πιθανότατα με παράγοντες που συνδέονται με τους δείκτες υγείας αλλά και με την υποκειμενική άποψη των ατόμων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 Συμπεράσματικές παρατηρήσεις

Οι τελευταίες δεκαετίες ανέδειξαν με τον πιο εμφανή τρόπο την κρίση που διέρχεται το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, τους παράγοντες που το επηρεάζουν, την αύξηση του κόστους λειτουργίας του και την συνειδητοποιημένη πραγματικότητα ότι δεν μπορεί από μόνο του να καλύψει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του σύγχρονου πολίτη. Βάσει αυτού ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικός δύναται να καταξιωθεί (Ρούπας Θ.,2006).

Η δημιουργία μιας ισχυρής βάσης που θα απαρτίζεται από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές υγείας, που θα προσφέρουν πλήρη κάλυψη στον πληθυσμό της χώρας, μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την ενδυνάμωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η παραπάνω πρόταση προϋποθέτει την συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, συνδέοντας τον ιδιωτικό τομέα με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Στόχος της συνεργασίας θα είναι η μείωση της επιβάρυνσης των πολιτών για υπηρεσίες υγείας τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και η εκμετάλλευση της διαπραγματευτικής δύναμης των ασφαλιστικών εταιρειών , που θα προβαίνουν στην εκτίμηση της συνολικής αποζημίωσης πριν πληρώσουν την δική τους συμμετοχή. Προτείνεται λοιπόν προκειμένου να επιτευχθούν οι προαναφερόμενοι στόχοι να υιοθετηθεί το «Γαλλικό Μοντέλο» οργάνωσης στον τομέα της υγείας, που ναι μεν το κράτος έχει την βασική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθορίζονται όμως διαφορετικά ποσά απαλλαγών και συμμετοχών των πολιτών για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και τα φάρμακα, ποσά που καλύπτονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Νεκτάριος Μ., 2014).

Επιπλέον σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2006), η συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης κρίνεται επιτακτική. Αφενός λόγω των λιγοστών πόρων που διατίθενται για δαπάνες υγείας με σκοπό την διατήρηση των ελλειμμάτων σε χαμηλά επίπεδα και αφετέρου εξαιτίας της αναζήτηση κερδοφόρων επενδύσεων από τον ιδιωτικό τομέα καθιστούν τη συνεργασία δυνητικά αποδοτική.

Από μελέτες προκύπτει ότι η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης δύναται να συνεισφέρει στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών για κοινωνική προστασία, χωρίς να επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Τα αποτελέσματα την παρούσας έρευνας αντανακλούν στα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, επισημαίνοντας ότι η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να ενισχύσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και αυξάνοντας την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ωφελώντας ταυτόχρονα το Εθνικό Σύστημα Υγείας αφού μέρος των δαπανών θα μετακυλήσουν στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Στον αντίποδα σύμφωνα με έρευνα της Σίσκου (2006), προκύπτει ότι η ιδιωτική ασφάλιση δεν δύναται να συμβάλει στην άρση των ανισοτήτων, καθώς άτομα που ανήκουν στην ανώτερη και μέση κοινωνική – οικονομική τάξη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προβούν στην σύναψη ιδιωτικών συμβολαίων υγείας από ότι άτομα που ανήκουν στην κατώτερη τάξη. Επιπλέον από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι οι οικογένειες με υψηλά εισοδήματα έχουν 5,7 περισσότερες πιθανότητες να καλυφθούν από ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε σχέση με τις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα. Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας επιβεβαιώνονται και στην παρούσα έρευνα.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Πανεπιστήμιο Πειραιώς  
Σχολή Οικονομικών Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών Τμήμα Οικονομικής  
Επιστήμης

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών <<Οικονομικά και Διοίκηση της υγείας>>.

Αξιότιμη/ε Κύρια/ε

Σας γνωρίζω ότι στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας, που εκπονώ με θέμα «Πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση στην ήδη κοινωνική από το 2012 και μετά», διεξάγω το κάτωθι ερωτηματολόγιο για να καταγράψει και να αναλύσει το κατά πόσο το δείγμα του πληθυσμού που θα μελετηθεί, διαθέτει κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση ή αν δεν διαθέτουν κάποια μορφή ασφάλισης.

ΟΙ πληροφορίες που θα παρέχετε δεν θα αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στο πρόσωπο σας, θα τις μεταχειριστώ ως απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την ερευνά μου.

Φλώρος Σταύρος

Μεταπτυχιακός Φοιτητής

[1] Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη); ...

[2] Ποιο είναι το φύλλο σας; Άντρας Γυναίκα

[3] Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; Άγαμος/η

Έγγαμος/η με παιδιά

Έγγαμος/η χωρίς παιδιά

Μονογονεϊκή οικογένεια

[4] Ποιο επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει: α) Πρωτοβάθμια

β) Δευτεροβάθμια

γ) Τριτοβάθμια

δ) Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό

[5] Ποιο είναι το επάγγελμα σας: α) Άνεργος

β) Φοιτητής

γ) Δημόσιος υπάλληλος

δ) Ιδιωτικός υπάλληλος

ε) Συνταξιούχος

στ) Αυτοαπασχολούμενος

[6] Ποιός είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας; Αγροτική περιοχή (<2000 κάτοικοι)

Ημιαστική περιοχή (2000-10000 κάτοικοι)

Αστική περιοχή (>10000 κάτοικοι)

[7] Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας; <5.000€

5.001€-10.000€

10.001€-15.000€

15.001€-20.000€

>20.000€

[8] Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ; Ναι Όχι

[9] Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Ναι Όχι

[10] Τι υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε; Από δημόσιους παρόχους

Από ιδιωτικούς παρόχους

[11] Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνεται πως αποζημιώνεται τους πάροχους; α) Με μετρητά

β) Με ιδιωτική ασφάλιση

γ) Με πιστωτική κάρτα

δ) Με άτυπη πληρωμή

[12] Από ποια βαθμίδα του συστήματος υγείας λάβατε το τελευταίο εξάμηνο κάποια υπηρεσία υγείας; α) Πρωτοβάθμια

β) Δευτεροβάθμια

γ) Τριτοβάθμια

[13] Πιστεύετε πως η χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στο εθνικό σύστημα υγείας θα βελτιώνει τα οικονομικά του εθνικού συστήματος υγείας και τον ανταγωνισμό μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων; Ναι Όχι

[14] Πιστεύετε πως η δυνατότητα χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία θα ωφελούσε τον ασθενή/πολίτη; Ναι Όχι

[15] Θα επιθυμούσατε να έχετε ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας; Ναι Όχι

[16] Πώς θα χαρακτηρίζατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;

α) Πολύ κακή

β) Κακή

γ) Μέτρια

δ) Καλή

ε) Πολύ καλή

Π1

Ηλικία – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;			
		Ναι	Όχι	Total	
Ηλικία	18-25	Count	6	24	30
		% within Ηλικία	20,0%	80,0%	100,0%
	26-30	Count	20	70	90
		% within Ηλικία	22,2%	77,8%	100,0%
	31-40	Count	21	32	53
		% within Ηλικία	39,6%	60,4%	100,0%
	41-50	Count	7	13	20
		% within Ηλικία	35,0%	65,0%	100,0%
	51-75	Count	1	10	11
		% within Ηλικία	9,1%	90,9%	100,0%
Total		Count	55	149	204
		% within Ηλικία	27,0%	73,0%	100,0%

Π2

Φύλλο – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;		
			Ναι	Όχι
Ποιό είναι το φύλο σας;	Άντρας	Count	21	71
		% within Ποιό είναι το φύλο σας;	22,8%	77,2%
	Γυναίκα	Count	34	78
		% within Ποιό είναι το φύλο σας;	30,4%	69,6%
	Total	Count	55	149
		% within Ποιό είναι το φύλο σας;	27,0%	73,0%

**Crosstab**

		Total	
Ποιό είναι το φύλο σας;	Άντρας	Count	92
		% within Ποιό είναι το φύλο σας;	100,0%
	Γυναίκα	Count	112
		% within Ποιό είναι το φύλο σας;	100,0%
	Total	Count	204

Π 3

Οικογενειακή κατάσταση - ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Ποιά είναι η οικογενειακή σας Άγαμος/η κατάσταση;	Count	40
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	25,8%
Έγγαμος/η με παιδιά	Count	11
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	33,3%
Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	Count	4
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	40,0%
Μονογονεϊκή οικογένεια	Count	0
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	,0%
Total	Count	55
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	27,0%

**Crosstab**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Όχι

Ποιά είναι η οικογενειακή σας Άγαμος/η κατάσταση;	Count	115
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	74,2%
Έγγαμος/η με παιδιά	Count	22
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	66,7%
Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	Count	6
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	60,0%
Μονογονεϊκή οικογένεια	Count	6
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%
Total	Count	149
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	73,0%

### Crosstab

		Total
Ποιά είναι η οικογενειακή σας Άγαμος/η κατάσταση;	Count	155
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%
Έγγαμος/η με παιδιά	Count	33
	% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%
Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	Count	10

		% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%
Μονογονεϊκή οικογένεια	Count		6
		% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%
Total	Count		204
		% within Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	100,0%



Π 4

Επίπεδο εκπαίδευσης – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης α) Πρωτοβάθμια έχετε λάβει:	Count	0
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	,0%
β) Δευτεροβάθμια	Count	6
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	17,6%
γ) Τριτοβάθμια	Count	22
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	27,8%
δ) Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	Count	27
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	31,4%
Total	Count	55
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	27,0%

**Crosstab**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Όχι

Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης α) Πρωτοβάθμια έχετε λάβει:	Count	5
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%
β) Δευτεροβάθμια	Count	28
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	82,4%
γ) Τριτοβάθμια	Count	57
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	72,2%
δ) Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	Count	59
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	68,6%
Total	Count	149
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	73,0%

#### Crosstab

		Total
Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης α) Πρωτοβάθμια έχετε λάβει:	Count	5
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%
β) Δευτεροβάθμια	Count	34
	% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%
γ) Τριτοβάθμια	Count	79

		% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%
δ) Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	– Count		86
		% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%
Total	Count		204
		% within Ποιό επίπεδο εκπαίδευσης έχετε λάβει:	100,0%

Π 5

Επάγγελμα – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Οχι
Ποιό είναι το επάγγελμά σας: α) Άνεργος/η	Count	23
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	85,2%
β) Φοιτητής/τρια	Count	18
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	72,0%
γ) Δημόσιος υπάλληλος	Count	14
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	58,3%
δ) Ιδιωτικός υπάλληλος	Count	69
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	72,6%
ε) Συνταξιούχος	Count	4
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	80,0%
στ) Αυτοαπασχολούμενος/η	Count	21
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	75,0%
Total	Count	149
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	73,0%

Crosstab

		Total
Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	α) Ανεργος/η	Count 27
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	β) Φοιτητής/τρια	Count 25
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	γ) Δημόσιος υπάλληλος	Count 24
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	δ) Ιδιωτικός υπάλληλος	Count 95
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	ε) Συνταξιούχος	Count 5
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	στ) Αυτοαπασχολούμενος/η	Count 28
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%
	Total	Count 204
	% within Ποιό είναι το επάγγελμά σας:	100,0%

Π 6

Διαμονή- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Ποιός είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;	Αγροτική περιοχή (<2000 κάτοικοι)	2 25,0%
	% within μόνιμης κατοικίας σας;	25,0%
	Αστική περιοχή (>10000 κάτοικοι)	52 28,6%
	% within μόνιμης κατοικίας σας;	28,6%
	Ημιαστική περιοχή (2000-10000 κάτοικοι)	1 7,1%
	% within μόνιμης κατοικίας σας;	7,1%
Total	Count	55
	% within μόνιμης κατοικίας σας;	27,0%

**Crosstab**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Όχι
Ποιός είναι ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας;	Αγροτική περιοχή (<2000 κάτοικοι)	6 75,0%
	% within μόνιμης κατοικίας σας;	75,0%

Αστική περιοχή (>10000 κάτοικοι)	Count	130
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	71,4%
Ημιαστική περιοχή (2000-10000 κάτοικοι)	Count	13
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	92,9%
Total	Count	149
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	73,0%

### Crosstab

		Total
Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	Αγροτική περιοχή (<2000 κάτοικοι)	Count 8
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	100,0%
	Αστική περιοχή (>10000 κάτοικοι)	Count 182
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	100,0%
	Ημιαστική περιοχή (2000-10000 κάτοικοι)	Count 14
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	100,0%
Total	Count	204
	% within Ποιός είναι ο τύπος μόνιμης κατοικίας σας;	100,0%

Π 7

Ετήσιες αποδοχές – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας <5.000€	Count	11
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	17,2%
>20.000€	Count	9
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	69,2%
10.001€-15.000€	Count	17
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	37,0%
15.001€-20.000€	Count	8
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	33,3%
5.001€-10.000€	Count	10
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	17,5%
Total	Count	55



		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας <5.000€	Count	11
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 17,2%
>20.000€	Count	9
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 69,2%
10.001€-15.000€	Count	17
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 37,0%
15.001€-20.000€	Count	8
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 33,3%
5.001€-10.000€	Count	10
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 17,5%
Total	Count	55
		% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας 27,0%

**Crosstab**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Οχι	Total
Ποιές είναι οι ετήσιες <5.000€ ατομικές αποδοχές σας	Count	53	64
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	82,8%	100,0%
>20.000€	Count	4	13
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	30,8%	100,0%
10.001€-15.000€	Count	29	46
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	63,0%	100,0%
15.001€-20.000€	Count	16	24
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	66,7%	100,0%
5.001€-10.000€	Count	47	57
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	82,5%	100,0%
Total	Count	149	204
	% within Ποιές είναι οι ετήσιες ατομικές αποδοχές σας	73,0%	100,0%

Π 8

Κοινωνική Ασφάλιση – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

**Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ; \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation**

			Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;		
			Ναι	Όχι	Total
Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ;	Ναι	Count	47	130	177
		% within Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ;	26,6%	73,4%	100,0%
	Όχι	Count	8	19	27
		% within Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ;	29,6%	70,4%	100,0%
Total		Count	55	149	204
		% within Διαθέτετε κοινωνική ασφάλιση ;	27,0%	73,0%	100,0%

Π 9

Ιδιωτική Ασφάλιση.

**Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	55	27,0	27,0	27,0
	Όχι	149	73,0	73,0	100,0
Total		204	100,0	100,0	

Π 10

Οι προτιμήσεις του δείγματος.

**Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε; \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Ναι	
Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε;	Από δημόσιους παρόχους	Count	15
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	27,3%
	Από ιδιωτικούς παρόχους	Count	40
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	72,7%
	Total	Count	55
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%

**Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε; \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation**

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Όχι	
Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε;	Από δημόσιους παρόχους	Count	74
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	49,7%
	Από ιδιωτικούς παρόχους	Count	75

	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	50,3%
Total	Count	149
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%

**Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε; \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation**

		Total
Τί υπηρεσίες υγείας προτιμάτε να λαμβάνετε;	Από δημόσιους παρόχους	Count 89
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 43,6%
	Από ιδιωτικούς παρόχους	Count 115
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 56,4%
Total	Count	204
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 100,0%

Ο τρόπος που αποζημιώνει το δείγμα τους παρόχους - Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους: \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Ναι
Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους:	α) Με μετρητά	Count 22
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 45,8%
	β) Με ιδιωτική ασφάλιση	Count 26
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 54,2%
	δ) Με άτυπη πληρωμή	Count 0
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; ,0%
	Total	Count 48
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 100,0%

Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους: \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;
		Όχι

Στις ιδιωτικές υπηρεσίες α) Με μετρητά υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους:	Count	127
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	90,7%
β) Με ιδιωτική ασφάλιση	Count	5
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	3,6%
δ) Με άτυπη πληρωμή	Count	8
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	5,7%
Total	Count	140
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%

Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους: \*  
**Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation**

		Total
Στις ιδιωτικές υπηρεσίες α) Με μετρητά υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους:	Count	149
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	79,3%
β) Με ιδιωτική ασφάλιση	Count	31
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	16,5%
δ) Με άτυπη πληρωμή	Count	8
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	4,3%
Total	Count	188

Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους: \*  
 Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; Crosstabulation

		Total
Στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε πώς αποζημιώνετε τους παρόχους:	α) Με μετρητά	149
	Count	149
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	79,3%
	β) Με ιδιωτική ασφάλιση	31
	Count	31
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	16,5%
	δ) Με άτυπη πληρωμή	8
	Count	8
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	4,3%
Total	Count	188
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%





Π 13

Η γνώμη του δείγματος για την χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία προς τον ανταγωνισμό των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων- Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Ναι	Όχι
Πιστεύετε πως η δυνατότητα χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία θα ενίσχυε τον ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων;	Ναι	Count	45
	Count	118	
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	81,8%	79,2%
Όχι	Count	10	31
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	18,2%	20,8%
Total	Count	55	149
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%	100,0%

**Crosstab**

		Total
Πιστεύετε πως η δυνατότητα χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία θα ενίσχυε τον ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων;	Ναι	Count
	Count	163
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	79,9%
Όχι	Count	41
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	20,1%

---

Total	Count	204
% within Διαθέσιμη ιδιωτική ασφάλιση ;		100,0%

---

---

Π 14

Η γνώμη του δείγματος για την χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία προς όφελος του πολίτη/ασθενή - Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Ναι	Όχι
Πιστεύετε πως η δυνατότητα χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία θα ωφελούσε τον ασθενή/πολίτη;	Ναι	Count 50	119
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 90,9%	79,9%
	Όχι	Count 5	30
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 9,1%	20,1%
	Total	Count 55	149
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 100,0%	100,0%

**Crosstab**

		Total
Πιστεύετε πως η δυνατότητα χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία θα ωφελούσε τον ασθενή/πολίτη;	Ναι	Count 169
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 82,8%
	Όχι	Count 35
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 17,2%
	Total	Count 204

**Crosstab**

		Total
Πιστεύετε πως η δυνατότητα Ναι χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης στα δημόσια νοσοκομεία θα ωφελούσε τον ασθενή/πολίτη;	Count	169
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	82,8%
Οχι	Count	35
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	17,2%
Total	Count	204
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%

Η επιθυμία των πολιτών για ελευθερία επιλογής μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης – Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	
		Ναι	Όχι
Θα επιθυμούσατε να έχετε ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας;	Ναι	Count 52	141
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 94,5%	94,6%
Όχι	Count	3	8
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 5,5%	5,4%
Total	Count	55	149
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 100,0%	100,0%

**Crosstab**

		Total
Θα επιθυμούσατε να έχετε ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας;	Ναι	Count 193
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 94,6%
Όχι	Count	11
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ; 5,4%
Total	Count	204

**Crosstab**

---

---

		Total
Θα επιθυμούσατε να έχετε Ναι ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας;	Count	193
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	94,6%
	Oχι	Count
		11
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	5,4%
	Total	Count
		204
	% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%

---

---

## Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του δείγματος.

Πώς θα χαρακτηρίζατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας; \* Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;

## Crosstabulation

		Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;			
		Ναι	Όχι	Total	
Πώς θα χαρακτηρίζατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;	Κακή	Count	0	5	5
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	,0%	3,4%	2,5%
	Καλή	Count	24	73	97
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	43,6%	49,0%	47,5%
	Μέτρια	Count	2	10	12
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	3,6%	6,7%	5,9%
	Πολύ κακή	Count	3	6	9
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	5,5%	4,0%	4,4%
	Πόλυ καλή	Count	26	55	81
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	47,3%	36,9%	39,7%
Total		Count	55	149	204
		% within Διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση ;	100,0%	100,0%	100,0%



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

ICAP (2008). *Μελέτη για τις Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα.

Ανδριώτη Δ. (1988). *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: εκδόσεις Εξάντας.

Δανηλίδου Α. (2009). *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή.

Δήμου Π., Μανωλέσσου Α., (2000). *Ατομικά ασφαλιστικά συμβόλαια υγείας*. Πανεπιστήμιο Αιγαίου : Σχολή θετικών επιστημών, τμήμα στατιστικής και αναλογιστικής επιστήμης.

Ζηλίδης Χ. (2005). *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-2004*. Αθήνα: εκδόσεις Mediforce.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). *Σύστημα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Τόμος Α ,Αθήνα: εκδόσεις κλειδάριθμος.

Κονδύλης Η. (2009). *Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές*. Διδακτορική διατριβή.

Κυριόπουλος Γ. (1995). *Κράτος ή αγορά ;Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα*. στο: Κυριόπουλος Γ., (επιμ.) « Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών» Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο και ακαδημία επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994). *Η Οργανωτική και περιφερειακή διάθρωση των υγειονομικών συστημάτων*. Αθήνα : εκδόσεις κέντρο κοινωνικών επιστημών της υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β.(2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5):834-840.

Λιαρόπουλος Λ. (1993). *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας : ο ρόλος της, τα προβλήματα και η προοπτική στην Ελλάδα*. Αθήνα : εκδόσεις Financial Forum.

Λιαρόπουλος Λ.(2006). «*Παγκοσμιοποίηση και κοινωνικό κράτος. Ευρώπη και Αμερική*». Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Λιαρόπουλος Λ.(2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Τόμος Α , Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.

Λιαρόπουλος Λ.(2013). «*Καθιέρωση Εθνικής Ασφάλισης Υγείας με χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα και κατάργηση όλων των εισφορών για υγεία*». Παρουσίαση σε συνέδριο με τίτλο “ Greek Reforms in the Health care sector ”. Αθήνα, Δεκέμβριος.

Λιαρόπουλος Λ., Καιτελίδου Δ., Σίσκου Ο. (2006). *Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας οικονομικών και κοινωνικών επιστημών.

Μάνιου Μ., Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού* τομ.8,(No4): Οκτώβριος- Δεκέμβριος.

Μόσιαλος Η., Θεοδώρου Μ.(2003). *Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη*, στο Νιάκας Δ. (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης & Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα : εκδόσεις Mediforce.

Μπέσης Ν.(1993). *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις IOBE.

Νεκτάριος Μ.(2003). *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση*. Αθήνα: εκδόσεις Financial Forum.

Νεκτάριος Μ.(2014). *Ιδιωτική Ασφάλιση και διαχείριση κινδύνων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ο Ασφαλισμένος (2003). *Περιοδικό της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Προσωπικού Οργανισμών Κοινωνικής Πολιτικής*, τευχ.20(Μάρτιος- Απρίλιος).

Οικονόμου Χ .(2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: *Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Οικονόμου Χ.(199). *Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις*. Στο Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.) *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*. Αθήνα: εκδόσεις Κριτική.

Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσλίδου Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Πολύζος Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα : εκδόσεις Κριτική.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.17(Νο6)*: 627-639.

Ρεκλείτη Μ., Τανατάκη Μ., Κολούσης Π. (2012). Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε σχέση με την διεθνή εμπειρία. *Προεγχειριτική Νοσηλευτική τομ.1(Νο 1)*.

Ρούπας Θ.(2006). *Ιδιωτική Ασφάλιση και υπηρεσίες υγείας*. Στο Σουλιώτης Κ., (επιμ.) *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – οργάνωση και διοίκηση – οικονομική λειτουργία- τομεακές πολιτικές*. Αθήνα : εκδόσεις Παπαζήση.

Σίσκου Ο. (2006). *Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή.

Σίσκου Ο.(2007). *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας*, Στο Λιαρόπουλος Λ. (επιμ.), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.

Σούλης Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ. (2000). *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ.(2006). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός – οργάνωση και διοίκηση – οικονομική λειτουργία- τομεακές πολιτικές*. Αθήνα : εκδόσεις Παπαζήση.

Τούντας Γ.(2001). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: εκδόσεις Οδυσσέας.

Τσακλόγλου Π., Οικονομίδης Γ., Παγουλάτος Γ., Φιλιπόπουλος Α. (2016). *Χάρτης εξόδου από την κρίση. Ένα νέο παραγωγικό μοντέλο για την Ελλάδα*. Αθήνα: εκδόσεις διανέοσις.

Χλέτσος Μ. (2011). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Πατάκη.

Χλέτσος Μ.(2012). *Σημειώσεις για το εργαστήριο εφαρμοσμένης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

## Ξενογλώσση

- Abel – Smith B. (1994). *An introduction to health policy planning and financing*. London: Logman.
- Cartwright A.(1983). *Health Surveys in practice and in potential: a critical review of their scope and methods king's*. London: Fund Publishing Office.
- Christiansen T., Lauridsen J., Kamper- Jorgensen F. (2002). Demand for private health insurance and demand for health care privately and non- privately insured in Denmark. University of southern Denmark, *Health economics papers: 1*.
- Colombo F., Tapay N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The benefits and costs for individuals and health systems. *Health working paper*, Organization for Economic. Co – operation and development, Paris.
- Davaki K., Mossialos E.(2005). Plus ca change: Health sector reforms in Greece. J *Health Polit Policy Law* 30(1-2): 143-167.
- Eurobarometer (1998). *Citizens and health systems: Main results for a Eurobarometer survey*: Luxembourg.
- Friedman M. (1982). «*Capitalism and freedom*». 2<sup>nd</sup> edition, Chicago: University of Chicago press.
- Glennester H., Matsaganis M. ( 1992). *The England and Swedish health care reforms. Economic and social research council, Welfare state programme*. London: number wsp/79.
- Huber M., Orosz E.(2003). Health Expenditure Trends in OECD Countries, 990-2001. *Health care financing review* 25(1): 1-22.
- Kutzin J.(1998). *The appropriate role for patient cost sharing* in Saltman R.B., Figueras J., Sakellaridis C. Critical challenges for health care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press.
- Kutzin J., Ibraimova A., Jakab M., O'Dougherty S.(2009). Bismark meets Beveridge on the sick road: Coordinating Funding Sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* 87(7):549-554.

- Liaropoulos L. (1998). *Ethics and the management of health care in Greece : A health economists perspective*, in Dracopoulou S., (ed), Ethics and values in health care management. London : Routledge.
- Liaropoulos L., Kaitelidou D. (1998). Changing the public – private mix : An assessment of the health reforms in Greece. *Health care anal* 6, (No2): 227-285.
- Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras TH. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health policy* 87, (No1) : 72-81.
- Mossialos E., Thomson S.(2002). *Voluntary health insurance in the European Union*, in Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J (eds), Funding Health Care: options for Europe European Observatory on Health Care Systems Series.
- OECD (1999). *A comparative analysis for 29 countries*. Paris: Health Data.
- OECD (2003). *Private health insurance*. Draft final report. Paris: A multi-center study.
- OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*. France: Organization for economic cooperation and development.
- OECD (2013). *“Greece : Reform of Social Welfare Programmes”*. Paris: OECD Publishing.
- Riseborough P.A., Walter M.(1998). *Management in Health Care*. London: Wright.
- Shnider GJ., Poulrier JP. (1991). International health spending. Issues and trends. *Health Affairs* 10(No13) :22-38.
- Souliotis K., Kyriopoulos J.(2005). The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement Problems and policy issues: *Appl Health Econ Health policy* 2: 129-133.
- Willman J.(1998). *A better state of health: A prescription for the NHS*. London: Profile.

#### Διαδικτυακές Πηγές

Ασφάλεια Υγείας. Διαθέσιμο στο <https://www.asfaleia-ygeias.com/idiotiki/180-diadikasia-apozimiosis>. Τελευταία ανάκτηση 25/04/2017

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας. Διαθέσιμο στο  
[http://www.eaee.gr/cms/sites/default/files/annual\\_stat\\_report\\_2015\\_gr.pdf](http://www.eaee.gr/cms/sites/default/files/annual_stat_report_2015_gr.pdf). Τελευταία  
ανάκτηση 25/04/2017