



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»**

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»**

**ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Γεωργία Πορφύρη

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα
στο Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος στο Δίκαιο και Οικονομία.

Πειραιάς, 2024



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»**

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»**

**ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Γεωργία Πορφύρη

Επιβλέπουσα: Αριστέα Σινανιώτη - Μαρούδη/Ομότιμη Καθηγήτρια του Τμήματος
Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων/Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα
στο Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος στο Δίκαιο και Οικονομία.

Πειραιάς, 2024

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΙΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, «Δίκαιο και Οικονομία» με τίτλο «ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ», έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



Γεωργία Πορφύρη 17-7-2024

Στην οικογένειά μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄: ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - Η ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	10
1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΡΩΝ.....	10
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	13
3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	14
4. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ.....	20
1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ (ΕΝΝΟΙΑ ΓΕΝΟΥΣ).....	20
2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	21
2.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	21
2.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	23
3.ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
3.2. Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ.....	25
3.3. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ).....	27
3.4. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
3.5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
3.6. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄ : ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	31
1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΕΙΣ.....	31
2. ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	33
3. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	35
4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ.....	40
5. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ : ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	45

1. ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ 2021 (STATE OF HEALTH IN THE EU) ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ.....	45
2. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2021-2025.....	48
3. Η ΠΑΝΗΜΙΑ COVID19 ΚΑΙ Η ΥΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	49
4. ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄ : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	60
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ –ΠΗΓΕΣ.....	69

Σημαντικοί Όροι: Κοινωνική Προστασία, Ιδιωτική Ασφάλιση, Κοινωνική Ασφάλιση, Ασφαλιστικό Σύστημα, Μπίσμαρκ, Μπέβεριτζ, Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Ασφαλιστικό Δίκαιο, Κίνδυνος, Μεταρρυθμίσεις Ασφαλιστικού, Βιωσιμότητα, Αποτελεσματικότητα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι άνθρωποι ανέκαθεν επιζητούσαν την ασφάλεια και αναζητούσαν τρόπους για να περιορίσουν τους παράγοντες αβεβαιότητας. Στις σύγχρονες κοινωνίες, των κρίσεων και το προκλήσεων, το άτομο εκτίθεται σε καθημερινή βάση, σε μικρούς και μεγάλους κινδύνους, οι οποίοι δεν μπορούν να αποτραπούν παρά με τη συνδρομή του κράτους και τη λήψη μέτρων ασφαλείας μέσω του θεσμού της ασφάλισης. Γι' αυτό και η ασφάλιση της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού μπορεί να προστατεύσει τον πολίτη από οικονομικές επιβαρύνσεις, που τυχόν προκύψουν ως συνέπεια απώλειας της υγείας ενός ατόμου είτε λόγω ατυχήματος είτε από κάποια ασθένεια. Κάθε σύστημα υγείας και ασφάλισης θα πρέπει να έχει ως σκοπό την πρόληψη και την αποτροπή εμφάνισης κινδύνων και να χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση και ανάλυση του ασφαλιστικού συστήματος στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα και των ζητημάτων που ανακύπτουν υπό το πρίσμα του ασφαλιστικού δικαίου. Απαρτίζεται από πέντε κύρια κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια του κράτους πρόνοιας και η αρχή του κράτους δικαίου, καθώς και η ιστορική διαδρομή του κράτους πρόνοιας με αναφορά και στην ελληνική περίπτωση. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές λειτουργίες και μορφές της κοινωνικής ασφαλείας με έμφαση στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης και το σύστημα υγείας. Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου είναι η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα όπου αναλύεται η δημόσια και η ιδιωτική ασφάλιση, καθώς και το περιεχόμενο ενός ασφαλιστήριου συμβολαίου. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται τα κυριότερα σημερινά ζητήματα του ασφαλιστικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προτάσεις αναβάθμισης του ασφαλιστικού συστήματος υγείας σήμερα. Συμπερασματικά, παρουσιάζονται οι προοπτικές των ασφαλιστικών συστημάτων, κοινωνικών και ιδιωτικών μελλοντικά.

Αποτέλεσμα αυτής της μελέτης είναι η διαπίστωση της ύφεσης στην οποία βρίσκεται εξελικτική πορεία των ασφαλιστικών συστημάτων με έμφαση στον τομέα της υγείας και ιδίως στη Ελλάδα, αφού τα προβλήματα εντοπίζονται πολλά χρόνια τώρα από τις διάφορες κοινωνίες και κρατικούς φορείς, οι αλλαγές, ωστόσο, είναι ελάχιστες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ζωή έχει αναχθεί από την έννομη τάξη σε ύψιστο αγαθό και μαζί της έχει ανυψωθεί στην ιεραρχία των αξιών και η υγεία. «Επειδή η ζωή (the right of life) είναι το σύνολο των λειτουργιών που ανθίστανται στον θάνατο, η υγεία είναι η κανονική εκτέλεση αυτών των λειτουργιών» (Bernard). Άλλως, η ανθρώπινη ύπαρξη κατέληξε να ταυτίζεται με την ίδια την υγεία. Όμως, η υγεία δεν σχετίζεται μόνο με τη ζωή, αλλά και με το «πώς» ζουν οι άνθρωποι για όσο διάστημα παραμένουν ζωντανοί. Η υγεία αποκτά μια προστιθέμενη αξία που έχει να κάνει με την ποιότητα της ζωής και την ευτυχία των ανθρώπων. Μαζί με την υγεία δεν αγωνιζόμαστε απλώς για τη ζωή, αλλά για την καλή ζωή και την ευημερία μας.

Το δίκαιο, ως εγγυητής των ανθρώπινων δικαιωμάτων, συναντά, ανάμεσα στα άλλα, και την ιατρική που στοχεύει στην προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας. Δεν θα ήταν, ίσως, υπερβολή να ισχυριστούμε ότι το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί την αναγκαία συνθήκη απόλαυσης όλων των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Έτσι, το δίκαιο αποκτά κατεξοχήν, στον χώρο αυτό, έναν παροχικό, ρυθμιστικό και ταυτόχρονα εγγυητικό ρόλο. Το ασφαλιστικό δε δίκαιο καλείται να αποτρέψει και να προλάβει κάθε είδους συμποφορές, ικανές να προκαλέσουν κίνδυνο που μπορεί να πλήξει την υγεία.

Το μοντέλο της φιλελεύθερης ιατρικής, μάλιστα, που κινούνταν έξω από κρατικές παρεμβάσεις, με κανόνες που έθεταν οι ίδιοι οι ιατροί, απαξιώνοντας το κρατικό δίκαιο, παραχώρησε πλέον τη θέση της σε μια ιατρική υπό τον εναγκαλισμό του δικαίου. Στη σύγχρονη εποχή, η υγεία μεταλλάχθηκε σε κρατικό σκοπό. Το κράτος δημιούργησε δημόσιες δομές με σκοπό να παράσχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του, προσπαθώντας να διασφαλίσει την καθολική απόλαυση του οικείου δικαιώματος.

Μια άλλη εποχή δεν θα ασχολούμασταν ως νομικοί, τόσο έντονα όπως σήμερα, με τα ζητήματα υγείας, με την ιατρική να είναι κάποτε μέλημα μόνο των γιατρών. Το κράτος γίνεται παρεμβατικό και επιδιώκει να προστεθεί αρωγός στο δύσκολο έργο των γιατρών.

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μορφή κρατικής παρέμβασης και έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης και αναδιανομής του εισοδήματος των σύγχρονων κοινωνιών τόσο μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων της ίδιας γενιάς όσο και μεταξύ των διαφορετικών γενεών. Είναι δημόσια και υποχρεωτική, χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρωταρχικός σκοπός της είναι η εξασφάλιση της κάλυψης βασικών αναγκών των κινδύνων σε περίπτωση εμφάνισης αυτών, όπως ασθένειας, μητρότητας, ανεργίας, αναπηρίας, γήρατος και θανάτου. Η λειτουργία της είναι συλλογική με δημόσιο χαρακτήρα και βασίζεται στις αρχές της καθολικότητας και της απαγόρευσης των διακρίσεων, στην αρχή της υποχρεωτικότητας, της ανταποδοτικότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της διαγενεακής αλληλεγγύης, ενώ συγχρόνως συνδέεται άρρηκτα με τη μισθωτή και εξαρτημένη εργασία.

Το ύψος του ποσοστού των κοινωνικών δαπανών που λαμβάνει η κοινωνική ασφάλιση, το οποίο ξεπερνά πολλές φορές το 60%, καθώς και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, που φτάνει έως και το 99% σε κάποιες χώρες, πιστοποιούν τη σημασία της κοινωνικής ασφάλισης για την κοινωνική πολιτική των χωρών στις οποίες εφαρμόζεται και ισχύει με τις όποιες διαφοροποιήσεις.

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ένα καθολικό, θεσμικό κοινωνικό κράτος, ένα, ίσως, από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του 20ου αιώνα, το οποίο επιδιώκει συνδυασμό της ανταγωνιστικότητας και της αποτελεσματικότητας με την κοινωνική αλληλεγγύη και τη

δικαιοσύνη. Το κοινωνικό κράτος εμφανίστηκε ουσιαστικά κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, που σκοπό είχε τη βελτίωση της καθημερινής ευημερίας των ανθρώπων και στην επιβολή εξισορροπητικών κοινωνικών συνθηκών στο σύστημα της καπιταλιστικής αγοράς.

Οι σφοδρές, ωστόσο, ανακατατάξεις που βιώνουν τα τελευταία χρόνια τα σύγχρονα κράτη και η αλληπάλληλες κρίσεις - η οικονομική, η υγειονομική, η δημοσιονομική ακόμη και η περιβαλλοντική κρίση - έχουν επιφέρει ρήξη στη διαλεκτική σχέση κράτους και κοινωνίας, συρρικνώνοντας το κοινωνικό κράτος με τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών για δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, για οικογενειακά και αναπηρικά επιδόματα, για κοινωνική ασφάλιση και καταπολέμηση της φτώχειας. Στο πλαίσιο αυτό της αδυναμίας του κρατικού μηχανισμού, εμφανίζεται ο ιδιωτικός τομέας και μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης προσπαθεί να δράσει συμπληρωματικά καλύπτοντας κενά και άλλοτε μονοπωλώντας το ενδιαφέρον των πολιτών.

Η ελληνική κοινωνία του σήμερα, απαιτεί από το κράτος, να υπερβεί τις αδυναμίες και ανεπάρκειες του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που διαθέτει, έτσι ώστε να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες για όλους τους πολίτες στην κοινωνική συμμετοχή και αλληλεγγύη, να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός, για να μπορούμε έτσι να μιλάμε για ένα κοινωνικά δίκαιο κράτος. Σαφώς, βέβαια, εκτός των άλλων το κράτος οφείλει να αναπτύξει μια διαλεκτική σχέση με τον ιδιωτικό τομέα με αμοιβαία επικοινωνία και συνεργατικό πνεύμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - Η ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΡΩΝ.

Οι έννοιες του κράτους πρόνοιας, του κοινωνικού κράτους και της κοινωνικής πολιτικής αποδίδουν συμβατικά το σύνολο των σύγχρονων κοινωνικών δράσεων και πολιτικών που σχεδιάζονται, εφαρμόζονται και χρηματοδοτούνται κυρίως από τις κυβερνήσεις, με σκοπό την **κοινωνική προστασία** των πολιτών και των εργαζομένων εντός και εκτός της παραγωγικής – οικονομικής διαδικασίας. Οι όροι αυτοί είναι δηλαδή, συνδεδεμένοι με τη μακρά διαδικασία μετασχηματισμού του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής από την πρώιμη μορφή του ελεύθερου ανταγωνισμού με τη δεσπόζουσα θέση του κράτους στην οργάνωση της παραγωγής των κοινωνικών σχηματισμών. Η σταδιακή υλοποίηση από το κοινωνικό κράτος μορφών κοινωνικής πολιτικής σηματοδοτεί και ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης του κοινωνικού του πεδίου.

Οι όροι **κράτος πρόνοιας** (Welfare State, Wohlfahrtsstaat, Etat-Providence) και **κοινωνικό κράτος** (Social State, Sozialstaat, Etat-Social) αν και συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, ορθότερο είναι να αναδεικνύεται το διαφορετικό εννοιολογικό τους περιεχόμενο. Το **κράτος πρόνοιας** αποτελεί εκείνη τη μορφή κράτους που συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την **αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης** και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να **αναδιανήμει στους πολίτες** ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να **εγγυηθεί** ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Από την άλλη πλευρά, το **κοινωνικό κράτος** αποτελεί ένα υποσύνολο, μια συγκεκριμένη μορφή θεσμικής οργάνωσης του κράτους πρόνοιας, που αναπτύχθηκε ιδίως σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και συναρτάται με ιδιαίτερα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά. Δόκιμη εμφανίζεται η προσέγγισή του ως έννοιας γένους έναντι του όρου κοινωνικό κράτος, ο οποίος εκφράζει μια συγκεκριμένη συνταγματική, νομοθετική και διοικητική-οργανωτική τυποποίηση των παροχικών και ρυθμιστικών μηχανισμών του κράτους. (Syntagma watch.gr, Ξενοφών Κοντιάδης). Ο όρος κράτος πρόνοιας μπορούμε να πούμε είναι περιγραφικός και αναφέρεται σε συγκεκριμένες οργανωτικές μορφές του κράτους, ενώ ο όρος κοινωνικό κράτος είναι θεσμικός και αναφέρεται στη συνταγματική κατοχύρωση. (Αντ. Καρβούνης, όπ. σ. 206)

Η κυρίαρχη επιδίωξη, λοιπόν, του κράτους πρόνοιας συνίσταται στην παροχή κοινωνικής ασφάλειας για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ατόμων του κοινωνικού συνόλου και τη βελτίωση της ισχύουσας κοινωνικής κατάστασής τους, (status quo) που είναι θεσμικά συγκροτημένη.

Η έννοια κοινωνικό κράτος αναφέρεται στο σύνολο των θεσμών, μηχανισμών και πολιτικών που έχουν ως βασικό στόχο την αναδιανομή του εισοδήματος, αγαθών και υπηρεσιών ανάμεσα στις επιμέρους κοινωνικές τάξεις. Σε αντιδιαστολή με το φιλελεύθερο κράτος ενυπάρχει σε αυτό η συνταγματική κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της συντονισμένης συλλογικής δράσης με σκοπό την εξάλειψη ή τον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων.

Το **παρεμβατικό κράτος** δεν ταυτίζεται αναγκαστικά με το κοινωνικό κράτος, αλλά αποτελεί μορφή του. Παρεμβαίνει είτε μετέχοντας στην παραγωγική διαδικασία και τη διανομή αγαθών και υπηρεσιών, είτε ρυθμίζοντας και εποπτεύοντας τη λειτουργία της αγοράς είτε ασκώντας πολιτική αναδιανομής εισοδήματος πχ μέσω φορολογικών ρυθμίσεων, πολιτικής των τιμών κλπ. Η τελευταία αυτή μορφή δράσης του παρεμβατικού κράτους έχει κοινωνικό χαρακτήρα.

Εργαλείο του κοινωνικού κράτους είναι η **κοινωνική πολιτική**. Με τον όρο κοινωνική πολιτική αναφερόμαστε στο σύνολο των μέσων που χρησιμοποιεί η πολιτεία, στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους, παρεμβαίνοντας στην οικονομία, με σκοπό την προσπάθεια διαρκούς βελτίωσης των όρων διαβίωσης των ατόμων μιας κοινωνίας, διασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε αυτούς τους όρους περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων (σίτιση, εκπαίδευση, στέγαση) η προστασία της υγείας και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ειδικότερα η κοινωνική πολιτική ορίζεται ως:

« Το σύνολο των θεσμών και των μέτρων με τους οποίους επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση των ποσοτικά σταθμικών όρων διαβίωσης των κοινωνικών ομάδων και κυρίως των οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερων, με σκοπό να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις κοινωνικής ελευθερίας για όλα τα μέλη της κοινωνίας».

Η κοινωνική πολιτική καλύπτει την ανυπαρξία συλλογικής κάλυψης που προσέφερε η οικογένεια και η κοινότητα στις αγροτικές κοινωνίες και οι συντεχνίες, τα συνάφια στις μεσαιωνικές πόλεις. Υπάρχουν τρεις **μορφές κοινωνικής πολιτικής**:

α) η **κοινωνική πρόνοια** όπου το κράτος μονομερώς κάνει παροχές σε άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας,

β) η **κοινωνική ασφάλιση**, όπου το κράτος ανταποδίδει παροχές έναντι των εισφορών των πολιτών και

γ) η **κοινωνική ασφάλεια** – έννοια ευρύτερη από την κοινωνική ασφάλιση – η οποία εξασφαλίζει το άτομο από ορισμένους κινδύνους.

Διακρίνουμε, επίσης, δύο **μοντέλα κοινωνικής πολιτικής**:

α) **Υπολειμματικό μοντέλο**: το κράτος παρεμβαίνει επιλεκτικά και μόνο στην περίπτωση που τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης όπως η οικογένεια ή ο μηχανισμός της ελεύθερης αγοράς αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των κοινωνικών ομάδων,

β) **Αναδιανεμητικό μοντέλο**: το κράτος επικεντρώνεται στην ανάπτυξη μηχανισμών καθολικής κάλυψης και πρόληψης των προβλημάτων, ασκώντας κριτική στην ανικανότητα της αγοράς να δημιουργήσει ένα επαρκές πλέγμα κάλυψης

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS) – ειδικό μέσο στατιστικής παρατήρησης της κοινωνικής προστασίας στα κράτη μέλη της ΕΕ - οι κοινωνικές παροχές πραγματοποιούνται μέσω συλλογικά οργανωμένων συστημάτων από την κυβέρνηση και/ή συλλογικές συμβάσεις. Δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός του πεδίου εφαρμογής της **κοινωνικής προστασίας** που να ταιριάζει σε όλους τους σκοπούς (συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης στατιστικών στοιχείων). Παρόλα αυτά, καθίσταται αναγκαίο να διατυπωθεί ένας συμβατικός ορισμός του πεδίου εφαρμογής της κοινωνικής προστασίας που να ανταποκρίνεται όσο το δυνατόν καλύτερα τις ανάγκες της ανάλυσης της κοινωνικής πολιτικής και της συλλογής δεδομένων σε διεθνές επίπεδο. Η **κοινωνική προστασία περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς που αποσκοπούν να ανακουφίσουν τα νοικοκυριά και τα άτομα από το βάρος ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων ή αναγκών, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει ούτε ταυτόχρονη αμοιβαία ούτε ατομική ρύθμιση**. Ο συμβατικός ορισμός της κοινωνικής

προστασίας ορίζει ότι η παρέμβαση δεν περιλαμβάνει ταυτόχρονη αμοιβαία ρύθμιση. Αυτό πρέπει να θεωρηθεί ότι αποκλείει από το πεδίο εφαρμογής της κοινωνικής προστασίας κάθε παρέμβαση κατά την οποία ο αποδέκτης υποχρεούται να παρέχει ταυτόχρονα κάτι ισοδύναμης αξίας σε αντάλλαγμα. Για παράδειγμα, τα τοκοφόρα δάνεια που χορηγούνται σε νοικοκυριά δεν αποτελούν κοινωνική προστασία, διότι ο δανειολήπτης δεσμεύεται να καταβάλει τόκους και να επιστρέψει το κεφάλαιο. Ο **κατάλογος των κινδύνων** ή των αναγκών που μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνική προστασία είναι, κατά σύμβαση, ο εξής :

1. Ασθένεια/Υγειονομική περίθαλψη
2. Αναπηρία
3. Γήρας
4. Επιζώντες
5. Οικογένεια/παιδιά
6. Ανεργία
7. Στέγαση
8. Κοινωνικός αποκλεισμός που δεν ταξινομείται αλλού.

Τα διαφορετικά συστήματα κοινωνικής πολιτικής εκφράζουν το επίπεδο ανάπτυξης, τις ιδιαιτερότητες και τις αντιφάσεις της εκάστοτε κοινωνίας στο πλαίσιο της οποίας διαμορφώνονται. Ανάλογα με τη θεωρητική και την ιδεολογική τους προσέγγιση αναλύονται και αξιολογούνται τα όρια και τα επιτεύγματα του κράτους πρόνοιας στη διττή του υπόσταση ως κράτους προστάτη και ως φορέα άσκησης κοινωνικού ελέγχου.

Σημαντικά ερωτήματα, συνεπώς, ανακύπτουν σε σχέση με την χρήση του όρου κράτους πρόνοιας όσον αφορά την κοινωνική λειτουργία του στις αναπτυσσόμενες και υποανάπτυκτες χώρες καθώς και στις διεθνείς διαστάσεις άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Unicef.

Κοινή ομολογία είναι ότι για την ύπαρξη ενός ουσιαστικού κράτους πρόνοιας και για την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής απαιτείται η συναίνεση όλων των πολιτικών και των κοινωνικών φορέων, των εργοδοτών, των εργαζόμενων και της ευρύτερης κοινής γνώμης, προκειμένου να υλοποιηθεί ο πρωταρχικός στόχος του, που συνίσταται στη διασφάλιση ενός κατώτατου επιπέδου εισοδήματος και αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης για κάθε πολίτη.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Στην ιστορική προοπτική το αίτημα και η πράξη κοινωνικής προστασίας και η έκφραση αλτρουιστικών συναισθημάτων και προσωπικής αλληλεγγύης ενυπάρχουν σε όλες τις μορφές κοινωνιών και κοινωνικών συστημάτων.

Σε όλη σχεδόν την ανθρώπινη ιστορία υπήρξαν δείγματα κοινωνικής πολιτικής. Αυτή εκδηλώθηκε άλλοτε ως φιλευσπλαχνία ή αλτρουισμός με χαρακτήρα ατομικιστικό και θεολογικό κατά την αρχέγονη σκέψη που μεταμορφώθηκε σταδιακά σε έκφραση κράτους πρόνοιας και άλλοτε ως βοήθεια και προστασία των φτωχών με υποτυπώδεις και περιστασιακές μορφές την περίοδο της φεουδαρχίας. Στην περίοδο 1450-1600, τοποθετούνται τα πρώτα θεμέλια του κράτους πρόνοιας, καθώς η κοινωνική πολιτική – φιλανθρωπία - εκδηλώνεται με χαρακτήρα κρατικό με νομοθετικές πρωτοβουλίες και ιδρυματικές μορφές. Σταδιακά δημιουργείται ένα κράτος που διέπεται από την κοινωνική δικαιοσύνη, την οργάνωση της κοινωνικής βοήθειας και τη φιλανθρωπία που εκφράζεται με την ευθύνη της άσκησης την κοινωνικής πολιτικής από την πολιτεία.

Το **κράτος πρόνοιας** είναι μια **μορφή οργάνωσης του νεωτερικού κράτους** που διαθέτει πλέον χαρακτηριστικά που το διαφοροποιούν από την προνεωτερική περίοδο. Το κράτος συγκροτείται ως απρόσωπος πολιτικός μηχανισμός, με υπέρτατη δικαιοδοσία σε συγκεκριμένη γεωγραφική επικράτεια, που διαφοροποιείται από την ιδιωτική σφαίρα και διαθέτει το μονοπώλιο της νομιμοποιημένης εξουσιαστικής βίας (ισχύος). Το πρώιμο νεωτερικό κράτος στο συγκεκριμένο στάδιο της ιστορικής του ανάπτυξης χαρακτηρίζεται ως κράτος νυχτοφύλακας (χωροφύλακας), καθώς οι λειτουργίες του είναι πολιτικές, μεριμνά για την τήρηση της νομιμότητας, της κρατικής συνοχής και της προστασίας του κράτους. Αναγνωρίζει αμυντικά δικαιώματα, όχι όμως και κοινωνικά. Σκοπός του δεν είναι η διασφάλιση της ευημερίας των πολιτών αλλά του κράτους δικαίου. Στο αξιακό σύστημα της εποχής τα άτομα υπάρχουν για τον εαυτό τους και είναι υπεύθυνα της μοίρας τους.

Η κυριαρχία του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής ωθεί σε μια πρωτόγνωρη για την εποχή ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων, της επιστήμης και της τεχνολογίας. Η επέκταση της βιομηχανίας ως βασικής παραγωγικής μονάδας έφερε αλλαγές και πρόσθεσε νέους όρους στην αγορά. Η συνεχής εκμηχάνιση της παραγωγής και η αδυναμία άμεσης προσαρμογής στις νέες συνθήκες οδήγησε στην εξαθλίωση των πληθυσμών και τη μαζική φτώχεια, με γενεσιουργό αιτία την εργασία και όχι την έλλειψή της. Το ασφυκτικό κοινωνικό πλαίσιο ωθεί τα αστικά στρώματα μισθωτών σε υιοθέτηση συγκρουσιακών πρακτικών και διεκδικήσεων. Σταδιακά μέσα από τους αλληπάλληλους αγώνες του εργατικού κινήματος, τον 19^ο αιώνα, το φιλελεύθερο κράτος αναγκάζεται να υιοθετήσει κοινωνικές πολιτικές και να αναγνωρίσει περισσότερα πολιτικά δικαιώματα, ενώ συγχρόνως προσανατολίζεται σε ενεργό παρέμβαση στην οικονομία.

Η διεύρυνση των κοινωνικών λειτουργιών του κράτους το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα σηματοδοτεί στην ουσία τη μετάβαση από κράτος νυχτοφύλακα σε κράτος παρεμβατικό και στις πρώτες μορφές του κοινωνικού κράτους. Η κοινωνική πολιτική του κράτους υλοποιείται μέσα από την θέσπιση κοινωνικής ασφάλισης, την τον έλεγχο των ωρών εργασίας, τις συλλογικές συμβάσεις, τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και τη μαζικοποίηση της εκπαίδευσης.

Τα θεμέλια μεν του **κοινωνικού κράτους** τίθενται στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ωστόσο η ουσιαστική ανάπτυξη και εδραίωσή του ακολουθεί σε όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Αρχικά, η έλευση του 20^{ου} αιώνα σηματοδοτεί την εμφάνιση κρισιακών φαινομένων, όπως ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, η Οκτωβριανή Επανάσταση στη Ρωσία και άλλες εργατικές

κινητοποιήσεις σε διάφορες χώρες (Ουγγαρία, Γερμανία, Ιταλία) και η κρίση του 1929, τονίζουν την αναγκαιότητα της στοχευμένης κρατικής παρέμβασης. Η «Χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους υπήρξε την περίοδο 1944-1969. Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος άφησε ανυπολόγιστες ζημιές, καταβαραθρωμένες κοινωνίες και απώλειες εκατομμυρίων ανθρώπινων ζηνιών. Η αναγκαιότητα οικονομικοκοινωνικής ανασυγκρότησης αναδεικνύει τον ρόλο του κράτους ως οργανωτή της μεταπολεμικής πραγματικότητας, ως καθολικό φορέα του γενικού συμφέροντος. Πράγματι, με την αρωγή του κράτους οι δυτικές κοινωνίες θα γνωρίσουν την άνθιση, χωρίς προηγούμενο, γι' αυτό και η εποχή θα χαρακτηριστεί «τριάντα ένδοξα χρόνια» ή «Χρυσή Εποχή».

Σύμφωνα με τον Δ.Π. Καράγιωργα, οι **στόχοι παρέμβασης του κράτους στην οικονομία** είναι οι εξής: ο εφοδιασμός της οικονομίας με δημόσια αγαθά και υπηρεσίες σε επαρκείς ποσότητες, η αναδιανομή εισοδήματος, η σταθεροποίηση της οικονομίας, η αντιμετώπιση της ύφεσης, καταπολέμηση του πληθωρισμού, ο έλεγχος των μονοπωλίων και η ανακατανομή των πόρων.

Παρόλα αυτά, το κοινωνικό κράτος δεν μπόρεσε ποτέ στην πράξη να δημιουργήσει ένα επαρκές πλέγμα ασφάλειας και προστασίας για το σύνολο του πληθυσμού.

Η εφορία των προηγούμενων ετών έλαβε τέλος στις αρχές της δεκαετίας του '70. Η πετρελαϊκή κρίση που ξέσπασε οδήγησε σε πληθωριστικές πιέσεις και η επιβολή σφιχτής δημοσιονομικής πολιτικής ως μέτρο εξουδετέρωσης του πληθωρισμού δεν είχε θετικά αποτελέσματα. Τα μέτρα αυτά οδήγησαν σε δημοσιονομική κρίση, χρεοκοπία των εθνικών συστημάτων υγείας και ασφάλισης, των βασικών, δηλαδή, πυλώνων της κοινωνικής πολιτικής. Τα τεράστια κρατικά ελλείμματα και οι ανάγκες κρατικού δανεισμού άσκησαν κριτικές στην υπερδιόγκωση – υπερφόρτωση του κράτους.

Αργότερα, η επικράτηση των νεοφιλελεύθερων αντιλήψεων προώθησε τον μετασχηματισμό των κρατικών δομών προς την κατεύθυνση της φιλελευθεροποίησης και επικράτησης ιδιωτικοοικονομικών όρων. Η αποδόμηση του κοινωνικού κράτους επέρχεται μέσα από την ιδιωτικοποίηση των φορέων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της παραγωγής, την περιστολή των κοινωνικών δαπανών και την διακοπή αρκετών προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. Το αποτέλεσμα των μονεταριστικών πολιτικών και η εμμονή στη δημοσιονομική πειθαρχία έκανε την κοινωνία πιο άνηση και ο πληθυσμός υπέστη μείωση του πραγματικού εισοδήματος.

Παρά τη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, αυτό δεν οδήγησε στην εξάλειψή του. Το κράτος του 21^{ου} αιώνα εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική ρύθμιση και καλείται να οικοδομήσει νέους μηχανισμούς και πολιτικές προστασίας που η αγορά αδυνατεί να καλύψει. Η λύση δεν βρίσκεται στον παραγκωνισμό του κράτους, ούτε και της αγοράς. Η λύση βρίσκεται κάπου στη μέση, στην προσπάθεια διορατικής και στοχευμένης συνεργασίας μεταξύ κράτους και αγοράς. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις κάνουν λόγο για τη διαμόρφωση ενός νέου προνοιακού πλουραλισμού, μέσω της αναπτυγμένης συνεργασίας κράτους και ιδιωτικού τομέα και αύξησης της αποτελεσματικότητας των δημοσίων κοινωνικών υπηρεσιών με λιγότερο κόστος και ορθολογική χρήση των πόρων.

3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η μεταπολεμική περίοδος χαρακτηρίζεται από αύξηση συλλογικής κατανάλωσης, στην Ελλάδα οι πραγματοποιήσεις είναι σποραδικές σε τομείς όπως υγεία, εκπαίδευση, συγκοινωνίες, πολιτισμός, κατοικία, ενώ σε άλλους τομείς

(αθλητισμός, αναψυχή) παραμένουν στο περιθώριο. Η μεταπολίτευση και η αναθεώρηση του **Συντάγματος 1975 θέτουν τα θεμέλια για τη διεύρυνση της κοινωνικής πολιτικής και την κατοχύρωση ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων**. Το Σύνταγμα αναγνωρίζει την κομματική πολυφωνία, τον συνδικαλισμό, το δικαίωμα απεργίας και των συλλογικών διαπραγματεύσεων και τα κοινωνικά δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας, υγείας, στέγης και απασχόλησης.

Συνοπτικά αναφέρουμε τα σημαντικότερα άρθρα που θεσπίζουν τα κοινωνικά δικαιώματα με βάση τη σειρά ένταξής τους στο Σύνταγμα:

- Το άρθρο 12, παρ. 5, προστατεύει του γεωργικούς και τους αστικούς συνεταιρισμούς.
- Το άρθρο 16, παρ. 2,3,4, καθιερώνει τη δωρεάν βασική εκπαίδευση
- Το άρθρο 21, παρ. 1, καθορίζει την προστασία της οικογένειας, του γάμου, της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας.
- Το άρθρο 21, παρ. 2, προβλέπει την αρωγή της πολιτείας σε κατηγορίες πολιτών με ειδικές ανάγκες.
- Το άρθρο 22, παρ.3, προνοεί την υγεία, την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και την περίθαλψη των ατόρων.
- Το άρθρο 22, παρ.4, κατοχυρώνει τη στέγαση των πολιτών και την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων.
- Το άρθρο 22, παρ.1, διασφαλίζει το δικαίωμα εργασίας.

Από τις σπουδαιότερες κοινωνικές ρήτρες του Συντάγματος διακρίνουμε τις ακόλουθες:

- Το άρθρο 17, παρ.1, ορίζει το δικαίωμα της ιδιοκτησίας.
- Το άρθρο 17, παρ. 2,7, εξειδικεύουν την αναγκαστική απαλλοτρίωση για δημόσια ωφέλεια.
- Το άρθρο 18, παρ. 1,2,4,7, ρυθμίζουν την αξιοποίηση διάφορων πλουτοπαραγωγικών πηγών.
- Το άρθρο 18, παρ. 3, επιτρέπει την επίταξη.
- Το άρθρο 106, παρ. 1 ως 6, προσδιορίζουν την οικονομική δραστηριότητα της χώρας με σταθερό άξονα την εξυπηρέτηση του κοινωνικού συμφέροντος.
- Το άρθρο 24, προστατεύει το φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, την χωροταξική αναδιάρθρωση της χώρας, την πολεοδομική εξυγίανση και την οικιστική ανάπτυξη της.
- Το άρθρο 25, ενσωματώνει αν και όχι πάντοτε με ευδιάκριτη κανονιστική λειτουργία κοινωνικές ρήτρες για τον προσδιορισμό του συστήματος προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων αλλά και του κάθε επιμέρους δικαιώματος.

Οι δύο παραπάνω δέσμες διατάξεων με τη συστηματική ιδιαιτερότητα τους εμφανίζονται ως ανεξάρτητες και αυτοτελείς, ωστόσο με μια πιο διεισδυτική προσέγγιση του κανονιστικού τους περιεχόμενου και της λειτουργίας τους διαπιστώνουμε ότι είναι συγκλίνουσες και αλληλοσυμπληρωματικές, επειδή αντλούν στοιχεία επαρκή για τη συνταγματική θεμελίωση της αρχής του κοινωνικού κράτους (Αμίτσης, 2001).

Με σημαντική, λοιπόν, ιστορική καθυστέρηση, συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης, αναπτύσσονται και στη χώρα μας βασικοί θεσμοί κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας. Η άρθρωση, όμως, των θεσμών κοινωνικής πολιτικής που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από έλλειψη προγραμματισμού και απουσία ιεράρχησης στόχων, με αποτέλεσμα την άναρχη και αποσπασματική ανοικοδόμηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Σύμφωνα, μάλιστα με τις εκθέσεις του ΟΟΣΑ, το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο των χωρών του.

Η κριτική που ασκήθηκε στο ελληνικό κοινωνικό κράτος επικεντρώνεται και στην αύξηση του δημοσίου ελλείμματος και την υπονόμευση της διαδικασίας σύγκλισης της χώρας μας με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε). Το ελληνικό κράτος έχει περάσει από πολλές φάσεις κλυδωνισμών και μεταβατικές περιόδους, με πρόσφατη δοκιμασία την υγειονομική κρίση, παγκόσμιας τάσης, με κρισιμότερη ίσως καμπή τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος που έχει τροφοδοτήσει τα τελευταία χρόνια την ελληνική κοινωνία με εντάσεις, αντιπαραθέσεις και κυβερνητικά αδιέξοδα στον χειρισμό.

Η σχετική υστέρηση και υπανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα ευνόησε την υπερτροφία άτυπων δικτύων κοινωνικής προστασίας αλλά και τη διαμόρφωση ενός εκτεταμένου πλέγματος πελατειακών σχέσεων σε τοπικό επίπεδο.

4. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Με κριτήριο την έκταση της κρατικής παρέμβασης στον κοινωνικό χώρο, ο **Titmuss** διακρίνει **τρία μοντέλα κράτους πρόνοιας**:

1. το **υπολειμματικό (residual)**, όπου το κράτος δρα σαν δίκτυ ασφαλείας, παρεμβαίνοντας και ασκώντας κοινωνική πολιτική, όταν η αγορά και η οικογένεια αποτυγχάνουν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου.
2. το **βιομηχανικό (industrial achievement performance)**, όπου η κοινωνική πολιτική συνδέεται με την οικονομία της αγοράς τονίζοντας τον λειτουργικό και επιβιοηθητικό της χαρακτήρα, έτσι ώστε οι ανάγκες να καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία. Κατά συνέπεια, ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός με το ρόλο της οικονομίας
3. το **θεσμικό - αναδιανεμητικό μοντέλο**, όπου η κοινωνική πολιτική καλύπτει με καθολικό τρόπο τις κοινωνικές ανάγκες των ατόμων έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. Πρόκειται για το μοντέλο που αποσκοπεί στην επίτευξη ισότητας μεταξύ των ατόμων.

Παράδειγμα του υπολειμματικού μοντέλου σύμφωνα με τον Titmuss είναι οι ΗΠΑ, οι σκανδιναβικές χώρες χαρακτηρίζονται από το θεσμικό αναδιανεμητικό μοντέλο ενώ η Βρετανία έχει στοιχεία του υπολειμματικού και βιομηχανικού μοντέλου. Η Γερμανία είναι ένα παράδειγμα βιομηχανικού μοντέλου, ενώ οι λατινογενείς χώρες έχουν στοιχεία του υπολειμματικού και βιομηχανικού μοντέλου.

Ο **Espring-Andersen** εξάλλου, ασχολούμενος με την αποεμπορευματοποίηση της εργατικής δύναμης, εντόπισε **τρία «προνοιακά καθεστώτα»**:

1. το **φιλελεύθερο μοντέλο** (Βρετανία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία), όπου η αποεμπορευματοποίηση είναι λιγότερο αναπτυγμένη, καθώς το κράτος επιδοτεί τις παροχές μέσω της αγοράς, κατόπιν ελέγχου του εισοδήματος. Το κράτος πρόνοιας λειτουργεί σαν δίκτυ ασφαλείας για όσους δεν έχουν σύνταξη, ενώ η κοινωνική παρέμβαση οδηγεί σε κοινωνικές ανισότητες, καθώς η ισότητα που εξασφαλίζει είναι ισότητα προς τα κάτω δηλαδή τη φτώχεια.

2. το **συντηρητικό μοντέλο**, (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία), το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού, και χαρακτηρίζεται από τη διαφοροποίηση μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και την απονομή προνομίων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση. Το μοντέλο αυτό ευνοεί τα άτομα που έχουν επαγγελματική και κοινωνική θέση ενώ αποκλείει τους μη εργαζόμενους. Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία και τις κοινωνικές παροχές, πηγάζει από τη δυνατότητα απασχόλησης του ατόμου και παρέχεται στη βάση της ανταποδοτικότητας. Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους είναι περιορισμένος. Η αναδιανομή των πόρων συντελείται μέσα στο στενό κύκλο των εργαζομένων και της οικογένειας, η σημασία της οποίας ως δικαιούχου παροχών είναι μεγάλη. Ο ιδιωτικός τομέας της κοινωνικής προστασίας όπως η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένος.

3. το **κοινωνικό-δημοκρατικό μοντέλο**, στο οποίο επικρατεί η αρχή της πλήρους αποεμπορευματοποίησης των κοινωνικών παροχών. Ο κεντρικός αναδιανεμητικός μηχανισμός πόρων του κράτους είναι καθοριστικός. Η κάλυψη των αναγκών είναι καθολική, ενώ η πλήρης απασχόληση και η ισότητα είναι οι μόνιμοι στόχοι της κοινωνικής πολιτικής. Η αρχή της καθολικότητας των παροχών συνδέεται με την ιδιότητα του πολίτη και όχι με τη θέση εργασίας ή την ανάγκη. Σε αυτό το προνοιακό μοντέλο ανήκουν η Σουηδία, η Νορβηγία, η Αυστρία, η Δανία, αποκαλείται δε σοσιαλδημοκρατικό ή σκανδιναβικό διότι εφαρμόστηκε από σοσιαλδημοκρατικά κόμματα κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες.

Ωστόσο, ο Espring-Andersen δεν συμπεριέλαβε καθόλου τις χώρες της νότιας Ευρώπης, κενό το οποίο καλύφθηκε από τον **Ferrera** ο οποίος πρότεινε ένα τέταρτο μοντέλο το οποίο συνδυάζει στοιχεία από το μοντέλο **Beveridge** (στον τομέα της υγείας) και το μοντέλο **Bismarck** (στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης) και διαφοροποιείται από τα κράτη πρόνοιας των βόρειων χωρών στα εξής σημεία:

1. υψηλός βαθμός μεταβιβαστικών πληρωμών, ανυπαρξία εγγύησης ελαχίστου εισοδήματος για τη στήριξη ατόμων και οικογενειών με ανεπαρκή εισοδήματα
2. ανισομερή καταμερισμό της κοινωνικής εργασίας για συγκεκριμένους κινδύνους
3. ύπαρξη χαρακτηριστικών μοντέλου Beveridge
4. χαμηλό ποσοστό κοινωνικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με την ανάμιξη κρατικών και μη κρατικών θεσμών στην παροχή υπηρεσιών
5. τρόπος λειτουργίας του κράτους με τη μορφή έντονου πελατειακού χαρακτήρα
6. χαμηλή αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
7. άνισος και άδικος καταμερισμός του φορολογικού βάρους στις διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες (Νίκου Δήμητρα, Αθήνα 2000)

Ειδικότερα :

A. Το μοντέλο **Bismarck** αναφέρεται στο σύστημα υγείας που πρωτοεισήχθη από τον Κάιζερ Γουίλχελμ της Γερμανίας τον 19ο αιώνα και πήρε το όνομά του από τον πρωθυπουργό της περιόδου, Ότο φον Μπισμάρκ. Βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης και έχει διαμορφωθεί ώστε να παρέχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μέσω του συνδυασμού της ιδιωτικής και δημόσιας χρηματοδότησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η υγεία θεωρείται καθήκον του κράτους και της κοινωνίας συνολικά. Οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να συνεισφέρουν σε ένα σύστημα ασφάλισης υγείας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο συχνά διαχειρίζεται από ιδιωτικούς φορείς, όπως ασφαλιστικές εταιρείες ή επαγγελματικούς συνδέσμους. Τα χρήματα για την κάλυψη των υγειονομικών δαπανών συλλέγονται μέσω εισφορών από εργαζόμενους και εργοδότες.

Το σύστημα παρέχει πρόσβαση σε ιδιώτες γιατρούς και νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν συνήθως ως ιδιωτικές επιχειρήσεις. Οι ασφαλιστές συνήθως επιλέγουν τους ιδιώτες πάροχους

υγειονομικής περίθαλψης από μια λίστα επαγγελματιών που είναι συνδεδεμένοι με το δίκτυο τους.

Σε γενικές γραμμές, το μοντέλο Bismarck έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. **Παροχή κάλυψης υγείας μέσω ασφαλιστικού συστήματος:** Οι πολίτες και οι εργοδότες πληρώνουν εισφορές σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο παρέχει κάλυψη για τις υγειονομικές τους ανάγκες.
Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από ιδιωτικές εισφορές, όπως ασφαλιστικές εισφορές από εργαζόμενους και εργοδότες. Συνήθως διαχειρίζονται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.
2. **Ιδιωτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης:** Οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από ιδιωτικούς πάροχους υγείας, όπως ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικοί ιατροί. Οι ασφαλιστικές εταιρείες επιλέγουν τους πάροχους για τους ασφαλισμένους τους.
3. **Προσβασιμότητα για όλους:** Ακόμα και οι πολίτες που δεν έχουν ασφάλιση μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, αν και μπορεί να είναι περιορισμένη ή να προκαλεί οικονομικές δυσκολίες. Η προσβασιμότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική θέση του ατόμου και το είδος της ασφάλισης που διαθέτει.
4. **Προστασία από οικονομικούς κινδύνους:** Το σύστημα προσφέρει κάλυψη σε περίπτωση ασθένειας ή τραυματισμού, προστατεύοντας τους ασφαλισμένους από τους οικονομικούς κινδύνους που συνδέονται με την υγεία.

Αν και το μοντέλο Bismarck έχει επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε πολλές χώρες, υπάρχουν και κριτικές ως προς την αποτελεσματικότητά του και τις ανισότητες που παρουσιάζει σε ορισμένες περιπτώσεις. Επίσης, η παγκοσμιοποίηση και οι αλλαγές στην αγορά εργασίας αποτελούν προκλήσεις που αμφισβητούν την εφαρμογή του μοντέλου Bismarck σε ορισμένες χώρες.

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

Β. Στην αντίπερα όχθη, το σύστημα **Beveridge** αποτελεί επίσης, ένα από τα κύρια μοντέλα οργάνωσης των συστημάτων υγείας που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και πήρε το όνομά του από τον βρετανό πολιτικό William Beveridge ο οποίος και συνέλαβε την ιδέα. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από την παροχή κάλυψης υγείας από το κράτος για όλους τους πολίτες μέσω ενός δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς την ύπαρξη ασφαλιστικών εταιρειών ή ιδιωτικών παρόχων.

Οι βασικές αρχές του συστήματος Beveridge είναι οι εξής:

1. **Κρατική Χρηματοδότηση:** Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από τα δημόσια κονδύλια (χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό), είτε μέσω φόρων είτε μέσω εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.

2. **Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας:** Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ανήκουν στο κράτος (είναι δημόσια) παρέχοντας υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες.
3. **Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση των Ιατρών:** Η εκπαίδευση των ιατρών συνήθως γίνεται σε πανεπιστήμια και είναι επικεντρωμένη στην παροχή δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης.
4. **Προσβασιμότητα για Όλους:** Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, χωρίς να απαιτείται ιδιωτική ασφάλιση ή επιπλέον πληρωμές.

Στα βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος Beveridge περιλαμβάνεται η ισότητα και η απλότητα του, καθώς και η δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένης περίθαλψης σε όλους τους πολίτες. Ωστόσο, η ανάγκη για μεγάλα δημόσια κονδύλια η πιθανή γραφειοκρατία που μπορεί να προκύψει από ένα τέτοιο μοντέλο καθιστά το μοντέλο αυτό όχι αναγκαία το καλύτερο σε απόλυτο βαθμό. Επίσης, η αυξανόμενη ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης και η ορθή διαχείρισή της, σε συνδυασμό με τη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελούν διαρκείς προκλήσεις για το μοντέλο Beveridge.

Η επιλογή μεταξύ των δύο συστημάτων Bismarck και Beveridge εξαρτάται από τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες της εκάστοτε χώρας που το υιοθετεί. Το σύστημα Bismarck φαίνεται να έχει συχνά υψηλότερο κόστος λόγω της ανάγκης για ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και της ανταγωνιστικής φύσης της αγοράς υγείας, ενώ το σύστημα Beveridge μπορεί να έχει μεγαλύτερη δημόσια χρηματοδότηση αλλά ενδέχεται να παρέχει υψηλότερη καθολική κάλυψη.

Σήμερα, λοιπόν, η κοινωνική πρόνοια περιλαμβάνει όλα σχεδόν τα θέματα που σχετίζονται με τον όρο κοινωνική ασφάλιση ή κοινωνικές υπηρεσίες. Με αυτόν τον τρόπο, η κοινωνική πρόνοια «ξεφεύγει» από την παλιά ιδέα της κοινωνικής αντίληψης και αναγνωρίζεται ως νόμιμο δικαίωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ (ΕΝΝΟΙΑ ΓΕΝΟΥΣ)

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας ενός κράτους πρόνοιας, ο οποίος στόχος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: 1. Του **συστήματος κοινωνικής ασφάλισης** για την προστασία των εργαζομένων, 2. Του **συστήματος κοινωνικής πρόνοιας** για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και 3. Του **εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ)** για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ατόμων που βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια. Από διοικητικής απόψεως, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

1. Το **Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης** αποτελεί τον κύριο άξονα του μοντέλου κοινωνικής προστασίας στη Ελλάδα. Από το 1950 έως και σήμερα επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν την μείωση ή απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης το οποίο λειτουργεί βάσει αυτόνομων ασφαλιστικών φορέων. Οι φορείς αυτοί συγκροτούν τον πρώτο πυλώνα ασφάλισης στην Ελλάδα.

2. Το **Εθνικό Σύστημα Υγείας**, το οποίο θεσμοθετήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, είχε ως βασικό σκοπό την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν δημοσίων υπηρεσιών. Εξυπηρετεί όλα τα άτομα που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια, ειδικά όμως για τους ασφαλισμένους σε φορείς δημόσιας ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους. Η ελληνική Κυβέρνηση τα τελευταία χρόνια, με έμφαση τα χρόνια του covid-19, προωθεί μέτρα εκσυγχρονισμού των δημοσίων πολιτικών υγείας.

Οι εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις στον τομέα υγείας εκκινούν στην ουσία με τον Ν. 2519/1977 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» και συνεχίζονται τη δεκαετία του 2000 με την υιοθέτηση του Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» και του Ν. 2955/2001 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ και άλλες διατάξεις». Ο Ν. 2889/2001 εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργάνωση και τη διάρθρωση του συστήματος υγείας, προχωρώντας στην ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ.

Το ΕΣΥ έχει αναχθεί σε κύριο μέσο υλοποίησης του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία (άρθρο 21 παρ. 3 Σ.). Αποτελεί τμήμα ενός ευρύτερου συστήματος που συνενώνει ανθρώπινους και υλικούς πόρους για τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η έννοια του συστήματος, όπου εντάσσεται όλη η προσφορά (δημόσια και ιδιωτική) υγειονομικών υπηρεσιών, προσδίδει μια εικόνα συνόλου, που υπηρετεί υπέρτατες αξίες της ζωής και της υγείας.

3. Το **Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας** συνθέτει στην ουσία τον τελευταίο πυλώνα ασφαλείας για τα άτομα εργασίας που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Λειτουργεί με κριτήρια εξατομικευμένα ανά ομάδες του πληθυσμού, παρέχοντας προστασία μέσω προγραμμάτων. Οι δράσεις αυτές εγκαινιάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και επεκτάθηκαν ουσιαστικά σε όλη τη δεκαετία του 1980. Το σύστημα χορηγεί χρηματικά επιδόματα, παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας μέσω αποκεντρωμένων νομικών προσώπων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Κοινωνικές υπηρεσίες σε μικρότερη έκταση παρέχονται και από οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης καθώς και από εθελοντικές οργανώσεις και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

2.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς θεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης και **αναδιανομής του εισοδήματος** των σύγχρονων κοινωνιών τόσο μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων της ίδιας γενιάς όσο και μεταξύ των διαφορετικών γενεών, η οποία εμφανίστηκε ήδη αρχές του 19ου αιώνα. Στις 10 Δεκεμβρίου του **1948** υπογράφηκε η **Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα** στη Γενική Συνέλευση που έγινε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.). Η Διακήρυξη εξασφάλιζε την κοινωνική ασφάλιση ως ανθρώπινο δικαίωμα. Η εξάπλωση της Βιομηχανικής Επανάστασης σε παγκόσμιο επίπεδο οδήγησε στην ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης, μιας από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός κράτους πρόνοιας, οδηγώντας τελικά στη δημιουργία ενός ευρύτερου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Το γεγονός που κάνει τόσο σπουδαίο το σύστημα αυτό βασίζεται στους πόρους όπου μεταφέρονται από τα μέλη των οικονομικά ενεργών γενεών προς τις προηγούμενες γενεές οι οποίες είναι πλέον μη ενεργές οικονομικά. Σκοπός αυτής της μεταφοράς των πόρων είναι η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου στις παλαιότερες γενιές αλλά και εντός των ίδιων γενιών, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό ένα εισόδημα σε ένα μέλος της κοινωνίας που ασθενεί, μένει ανάπηρο ή είναι άνεργο. Το ύψος του ποσοστού των κοινωνικών δαπανών που λαμβάνει η κοινωνική ασφάλιση, το οποίο ξεπερνά πολλές φορές το 60%, καθώς και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, που φτάνει έως και το 99% σε κάποιες χώρες, πιστοποιούν τη σημασία της Κοινωνικής Ασφάλισης για την κοινωνική πολιτική των χωρών στις οποίες εφαρμόζεται και ισχύει με τις όποιες διαφοροποιήσεις.

Η **Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία** αποτέλεσαν τα **πρότυπα ευρωπαϊκών κοινωνικών συστημάτων**. Ο Λόρδος Beveridge ήταν εμπνευστής των αρχών του κράτους πρόνοιας, που διαμορφώθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία, στο οποίο εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο όριο αγαθών, υπηρεσιών και ευκαιριών για το κάθε άτομο προς αποφυγή σπατάλης οικονομικών πόρων του κράτους για ασθένειες, ελλιπή διατροφή, στέγαση των πολιτών της χώρας λόγω της μεγάλης αύξησης της ανεργίας που υπήρχε. Όσον αφορά τη Γερμανία, ο Καγκελάριος Bismarck υπό τον αυτοκράτορα Γουλιέλμο, διακήρυξε ότι το κράτος έχει ευθύνη όχι μόνο για τις πράξεις του αλλά και για τις παραλείψεις του, ισχυριζόμενος ότι ο κυριότερος σκοπός του ήταν η ευημερία όλων των πολιτών, ιδιαίτερα των αδύναμων και των άπορων. Γι' αυτό και δημιούργησε ποικίλους οργανισμούς με λειτουργήματα την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών.

Η κοινωνική ασφάλιση είναι **δημόσια και υποχρεωτική**, χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρωταρχικός σκοπός της

κοινωνικής ασφάλισης είναι η εξασφάλιση της κάλυψης βασικών αναγκών σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνων, όπως ασθένειας, μητρότητας, ανεργίας, αναπηρίας, γήρατος και θανάτου. Η λειτουργία της είναι συλλογική με δημόσιο χαρακτήρα και βασίζεται στις αρχές της καθολικότητας και της απαγόρευσης των διακρίσεων, στην αρχή της υποχρεωτικότητας, της ανταποδοτικότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της διαγενεακής αλληλεγγύης, ενώ συγχρόνως συνδέεται άρρηκτα με τη μισθωτή και εξαρτημένη εργασία.

Η **ίδρυση ασφαλιστικών ταμείων** ξεκίνησε με την ίδρυση του πρώτου ανεξάρτητου ελληνικού κράτους μετά το τέλος της οθωμανικής κατοχής. Τα πρώτα βήματα ήταν άναρχα, χωρίς οργάνωση, με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται συνοχή και αποτελεσματικότητα.

Το 1861 άρχισε να λειτουργεί στην Ελλάδα το πρώτο ταμείο, αυτό των ναυτικών και ονομάστηκε Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.), και σχεδόν είκοσι χρόνια μετά, το 1882, ιδρύθηκε και το ταμείο των μεταλλωρύχων του Λαυρίου, το Ταμείο Μεταλλευτών. Το 1922, με το Νόμο 2868/1922, θεσμοθετήθηκε η ασφάλεια στο χώρο απασχόλησης από κινδύνους ασφάλειας, γήρατος και θανάτου και αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων (τυπογράφων, αρτεργατών και κεραμοποιών).

Μετά την οικονομική κρίση του 1929, έγινε ορατή η ανάγκη δημιουργίας ενός επίσημου και οργανωμένου κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος. Πράγματι, το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός Νόμος 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ενώ την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για τη ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ) που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935, καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) που αποτέλεσε και τον γενικό φορέα ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ ξεκίνησε 1-1-1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951, ο οποίος με διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα. Στην ουσία, όμως, το έτος 1937 αποτελεί χρονιά ορόσημο για το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα με την έναρξη της ένταξης των ελληνικών οικογενειών στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ΙΚΑ δημιουργούσε αποθεματικό από τις συσσωρεύσεις των εισφορών των εργαζομένων με σκοπό τη χρηματοδότηση τους όταν το είχαν ανάγκη. Η ολοκλήρωση της κάλυψης των μισθωτών όλης της ελληνικής επικράτειας ολοκληρώθηκε το 1983. Η δεκαετία του 1930, εκτός από την ίδρυση του ΙΚΑ, αποτέλεσε κομβική δεκαετία για τους εργαζομένους αφού ιδρύθηκαν και ταμεία επικουρικής ασφάλισης.

Η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση ενός ταμείου για αγρότες, του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Ο Ο.Γ.Α. δημιούργησε επίσης κλάδο Ασθένειας, Σύνταξης και Επικουρικής Ασφάλισης. Το 1982, ο Νόμος 1305 θέσπισε την υποχρεωτικότητα και καθολικότητα της κύριας ασφάλισης, ωστόσο, τα χρηματοοικονομικά ελλείμματα του ασφαλιστικού συστήματος ανάγκασαν σε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που διήρκησαν σχεδόν δυο δεκαετίες (1990-2008). Βασικό χαρακτηριστικό των παρεμβάσεων ήταν η τροποποίηση του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου και η δημιουργία νέων ασφαλιστικών καθεστώτων με στόχο την αντιμετώπιση των τριών βασικών προβλημάτων: 1. Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, 2. χρηματοδοτική ανισοροπία του συστήματος και 3. Οργανωτική ανεπάρκεια λόγω πληθώρας ασφαλιστικών ταμείων και φορέων.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε, μάλιστα, με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα

μας, οι οποίες επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας.

2.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Τα συστήματα ασφάλισης διακρίνονται στις κατωτέρω κατηγορίες:

1. **Ατομική και ομαδική ασφάλιση:** Η κατηγορία αυτή σχετίζεται με τον αριθμό των ατόμων που καλύπτονται. Στην ατομική ασφάλιση, δηλαδή, ο συμβαλλόμενος ασφαλίσει τον εαυτό του και τα μέλη της οικογένειάς του, ενώ ομαδική ασφάλιση περιλαμβάνεται μια ομάδα ατόμων
2. **Δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση:** Η διαφορά τους έγκειται στο ποιος είναι ο φορέας ασφάλισης, δημόσιος ή ιδιωτικός. Η **κοινωνική ασφάλιση** πραγματοποιείται από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) και έχει ως σκοπό την προστασία ατόμων ή ομάδων από κινδύνους. Η σχέση ασφαλιζόμενων και φορέων καθορίζεται από το νόμο με σχετικές διατάξεις και ο χαρακτήρας της είναι υποχρεωτικός και εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον. Η **ιδιωτική ασφάλιση**, αντίθετα, παρέχεται από ιδιωτικούς φορείς και ελέγχεται από διατάξεις ιδιωτικού δικαίου. Ο φορέας που ασκεί την ασφάλιση αυτού του είδους είναι μια ασφαλιστική εταιρεία (συνήθως εμπορική επιχείρηση) και η ασφαλιστική σχέση καθορίζεται από συμβάσεις μεταξύ επιχείρησης και ασφαλισμένου. Βασική επιδίωξη είναι το κέρδος (Λιακοπούλου, 2006).
3. **Ασφάλιση Ζωής και Υγείας, Γενικές Ασφαλίσεις:** Η βάση της κατηγορίας αυτής είναι το είδος του κινδύνου για το οποίο ασφαλιζεται ο ασφαλιζόμενος. Για παράδειγμα, η ζωή, η σύνταξη, η ανικανότητα εργασίας ή η αποταμίευση. Η ασφάλιση υγείας σχετίζεται με κινδύνους που απειλούν την υγεία του ασφαλισμένου (π.χ. πρόληψη, ατύχημα ή ασθένεια). Οι γενικές ασφαλίσεις σχετίζονται με περιουσιακές ζημιές (πλημμύρες, φυσικές καταστροφές και πυρκαγιές).

Το σύστημα χρηματοδότησης αποτελεί, επίσης, ένα βασικό κριτήριο διάκρισης των συστημάτων ασφάλισης:

- **Κεφαλαιοποιητικά συστήματα (Funded):** Η χρηματοδότηση των παροχών των ασφαλισμένων σε αυτά τα συστήματα προέρχεται αποκλειστικά από τις εισφορές των εργαζομένων. Το σύστημα αυτό λειτουργεί στη λογική της ατομικής αποταμίευσης. Κάθε ασφαλισμένος τηρεί ένα ατομικό – προσωπικό λογαριασμό στον οποίο κατατίθενται όλα τα ποσά των εισφορών, καθώς και τα ποσά που προκύπτουν από την επένδυση των εισφορών. Το τελικό προϊόν αποτελεί και το σύνολο των εισφορών και των αποδόσεων των εισφορών αυτών για όλον τον εργασιακό τους βίο. Τα χρήματα που λαμβάνει εδώ ο ασφαλισμένος κατά τη συνταξιοδότησή του προέρχονται από δικές του καταθέσεις και είναι αποκλειστικά δική του «ύλη». Ο κάθε ασφαλισμένος επενδύει κατ' ουσίαν τα χρήματά του για να τα λάβει μελλοντικά ο ίδιος.
- **Διανεμητικά συστήματα (Pay As You Go - PAYG):** Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών αποτελεί τη βάση αυτών των συστημάτων, καθώς στην πράξη το αποθεματικό που δημιουργείται τώρα είναι διαθέσιμο και για το μέλλον. Πρόκειται στην πράξη για ένα άγραφο κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των γενεών που εργάζονται και αυτών που συνταξιοδοτούνται. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι καταβάλλουν εισφορές οι οποίες διανέμονται άμεσα στους τρέχοντες συνταξιούχους. Τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα είναι βασισμένα σε αυτά τα μοντέλα.

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

3.ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο **σύστημα υγείας** καλείται η οργανωμένη απάντηση της κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης και των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Ο ρόλος του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση της υγείας των πολιτών, αλλά αποσκοπεί και στην προστασία αυτών από το οικονομικό κόστος της ασθένειας.

Οι **στόχοι ενός συστήματος υγείας** μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις κατηγορίες:

α) Πρωταρχικός σκοπός είναι η **βελτίωση της κατάστασης υγείας** του πληθυσμού. Αυτό έχει διπλή διάσταση καθώς περιλαμβάνει τόσο την καλυτέρευση του επιπέδου υγείας, όσο και την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των πολιτών,

β) Ο δεύτερος στόχος αφορά στην **αναποκρισιμότητα** του συστήματος υγείας στις **προσδοκίες** των πολιτών. Ειδικότερα, αφορά στον σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών απ' τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών διαφορών.

γ) Ο τρίτος στόχος είναι η **δικαιοσύνη στην κατανομή** των βαρών, στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω κάποιας ασθένειας.

Προκειμένου να πετύχει το εκάστοτε σύστημα υγείας τους σκοπούς του, θα πρέπει να εξασφαλίζει την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων του, με κριτήρια την αποδοτική λειτουργία του, την ισότιμη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί **τέσσερις βασικές λειτουργίες**:

α) τη διαχείριση, δηλαδή τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας του συστήματος, καθώς και την ευρυθμία των σχέσεων μεταξύ αγοραστών- προμηθευτών υπηρεσιών- ασθενών,

β) τη χρηματοδότηση, δηλαδή τη διαδικασία συγκέντρωσης των εσόδων σε ένα ταμείο για την κοινή διαχείριση των κινδύνων υγείας. Οι μέθοδοι είσπραξης πόρων για τα συστήματα

υγείας είναι η άμεση και η έμμεση φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς, καθώς επίσης και οι δωρεές, οι επιχορηγήσεις και οι διεθνείς πόροι π.χ. από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

γ) τη δημιουργία των πόρων, αφορά στην παραγωγή αναγκαίων πόρων που θα στηρίξουν τις υπηρεσίες υγείας πχ εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κτιριακές εγκαταστάσεις και ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

δ) την **παροχή των υπηρεσιών υγείας**, οι οποίες υπηρεσίες διακρίνονται σε τρεις βασικές **βαθμίδες** όπως θα αναλύσουμε παρακάτω.

3.2. Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ

Υπάρχουν διάφορες απόψεις όσον αφορά την επιλογή του ορθότερου ορισμού της Υγείας. Η **Υγεία** αποτελεί τον βασικό πυλώνα κοινωνικής ασφάλειας ή κοινωνικής προστασίας και είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. (Parson-1979). Σύμφωνα, δε με τον Καταστατικό Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με τον όρο «Υγεία» εννοείται η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός, αν και ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις προστασίας της υγείας από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης -τα οποία προσφέρουν προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής στους πολίτες- είναι αρκετά ευρύς, καθώς η ψυχική και η κοινωνική ευεξία αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και η συμβολή του κράτους στη διασφάλισή της έχει ρόλο απλά επιβοηθητικό της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου. Εύστοχος, μπορεί να θεωρηθεί και ορισμός της «Υγείας» ως τη φυσική, σωματική και πνευματική κατάσταση του ανθρώπου.

Η **Υγεία** ως **κοινωνικό αγαθό**, αποτελεί καθήκον της κοινωνίας όσον αφορά την προσφορά υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες, χωρίς διακρίσεις. Πρόκειται για ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος : «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περιθάλψη απόρων». Η Υγεία αποτελεί το σημαντικότερο συνταγματικά κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα, αφού αποτελεί τη βάση των υπολοίπων ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) , κάθε άνθρωπος έχει εκτός από το δικαίωμα στην υγεία και υποχρέωση να κάνει ό,τι είναι δυνατόν για την εξασφάλισή της. Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας έχει κατοχυρωθεί και σε άλλα διεθνή νομικά κείμενα, όπως στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), ενώ σύμφωνα με την Συνθήκη του Μάαστριχ (1992) αποτυπώνεται για πρώτη φορά σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η υποχρέωσή της όσον αφορά την προστασία της υγείας των πολιτών. Στα πλαίσια της Ελληνικής Κοινωνίας και του Κράτους Πρόνοιας και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΠΔ 95/2000) η προστασία της υγείας καθώς και η διασφάλιση του δικαιώματος της υγείας, με αποτέλεσμα την εγγύηση της προσβασιμότητας όλων των πολιτών στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας αναλόγως των αναγκών τους και χωρίς καμία διάκριση (φυλετική, οικονομική, κοινωνική, κλπ) (Μαράτου - Αλιμπραντη, 2005).

Η υπάρχουσα δομή ενός συστήματος υγείας, είναι το κάτοπτρο μιας σειράς παραγόντων που επιδρούν στην εξέλιξή του. Η θεώρηση της υγείας ως δημόσιο κοινωνικό αγαθό, ημιδημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό, χαρακτηρίζει σε μεγάλο βαθμό το σύστημα παραγωγής και διανομής των

υπηρεσιών υγείας. Πίσω από αυτές τις κοινωνικές νόρμες που αφορούν την φύση του αγαθού υγεία, τον ρόλο του κράτους και την έννοια της ευθύνης, φαίνεται ότι τα συστήματα υγείας είναι μέρη ενός μεγαλύτερου συστήματος βάσει του οποίου οι κοινωνίες αποφασίζουν για την προτεραιοποίηση αξιών και θεσμών. Στις δημοκρατικές κοινωνίες, επιβάλλεται να διατηρηθεί ένα σύστημα υγείας, το οποίο γίνεται αντιληπτό από τους πολίτες ως κεντρικό στοιχείο των αξιών μιας κοινωνίας, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνουν αλλαγές με τέτοιο τρόπο που να αποκλείουν να τεθεί σε κίνδυνο η ίδια η επιβίωση της κοινωνίας. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας διαπραγμάτευσης μεταξύ των κύριων μετόχων του συστήματος υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ιστορία, παράδοση και τον πολιτισμό της εκάστου κοινωνίας. Από τις αρχές του 1980, πολλά Ευρωπαϊκά κράτη άρχισαν να επανεξετάζουν την δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας. Σε χώρες όπου επικρατούσε κρατικοκεντρικό μοντέλο διακυβέρνησης, δημιουργήθηκαν αποκεντρωτικές δομές. Στις άλλες χώρες όπου είχαν υιοθετηθεί κορπορατιστικά μοντέλα παρουσιάστηκε αύξηση των ρυθμιστικών παρεμβάσεων σε κάποιους τομείς των συστημάτων υγείας. (WHO, 1996).

Οι πολιτικές της υγείας (health policies) ειδικότερα, αφορούν την ανάμιξη του κράτους σε θέματα σχετικά με την επιδίωξη καλής υγείας, την αντιμετώπιση των ασθενειών και την φροντίδα των ασθενών. **Μέσω της κοινωνικής πολιτικής** επιδιώκεται να απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες ισότιμα τις κοινωνικές υπηρεσίες και να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Απώτερος σκοπός είναι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Κοινωνικοί παράγοντες είναι εκείνοι που μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της υγείας των πολιτών. Η εκδήλωση μιας ασθένειας, δηλαδή, δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την προσβολή από κάποιον ιό, αλλά και από άλλες κοινωνικές και συμπεριφορικές καταστάσεις [“Social Determinants of Health” (SDoH)]. Συνεπώς, για την καλή υγεία και την επαρκή φαρμακευτική φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν όλοι αυτοί οι παράγοντες που είναι δυνατό να επηρεάσουν την υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ – World Health Organization , WHO) οι κοινωνικοί παράγοντες είναι οι εξής:

- Κοινωνική μεταβολή (social gradient): οι ασθένειες εμφανίζονται ανά κοινωνική τάξη
- Στρες (stress): το άγχος μπορεί να βλάψει την υγεία και να επιφέρει προβλήματα
- Αρχή ζωής (early life): η προστασία μάνας και παιδιού και η εκπαίδευση για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής
- Κοινωνικός αποκλεισμός (social exclusion): ο ρατσισμός συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων επηρεάζει την υγεία τους
- Ανεργία (unemployment): δυσχεραίνει το επίπεδο υγείας
- Εθισμός (addiction): κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, επιβλαβή για την υγεία
- Διατροφή (food): η υγιεινή διατροφή συμβάλλει στην αποτροπή ασθενειών και μειώνει τη συχνότητα εμφάνισής τους. (WHO, 2003, p. 7-20)

Η Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας έχει ορίσει τους SDoH ως «τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι» καθώς είναι θεμελιώδεις παράγοντες, που επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα δεικτών υγείας, λειτουργίας και ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Αυτά τα σύνολα δυνάμεων διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής και είναι υπεύθυνα για τις ανισότητες, καθώς και τις αθέμιτες και αναπόφευκτες διαφορές στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων που παρατηρούνται εντός και μεταξύ των χωρών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ανισότητες στην υγεία αντιπροσωπεύουν την κύρια αιτία, την δυσφορία και την αγωνία που μπορεί να αποφευχθεί στις ζωές που χάνονται πρόωρα.

Οι κοινωνικές αλλαγές συνεπάγονται κινδύνους και προκλήσεις για την υγεία. Όλοι αυτοί οι «παράγοντες κινδύνου» εσωκλείονται στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας “Social Determinants of Health” (SDoH) (Trevor Dummer, 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι καθοριστές της υγείας περιλαμβάνουν τόσο το κοινωνικό, οικονομικό, φυσικό περιβάλλον όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά και την συμπεριφορά του ατόμου.

Εδώ έγκειται και η χρησιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος υγείας για τα άτομα. Ως χρησιμότητα στην μικροοικονομική ανάλυση ορίζεται η απόλαυση που νιώθει ένα άτομο από την κατανάλωση αγαθών ή μιας υπηρεσιών. Η χρησιμότητα συνδέεται άμεσα και επηρεάζεται από την υγεία του ατόμου, καθώς και από την κατανάλωση άλλων αγαθών ή υπηρεσιών. Η υγεία εξαρτάται από όλους αυτούς τους παράγοντες που αναλύθηκαν παραπάνω. Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας καλείται στο πλαίσιο αυτό να αντιμετωπίσει κάθε είδους κινδύνους που απειλούν την καλή υγεία του ατόμου.

3.3. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)

Θεμελιώδη ρόλο στην προάσπιση του κοινωνικού αυτού αγαθού της υγείας έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Στον **ιδρυτικό Νόμο του ΕΣΥ (1397/1963)**, αναγνωρίζεται η **υγεία ως κοινωνικό αγαθό**, του οποίου η προστασία επιτάσσει την παροχή υπηρεσιών αποκλειστικά από το κράτος, τόσο σε επίπεδο περίθαλψης, αποκατάστασης και επανένταξης όσο και επίπεδο πρόληψης για τη διάγνωση του προβλήματος. Ωστόσο, δεν θα συνεπαγόταν αυτό τη μονοπώληση υγειονομικών παροχών από το κράτος. Διαφορετικά αυτό θα σήμαινε αντίθεση στο άρ. 5 παρ. 1 του Συντάγματος. Παρόλα αυτά, όμως, ενώ εξαγγελλόταν ο δημόσιος/κοινωνικός χαρακτήρας του δικαιώματος στην υγεία, το ΕΣΥ εν τέλει δεν θεσπίστηκε ως αμιγώς κρατικό σύστημα αλλά ως μεικτό.

Με τον Ν. 1397/1983 η χώρα διαιρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ) ως όργανο γνωμοδοτικό και εποπτικό της ομαλής λειτουργίας του συστήματος. Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε την ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα κατακερματισμένο μέχρι τότε σύνολο υπηρεσιών υγείας. Συνέβαλε σημαντικά στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού, ενώ σημειώθηκε αύξηση των διατιθέμενων ανθρωπίνων και χρηματοδοτικών πόρων για την υγεία των ανθρώπων.

Παρόλα αυτά, όμως, το ΕΣΥ δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μικροοικονομικής και μακροοικονομικής αποδοτικότητας και ισότητας όσον αφορά στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, τη διαχείριση και τη διοίκηση αυτών, καθώς και την περιφερειακή αποκέντρωση. Η ανεπάρκεια του νομικού πλαισίου ή σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και η μη εφαρμογή τους είχε σαν αποτέλεσμα τη διαιώνιση των προβλημάτων.

3.4. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας χωρίζεται στις εξής τέσσερις βαθμίδες:

- 1) Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)**: είναι το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Στόχο έχει να φέρει τις υπηρεσίες υγείας όσο πιο κοντά, πλησίον των πολιτών. Το επίπεδο αυτό περίθαλψης επικεντρώνεται στην πρόληψη και τη διάγνωση μιας νόσου. Οι πάροχοι της υγείας που ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια υγεία είναι τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. τακτικά ιατρεία σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα), ιδιωτικές πολύ-κλινικές, ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και κέντρα υγείας.
- 2) Η **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ)**: Αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι απασχολούνται σε τοπικά και περιφερειακά νοσοκομεία αντιμετώπισης και θεραπείας οξέων περιστατικών. Σε πολλά συστήματα υγείας η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δυνατή μόνο μετά από παραπομπή του γενικού γιατρού. Η περίθαλψη παρέχεται από Νοσοκομεία (ιδιωτικά ή δημόσια), κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων και μονάδες ψυχικής υγείας.
- 3) Η **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΤΦΥ)**: Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό με άριστη τεχνογνωσία. Τα ιδρύματα έχουν εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές και μπορούν να υποστηρίξουν ειδικότητες ιατρών πέραν από τις βασικές. Στην ΤΦΥ ανήκουν τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία υψηλά εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας..

Και ένα τέταρτο είδος υπηρεσιών υγείας, πέρα από τις υπηρεσίες υγείας από το επίσημο σύστημα υγείας είναι η **αυτοφροντίδα**, δηλαδή η φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος. Εκτός, δηλαδή των παραδοσιακών μορφών περίθαλψης (π.χ. κέντρα υγείας ή νοσοκομεία) έχουν αναπτυχθεί και νέες μορφές σε μια προσπάθεια αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης χρησιμοποίησης των πόρων και ανταπόκρισης στις ανάγκες των πολιτών. Τέτοιες μορφές φροντίδας είναι το νοσοκομείο ημέρας που επιτρέπει την εκ των προτέρων προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση εξετάσεων, θεραπειών και επεμβάσεων μέσα σε μία ημέρα ή η νοσηλεία στο σπίτι, δηλαδή την κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών όταν δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή στο νοσοκομείο..

Τέλος, η **επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα** παρέχεται από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (**ΕΚΑΒ**) και

η **ψυχιατρική περίθαλψη** παρέχεται από ψυχιατρικά θεραπευτήρια και δομές τα οποία μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτικά αλλά και από τμήματα ψυχιατρικών κλινικών σε δημόσια νοσοκομεία.

3.5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αποτελεί τη διαδικασία με την οποία συλλέγονται έσοδα, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο ώστε να διαχειρίζονται με τρόπο κοινό οι κίνδυνοι της υγείας και αγοράζονται τελικώς υπηρεσίες από τους προμηθευτές.

Σύμφωνα με ανάλυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), το 2006 η **χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας** μπορεί να γίνει με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Παροχή ευρείας κοινωνικής ασφάλισης υγείας **μέσω φορολογίας**. Ο φόρος μπορεί να είναι άμεσος π.χ. φόρος εισοδήματος που είναι και προοδευτικός, δηλαδή στα υψηλότερα εισοδηματικά κλίμακια αντιστοιχεί και υψηλότερος φορολογικός

συντελεστής ή έμμεσος π.χ. ο ΦΠΑ που είναι και αναλογικός , δηλαδή ίδιος φορολογικός συντελεστής για όλους. Επίσης οι φόροι μπορεί να είναι γενικός ή ειδικός, δηλαδή στην δεύτερη περίπτωση να επιβάλλεται με ένα συγκεκριμένο σκοπό π.χ. στο σύστημα υγείας μπορεί να επιβληθούν ειδικοί φόροι για να καλυφθούν οι δαπάνες υγείας που προκαλούνται από τον καπνό ή το αλκοόλ.

- **Κοινωνική ασφάλιση:** οι εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση επιβάλλονται από ένα θεσμικά κατοχυρωμένο νομικό πρόσωπο (ασφαλιστικό ταμείο) και είναι υποχρεωτικές. Καθορίζονται ως ποσοστό της αμοιβής και ένα μέρος πληρώνεται από τον εργοδότη, ενώ το υπόλοιπο από τον εργαζόμενο Συνδέονται μόνο με το ύψος των αμοιβών και όχι τον ασφαλιστικό κίνδυνο ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου.
- **Ιδιωτική ασφάλιση υγείας.** Εδώ η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική αλλά εθελοντική. Τα ασφάλιστρα διαμορφώνονται με βάση τον ασφαλιστικό κίνδυνο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου.
- **Άμεση πληρωμή των δαπανών για υπηρεσίες υγείας από τον ασφαλισμένο:** Οι άμεσες πληρωμές γίνονται από τα ίδια τα άτομα τη στιγμή της χρήσης μιας υπηρεσίας. Αυτές μπορεί να είναι επίσημες με τη μορφή μιας θεσμοθετημένης συμμετοχής του πολίτη στο κόστος της υπηρεσίας ή άτυπες με τη μορφή του «δώρου» (φακελάκι)
- **Δημιουργία ενώσεων** (για παράδειγμα Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ΟΑΕΕ) που καλύπτουν τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας με δωρεές, επιχορηγήσεις ή διεθνείς πόρους.

Στην πράξη η **πρόκληση** που τίθεται στην εκάστοτε κοινωνία είναι η **διαμόρφωση ενός στρατηγικού μίγματος των άνω πηγών χρηματοδότησης**, με τρόπο τέτοιο ώστε να εξασφαλίζονται επαρκώς οι πόροι για την υγεία και επιτυγχάνονται οι στόχοι του συστήματος υγείας. Επί παραδείγματι, αν ένα σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από την άμεση φορολογία και τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης είναι περισσότερο αναδιανεμητικό και προοδευτικό, άρα και πιο ισότιμο σε σύγκριση με ένα σύστημα που βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές.

Έπειτα, η συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο συνεπάγεται τον **από κοινού διαμοιρασμό του κινδύνου** που θα προκύψει για κάθε συμμετοχο και απαγκιστρώνεται από το κάθε συγκεκριμένο άτομο που τυχόν καταβάλει τους πόρους. Βασική στρατηγική επιλογή για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας είναι αν η δεξαμενή συγκέντρωσης των πόρων θα είναι κοινή για όλον τον πληθυσμό αν δηλαδή θα υπάρχει ένα κοινό ασφαλιστικό ταμείο ή διαφορετικό ταμείο ανά κοινωνική ομάδα. Γιατί αν συγκεντρωθούν πόροι υγείας σε ένα ταμείο τότε ανακύπτουν ερωτήματα όπως:

α) τι υπηρεσίες υγείας θα αγοραστούν για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασφαλισμένων; Ζήτημα αποτελεί να καθοριστεί το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και η δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

β) από ποιους προμηθευτές θα αγοραστούν οι υπηρεσίες; Δημόσιους ή ιδιωτικούς;

γ) με ποιον τρόπο θα πληρωθούν οι προμηθευτές των υπηρεσιών – γιατροί; Σύμφωνα με τις τρέχουσες τιμές της αγοράς ή αμοιβή προκαθορισμένη που προσδιορίζεται μετά από διαπραγμάτευση των ασφαλιστικών ταμείων με τους γιατρούς; Αυτό είναι σημαντικό γιατί η μέθοδος αμοιβής τους επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους καθώς και τον τρόπο συμπεριφοράς τους. Για παράδειγμα , η αμοιβή των γιατρών με πάγιο μισθό μπορεί να οδηγήσει στην παραοικονομία και στη χαμηλή παραγωγικότητα λόγω χαμηλών μισθών.

Μια δεύτερη στρατηγική επιλογή για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας είναι αν υπάρχει ή όχι σταυροειδής μεταφορά των πόρων από δεξαμενές που καλύπτουν ομάδες χαμηλού κινδύνου και συνεπώς έχουν πλεόνασμα προς δεξαμενές που καλύπτουν υψηλού κινδύνου ομάδες που εμφανίζουν ελλείμματα. Και μια Τρίτη στρατηγική επιλογή συνδέεται με τον βαθμό που το άτομο έχει τα δικαιώμα της επιλογής του ταμείου που θα ασφαλιστεί ή υποχρεωτικά υπάγεται σε συγκεκριμένο ταμείο (ύπαρξη ή όχι ανταγωνισμού μεταξύ των ταμείων για προσέλκυση των ασφαλισμένων).

3.6 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ανάλογα με τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τον βαθμό της κρατικής παρέμβασης, τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται σε **τρία βασικά μοντέλα**:

1. Μοντέλο Ελεύθερης Αγοράς: Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και το κράτος παρεμβαίνει μόνο για να εξασφαλίσει τους ηλικιωμένους. **Η χρηματοδότηση παρέχεται πρωτίστως από την ιδιωτική ασφάλιση** και δευτερευόντως από άμεσες πληρωμές. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η αγορά της στα φιλελεύθερα συστήματα **διαμορφώνεται μέσα από ένα σύστημα τιμών** η οποία επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη ζήτηση που υπάρχει για τις υπηρεσίες αυτές. Ο πολίτης (καταναλωτής) έχει την ελευθερία να επιλέγει ο ίδιος τις υπηρεσίες υγείας της προτίμησής του καθώς και τον πάροχο που θα του προσφέρει τις εκάστοτε υπηρεσίες, με μόνη προϋπόθεση να μπορεί να αποπληρώσει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες γιατρούς και κερδοσκοπικές εταιρείες, με τις τιμές να καθορίζονται από την προσφορά και τη ζήτηση. Το βασικό μειονέκτημα του συστήματος αυτού αποτελεί ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων στις μεσαίες και μικρές οικονομικές τάξεις των κρατών που το υιοθετούν. Επιπλέον, το κράτος δεν έχει δικαιοδοσία να παρέμβει μεταξύ καταναλωτών και παρόχων, παρά μόνο μπορεί να διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο με σκοπό την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Παράλληλα, συχνό είναι και το φαινόμενο της υγειονομικής ανισότητας σε συνδυασμό με την ασύμμετρη πληροφόρηση και την προκλητή ζήτηση. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, εντούτοις, πλεονεκτεί έναντι άλλων συστημάτων στο ότι ενισχύει τον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων υγείας με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι ΗΠΑ.

2. Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark): Θεμελιώθηκε στη Γερμανία τη δεκαετία του 1880. Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού γίνεται βάσει των ομάδων που διαθέτουν κοινά χαρακτηριστικά π.χ. επαγγελματικός κλάδος. Οι εργαζόμενοι, δηλαδή, ανάλογα με τον κλάδο απασχόλησής τους και το επάγγελμά τους εντάσσονται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο, στο οποίο πληρώνουν εισφορές τόσο αυτοί όσο και οι εργοδότες τους. Η κάλυψη είναι υποχρεωτική και οι συντελεστές μπορεί να είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί. Το σύστημα παροχής υπηρεσιών είναι μικτό, παρατηρείται κρατική παρέμβαση και ο στόχος είναι η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα της προσφοράς υγείας. Ειδικότερα, τα ταμεία έχουν μια σχετική αυτονομία ως προς το κράτος και οι παροχές τους διαφοροποιούνται ως προς το εύρος και το είδος της κάλυψης. **Ο ρόλος του κράτους έγκειται στο να θέτει και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων των συμβάσεων που ισχύουν μεταξύ ασφαλισμένων, ταμείων και προμηθευτών των υπηρεσιών.** Διακρίνονται δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας: α) τα «συμβολαϊκά συστήματα» με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή,

ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή προμηθευτών σύμφωνα με τις συμβάσεις π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία) και β) τα «συστήματα αποζημίωσης» με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημοσίων ασφαλιστικών φορέων, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από ασθενείς, οι οποίοι στη συνέχεια αμείβονται από το ασφαλιστικό τους ταμείο (π.χ. Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο). Βασικό πλεονέκτημα του συστήματος είναι η αυξημένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα συγκριτικά με τα υπόλοιπα συστήματα. Εξασφαλίζει ικανοποιητική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ενώ είναι βασισμένο στις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης (ισότιμη και συλλογική κάλυψη του πληθυσμού). Βασικό μειονέκτημα, ωστόσο, αποτελεί η διαφοροποίηση των παροχών μεταξύ ατόμων/ομάδων που έχουν διαφορετικά ταμεία ασφάλισης.

3. Μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Beveridge): Κύριος εκπρόσωπος του συστήματος αυτού (National Health System, NHS) είναι το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η εθνική υπηρεσία υγείας θεσμοθετήθηκε το 1948 και οι Σκανδικαβικές χώρες. **Κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω άμεσης και έμμεσης φορολογίας.** Η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό δικαίωμα και το κράτος έχει, αποκλειστικά, την ευθύνη, για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η επίσκεψη σε γιατρούς ειδικοτήτων προϋποθέτει υποχρεωτικά παραπομπή από γενικό γιατρό. Η κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Πρωταρχική αξία για τη λειτουργία του συστήματος αυτού είναι η ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού, ανεξαρτήτως από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Πέρα από την ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού ένα ακόμη πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η καλύτερη περιφερειακή κατανομή των πόρων λόγω κεντρικού σχεδιασμού. Επιπλέον, λόγω της κεντρικής χρηματοδότησης επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος των δαπανών και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και τα προγράμματα δημόσιας υγείας. Παρά τα θετικά, όμως, αυτά τα συστήματα παρουσιάζουν δυσλειτουργίες όσον αφορά στη γραφειοκρατία, τις λίστες αναμονής στα νοσοκομεία, τη μειωμένη παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση γιατρού και ασθενούς.

Σήμερα, πλέον τα συστήματα υγείας **τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης** όπου ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν σε μια προσπάθεια συγκερασμού των πλεονεκτημάτων και αποφυγής των μειονεκτημάτων κάθε μοντέλου. Ωστόσο, το μείγμα δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και ο βαθμός επιτυχίας του συγκερασμού διαφέρει ανά χώρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΕΙΣ

Το **ασφαλιστικό σύστημα υγείας** αποτελεί μία από τις βασικότερες κατακτήσεις των κοινωνικών κινημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Πρόκειται για μία προσπάθεια διεκδίκησης που ξεκίνησε στα τέλη του 19ου αιώνα σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ, η εξελικτική πορεία της οποίας συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η **ανομοιομορφία στην παροχή ασφάλισης υγείας** είναι κοινός τόπος. Είναι χαρακτηριστική, για παράδειγμα, η διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης μεταξύ των ΗΠΑ και των ευρωπαϊκών χωρών. Στις τελευταίες, η δημόσια ασφάλιση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής αγοράς υγείας ενώ από την άλλη στις ΗΠΑ το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής κάλυψης αποδίδεται στον ιδιωτικό τομέα, διαφορά που έχει να κάνει κυρίως με τον τρόπο που διεκδικήθηκαν τα δικαιώματα ασφάλισης ανά χώρα. Ωστόσο, παρά τις διαφορές τα ασφαλιστικά συστήματα υγείας διαθέτουν και κοινά χαρακτηριστικά που σχετίζονται κυρίως με τον τρόπο που το κάθε ασφαλιστικό σύστημα αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης.

Η έννοια της ασφάλισης εν γένει, ορίζεται ως η εξασφάλιση από διάφορους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος. Βασικό δηλαδή στοιχείο που απαιτείται για την έννοια της ασφάλισης είναι η **κοινωνία κινδύνων**. Η ασφάλιση καλύπτει μία ανάγκη και έχει ανταποδοτικό χαρακτήρα, αφού ο ασφαλισμένος προκειμένου να επιδιώξει ασφάλιση πρέπει να παρέχει αντίτιμο στον ασφαλιστή, το ασφαλιστρο. (Σινανιώτη - Μαρούδη, 2024).

Σημαντικό όμως, είναι να τονίσουμε πως **η ασφάλιση ως έννοια γένους δεν ταυτίζεται με την ασφαλιστική σύμβαση** όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 1 του Νόμου 2496/1997 (ΑσφΝ), η οποία είναι έννοια στενότερη της ασφάλισης, καθώς αποτελεί έναν από τους τρόπους που δύναται να δημιουργεί η ασφάλιση.

Ως ασφάλιση, λοιπόν, ορίζεται η παροχή χρημάτων ή υπηρεσιών που παρέχονται σε ασφαλισμένους έναντι ασφαλιστρών. Πρακτικά, ορίζεται η κάλυψη των χρηματικών αναγκών του ασφαλιζόμενου έναντι **σε πιθανό κίνδυνο** εμφάνισης ιατρικών και άλλων σχετιζόμενων οικονομικών δαπανών. Η ασφάλιση υγείας πλέον καλύπτει τις ανάγκες της μεγαλύτερης μερίδας των ανθρώπων παγκοσμίως. Ως κίνδυνος χαρακτηρίζεται η αβεβαιότητα η οποία σχετίζεται με την επέλευση ενός ενδεχομένου το οποίο είναι ζημιογόνο ως προς τον πελάτη. Επίσης, η επέλευση ή όχι του αβέβαιου περιστατικού πρέπει να είναι και τυχαία, να μην εξαρτάται δηλαδή από τον ίδιο τον ασφαλιστή. Κίνδυνος μπορεί να θεωρηθεί ένα περιστατικό το οποίο είναι ικανό να δημιουργήσει μια οικονομική ανάγκη. Ο ασφαλισμένος με την ασφάλιση δεν επιδιώκει να αποκλείσει την επέλευση του δυσμενούς περιστατικού αλλά επιδιώκει την οικονομική αποκατάσταση της ζημιάς του. Ο κίνδυνος είναι πρωταρχικό στοιχείο της ασφάλισης και χωρίς αυτόν δεν νοείται ασφάλιση. Μάλιστα κάθε μέλος της κοινωνίας καλείται να αποδώσει ένα αντίτιμο, το οποίο καλείται ασφαλιστρο και μέσω αυτού μπορεί να λαμβάνει τις παροχές που του αναλογούν κατά την εμφάνιση κάποιου κινδύνου. Η ασφάλιση ουσιαστικά έρχεται να προστατέψει τους πολίτες από αυτές τις πιθανές ζημιογόνες καταστάσεις (Νεκτάριος, 2005). Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα υγείας είναι ικανά να

καλύπτουν τα έξοδα μίας νοσοκομειακής περίθαλψης, έξοδα τα οποία αφορούν εξονοσοκομειακές δραστηριότητες όπως είναι οι διαγνωστικοί έλεγχοι καθώς και καταστάσεις όπου στον πελάτη προκληθεί κάποιου είδους ανικανότητα στο να μπορεί να αυτοσυντηρηθεί.

2.ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας αντιπροσωπεύει έναν πυλώνα της κοινωνικής δικαιοσύνης, παρέχοντας προστασία και ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως κοινωνικού και οικονομικού υπόβαθρου. Αποτελεί θεμέλιο του κοινωνικού κράτους και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. **(άρ.21 παρ.3 και άρ.25 του Σ για το κράτος δικαίον)**. Ασκείται κατά κανόνα από ΝΠΔΔ και φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η σχέση ασφαλιστή και ασφαλισμένου γεννάται απευθείας εκ του Νόμου ανεξάρτητα από την ιδιωτική βούληση και **είναι υποχρεωτική**. Οι όροι ασφάλισης είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους που προστατεύονται έναντι των ίδιων κινδύνων, χωρίς να υπάρχει κάποια ξεχωριστή συμφωνία ασφαλισμένων και ασφαλιστικού φορέα.

Το χαρακτηριστικό των περισσότερων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης είναι τα **πολλά είδη ασφάλισης** που προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο. Οι παροχές αυτές που προσφέρουν είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη χρηματοδότησή τους από τις εισφορές που καταβάλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες. Με την σειρά του το κράτος μπορεί να εξασφαλίζει την καταβολή τους σε διάφορους αρμόδιους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας των φορέων αυτών και για τη διατήρηση του συστήματος αυτού διαχρονικά, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική με αποτέλεσμα να αποτελεί συλλογική ευθύνη μιας κοινωνίας.

Σημαντικοί φορείς της κοινωνική ασφάλισης είναι τα **Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης (Τ.Ε.Α.)**, τα οποία εισήχθησαν στην ελληνική οικονομία με τον Ν. 3029/2022 όπως τροποποιήθηκε με τον Ν. 4099/2022. Πρόκειται για ΝΠΔΔ που δεν έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα, βρίσκονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής και τα οποία παρέχουν προαιρετική ασφάλιση συμπληρωματική προς την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση.

Επίσης, το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο αποτελούνταν από περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς ανανεώθηκε μέσω της δημιουργίας ενός ενιαίου οργανισμού με την ονομασία Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) το οποίο διανέμει τα έσοδα του σε διάφορους φορείς όπως ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που αφορά την υγεία. Η σύσταση αυτή είχε ως σκοπό την μείωση της δημόσιας δαπάνης και την άρση διαστρεβλώσεων του υγειονομικού συστήματος. Τα μέχρι τότε προβλήματα τόσο του ασφαλιστικού όσο και του υγειονομικού συστήματος, επιδεινώθηκαν όταν κατά την οικονομική ύφεση αυξήθηκαν τα ποσοστά ανεργίας, μειώθηκαν οι μισθοδοτικές εισφορές και έτσι αναπόφευκτα μειώθηκαν οι εισφορές. Η μείωση αυτή είχε ως αποτέλεσμα να τίθεται ζήτημα βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος, να μειώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονταν, με το κράτος να αδυνατεί να κρατήσει μια ισορροπία μεταξύ ζημιών και εισφορών (Φλώρος, 2017). Η ανεπάρκεια της κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με το πρακτικό μονοπώλιο που δημιουργήθηκε στο σύστημα υγείας, αντί να οδηγήσει στην επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί, διόγκωσε την αποτελεσματικότητα, τα χρέη και βοήθησε στην δημιουργία μιας σειράς παραπληρωμών (Νεκτάριος, 2014, Σιδέρης, 2014). Τη λύση σε αυτά τα προβλήματα φαίνεται ότι μπορεί να δώσει η ιδιωτική ασφάλιση ως συμπληρωματική της δημόσιας. Μια πιθανή συνεργασία μεταξύ δημόσιου τομέα και ιδιωτικής αγοράς υγείας, θα μπορούσε να λειτουργήσει αποδοτικά για την

αξιοποίηση των ήδη υπάρχοντων πόρων και δομών, για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και γενικότερα να υπάρξει μια αναβάθμιση του επιπέδου της υγείας.

Η **παγκόσμια οικονομική κρίση** επηρέασε τόσο την Ευρώπη όσο και την Ελλάδα η οποία ήταν μια από τις χώρες της ευρωζώνης που δέχτηκαν από τα ισχυρότερα χτυπήματα της οικονομικής αυτής κρίσης. Το σοκ αυτό της οικονομίας, που είχε ως συνέπεια την εξαθλίωση των επιχειρήσεων και τη μείωση του βιοτικού επιπέδου των εργαζομένων, **έπληξε με τη σειρά του και τον ασφαλιστικό κλάδο της χώρας**. Ειδικότερα, η ανάπτυξη των ασφαλιστρών περιορίστηκε σημαντικά, τα επιτόκια έπεσαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα και η κερδοφορία συρρικνώθηκε. Η αγορά ασφαλιστρών στην Ελλάδα, πριν την κρίση, βρισκόταν σε αρκετά πρώιμο επίπεδο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι οποίες προσέφεραν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και κυρίως αξιοπιστία σε σχέση με το ελληνικό μοντέλο. Οι Έλληνες παραμένουν επιφυλακτικοί στις ιδιωτικές εταιρείες που προσφέρουν ασφαλιστικά προϊόντα παρόλο που η δημόσια ασφάλιση αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Αυτοί οφείλονται στην ελλιπή πληροφόρηση των Ελλήνων καταναλωτών, στον αθέμιτο ανταγωνισμό και στην παροχή χαμηλών ασφαλιστρών που συνεπάγονται προβλήματα ρευστότητας.

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

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

Ο **Νόμος 1397/83**, όπως αναλύθηκε παραπάνω, ήταν αυτός που καθιέρωσε το **Εθνικό Σύστημα Υγείας** με τη φιλοσοφία όλοι οι Έλληνες πολίτες πρέπει να έχουν ίση και δωρεάν πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας.

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

3. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

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

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

Είναι αξιοσημείωτο πως λόγω της αδυναμίας των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα να προσφέρουν ικανοποιητικές υπηρεσίες στους ασφαλιζόμενους πολίτες, σε συνδυασμό με τις άτυπες πληρωμές που καλούνται να πληρώσουν από επιτήδειους εργαζομένους των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και τις ιδιωτικές πληρωμές για δαπάνες υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση στην χώρα μας αρχίζει να γίνεται αρκετά δημοφιλής (Σίσκου, 2005). Πιο συγκεκριμένα το 1976 μόλις το 0,6% του πληθυσμού διέθετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας (ΚΕΠΕ 1998), ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 το ποσοστό άγγιζε το 2%, που ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη (Letsch et al., 1992). Το 2003 το ποσοστό ξεπερνούσε το 15%.

Ο ιδιωτικές ασφαλίσσεις διέπονται από την αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων, με εξαίρεση τις περιπτώσεις ασφαλίσεων ορισμένων κινδύνων που επιβάλλονται από τον Νόμο ως υποχρεωτικές πχ υποχρεωτική ασφάλιση αστικής ευθύνης από αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Ο ασφαλισμένος δύναται να επιλέγει ελεύθερα αν και τι θα ασφαλίσει, άρα η ιδιωτική ασφάλιση είναι **προαιρετική**.

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

Συνολικά, πάνω από 20 νομοθετήματα έχουν ψηφιστεί και σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση:

- Ν. 400/1970 «Περί ιδιωτικής επιχείρησης ασφαλίσεως»
- Π.Δ. 148/1984 «Κλαδικό λογιστικό σχέδιο»
- Ν. 2170/1993 «Τροποποίηση Ν. 400/1970»

- Π.Δ. 252/1996 «Συμμόρφωση με Οδηγία 2 και 3 της Ε.Ε.»
- Ν. 2496/1997 «Ασφαλιστική σύμβαση, τροποποιήσεις σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση», όπως τροποποιήθηκε με τα άρ. 278 παρ.2 και 278 παρ. 8 Ν. 4364/2016.
- Π.Δ. 159/1998 «2η Τροποποίηση Ν. 400/1970»
- Π.Δ. 169/2000 «Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στην Οδηγία 91/674/ΕΟΚ»
- Π.Δ. 288/2002 «Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στις Οδηγίες 98/78/ΕΚ, 73/239/ΕΟΚ, 79/267/ΕΟΚ»
- Π.Δ. 23/2005 «Προσαρμογή του Ν. 400/1970 στις Οδηγίες 2000/64/ΕΚ, 2002/12/ΕΚ, 2002/83/ΕΚ, 2002/13/ΕΚ»
- Υ.Α. Κ3-3974/11-10-1999 «Ρύθμιση θεμάτων ασφάλισης ζωής»
- Υ.Α. Κ3-6282/29-05-2000 «Καθορισμός περιεχομένου ετήσιας έκθεσης περιθωρίου φερεγγυότητας»
- Υ.Α. 3/9124/30-11-2001 «Αναπροσαρμογή ανώτατων εγγυημένων τεχνικών επιτοκίων»
- Υ.Α. Κ3/3200/17-04-2002 «Καθορισμός ενιαίου τρόπου υποβολής στοιχείων ετήσιων εργασιών ασφαλιστικών επιχειρήσεων»
- Υ.Α. Κ3/8010/8-08/2007 «Καθορισμός απαιτούμενων προϋποθέσεων εξετάσεων των διαμεσολαβητών στην ασφάλιση»
- Ν. 3229/2004 «Εποπτεία της ιδιωτικής ασφάλισης»
- Ν. 3301/2004 «Συμφωνίες παροχής χρηματοοικονομικής ασφάλειας και εφαρμογή των διεθνών λογιστικών προτύπων»
- Ν. 3487/2006 «Ενσωμάτωση στο εθνικό δίκτυο της οδηγίας 2003/51/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 18/6/2003 για "τροποποίηση των οδηγιών του συμβουλίου 78/660/ΕΟΚ, 83/349/ΕΟΚ, 86/635/ΕΟΚ και 91/674/ΕΟΚ σχετικά με τους ετήσιους και ενοποιημένους λογαριασμούς εταιρειών ορισμένων μορφών τραπεζών και άλλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και ασφαλιστικών επιχειρήσεων
- Ν. 3492/2006 «Φορολογικές ρυθμίσεις (Φόρος ασφαλιστρων κ.ά.)»
- Ν.3522/2006 «Μεταβολές στη φορολογία εισοδήματος, απλουστεύσεις στον Κ.Β.Σ. κ.ά.»
- 1934 Απόφαση Ε.Π.Ε.Ι.Α. «Πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας»

και λοιποί Νόμοι. Σαφώς συμπληρωματικά στα ανωτέρω λειτουργεί ο Αστικός Κώδικας. Καίριο ρόλο στην κατάρτιση και λειτουργία μια ασφαλιστικής σύμβασης διαδραματίζουν οι γενικοί και ειδικοί ασφαλιστικοί όροι που συνιστούν συμβατικές πηγές του ασφαλιστικού δικαίου και εντάσσονται στη κατηγορία Γενικών Όρων Συναλλαγών (ΓΟΣ).

Η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) αποτελεί το βασικό φορέα εκπροσώπησης των ασφαλιστικών εταιριών για τη χώρα μας και αριθμεί 47 μέλη. Σκοπός της ΕΑΕΕ είναι η δημιουργία μιας αξιόπιστης ασφαλιστικής αγοράς με έμφαση στην καινοτομία, την απλότητα και την παροχή υπηρεσιών. Στοχεύει στη συμβολή της διάδοσης της ιδιωτικής ασφάλισης, τον εκσυγχρονισμό και τη βιώσιμη ανάπτυξη.

Στην Ευρώπη, οι ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν μια σειρά από υπηρεσίες κάλυψης υγείας οι οποίες αφορούν τη συμπλήρωση και την επέκταση της δημόσιας υγείας. Με αυτόν τον τρόπο ο ασφαλισμένος μπορεί να επωφεληθεί από ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την επιλογή παρόχου υγειονομικής περίθαλψης μέσα από μια μεγάλη ποικιλία. Οι επιλογές αυτές και η ποιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης, οδήγησαν στην αύξηση των ασφαλιστρων υγείας

(έναντι της μείωσης των νέων συμβολαίων ασφαλίσεων για ζωή και υλικά αγαθά) κατά 6,8% με τα ασφάλιστρα υγείας να φτάνουν τα 149 δις €.

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

Η ασφάλιση υγείας είναι εν τοις πράγμασι μια μορφή στοιχήματος (υπό οικονομική έννοια) μεταξύ του ασφαλισμένου και του φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς ο τελευταίος στοιχηματίζει ότι θα εξασφαλίσει περισσότερα έσοδα από ότι δαπάνες προκειμένου να καλύψει ασφαλιστικά τον πρώτο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το μηνιαίο ή ετήσιο ασφάλιστρο υγείας που θα πληρώσει ο ασφαλισμένος εξασφαλίζει τα έσοδα του φορέα. Από **οικονομική άποψη**, δηλαδή, η ασφάλιση είναι μια ανακατανομή από απώλειες και η αντικατάσταση μιας σίγουρης μικρής απώλειας, που ονομάζεται ασφάλιστρο, για μια αβέβαιη μεγάλη απώλεια. Η ασφάλιση είναι ένα κοινό ταμείο στο οποίο συνεισφέρουν οι ασφαλισμένοι για να είναι σε θέση εκείνοι οι οποίοι θα χρειαστεί να ανταπεξέλθουν σε σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις πιθανών κινδύνων τις οποίες από μόνοι τους δεν θα ήταν σε θέση ν' αντιμετωπίσουν.

Από **νομική άποψη**, η ασφάλιση υγείας, είναι ένα συμβόλαιο – μια σύμβαση - μεταξύ ασφαλισμένου και φορέα ασφαλιστικής κάλυψης, στο οποίο συμφωνείται ότι ο τελευταίος θα καλύψει ένα ποσοστό (ή ακόμη και το σύνολο) των εξόδων για την αγορά υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος χρειαστεί την παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Ο συμβαλλόμενος – συμβαλλόμενος - υποχρεούται να καταβάλει ασφάλιστρα, ενώ η ασφαλιστική εταιρεία ή ο φορέας της ασφάλισης - ο αντισυμβαλλόμενος- αναλαμβάνει την υποχρέωση να αποκαταστήσει την οικονομική απώλεια που θα προκύψει σε περίπτωση που συμβεί ο κίνδυνος (παροχή υπηρεσιών υγείας). Στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνονται: α. Η επίσκεψη σε γιατρό για πρόβλημα υγείας του ασφαλισμένου, β. Η επίσκεψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η νοσηλεία εκεί ή γ) οποιαδήποτε άλλη μορφή υπηρεσίας σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τις ανωτέρω δύο βασικές μορφές.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Νόμου 2496/1997(ΦΕΚ 87/τ.Α'/16.5.1997):

«Με την ασφαλιστική σύμβαση η ασφαλιστική επιχείρηση (ασφαλιστής) αναλαμβάνει την υποχρέωση έναντι του συμβαλλόμενου της (λήπτη της ασφάλισης) ή του τρίτου, έναντι ασφαλίστρου:

α. Είτε να καταβάλει παροχή (ασφάλισμα) σε χρήμα ή, εφόσον υπάρχει ειδική συμφωνία, σε είδος, όταν επέλθει εκείνο το περιστατικό εκ προβλεπόμενων στο άρθρο 4 και στο άρθρο 5 περιπτώσεις α', β', γ' και δ' του νόμου με τον οποίο γίνεται η προσαρμογή στην Οδηγία 2009/138/EK, από το οποίο συμφωνήθηκε να εξαρτάται η υποχρέωσή του(ασφαλιστική περίπτωση),

β. Είτε να εκτελέσει τις εργασίες του άρθρο 5 περιπτώσεις ε' ως και θ' του νόμου με τον οποίο γίνεται η προσαρμογή στην Οδηγία 2009/138/ΕΚ.»

Με την **ασφαλιστική σύμβαση** δημιουργείται στην ουσία μια ασφαλιστική σχέση η οποία βασίζεται στην συμφωνία των μερών. Η σύμβαση αυτή είναι αναγκαία για να υπάρξει ιδιωτική ασφάλιση και βασίζεται στην αρχή της ελευθερίας των μερών κατά τα ανωτέρω. Η ασφαλιστική σύμβαση είναι **ενοχική**, γιατί ο ασφαλισμένος έχει ενοχική αξίωση να ζητήσει την παροχή του ασφαλιστή και ο ασφαλιστής διατηρεί ενοχική αξίωση για την είσπραξη των ασφαλιστρών. Πρόκειται για **αμφοτεροβαρή** σύμβαση, γιατί ο μεν ασφαλισμένος οφείλει το ασφάλιστρο ή την ασφαλιστική εισφορά, ο δε ασφαλιστής οφείλει πάντοτε παροχή. Κατά τη διάρκεια της ασφάλισης οφείλει να καλύπτει τον κίνδυνο, δημιουργώντας για το σκοπό αυτό αποθέματα, και όταν επέλθει ο κίνδυνος, οφείλει το ασφάλισμα. Είναι **σύμβαση διαρκούς παροχής**, καθώς η παροχή του ασφαλιστή διαρκεί όσο η διάρκεια της ασφάλισης.

Από τη διάταξη του άρθρου 2 παρ.1 του ν. 2496/1997 προκύπτει ότι για τη σύναψη της ασφαλιστικής συμβάσεως καθιερώνεται από το νόμο **το έγγραφο ως αποδεικτικός τύπος** και σε περίπτωση μη καταρτίσεως εγγράφου η ασφαλιστική σύμβαση δεν μπορεί να αποδειχθεί παρά μόνο με ομολογία, αποκλεισμένων των μαρτύρων και των δικαστικών τεκμηρίων (Απόφαση 957 / 2021, Άρειος Πάγος).

Ειδικότερα, η **ασφάλιση υγείας** προβλέπεται στο **άρθρο 32 του ΑσφΝ** για την οποία εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του προηγούμενου άρθρου για την υγεία.(άρ32 παρ. 2ΑσφΝ). Αντικείμενο της ασφάλισης υγείας κατά το γράμμα του νόμου είναι η **εμφάνιση ασθενειών** που προέρχονται από αίτιες οι οποίες δεν υπήρχαν ή υπήρχαν, αλλά ο ασφαλισμένος δικαιολογημένα αγνοούσε την ύπαρξή τους κατά τη σύναψη της σύμβασης. Ο κίνδυνος ασθένειας αποτελεί και τον πιθανό να εμφανιστεί κίνδυνο που αποτελεί την ουσία της ασφάλισης. Ο ακριβής ορισμός του όρου «ασθένεια» στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο οριοθετεί και την ασφαλιστική κάλυψη. Στην θεωρία έχουν προταθεί ποικίλοι ορισμοί για την υγεία, μεταξύ των οποίων ένας αρκετά σαφής ορισμός που αποδίδει την ασθένεια ως μια ανώμαλη σωματική ή πνευματική κατάσταση σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη ή μια κατάσταση κατά την οποία κάποιος εμφανίζει υποκείμενα ενοχλήματα ή διαταραχές ή εκτροπή της φυσιολογικής λειτουργία των οργάνων του. Η ασφαλιστική κάλυψη αφορά αποκλειστικά τους απειριθμιζόμενους στο συμβόλαιο κινδύνους δεδομένου ότι το άρθρο του Νόμου δεν εξειδικεύει. Γίνεται δεκτό ότι στο πλαίσιο της συμβατικής ελευθερίας των μερών είναι έγκυρη κάθε σύμβαση που ασφαρίζει ασθένειες προκαλούμενες από ατύχημα. (Σινανιώτη – Μαρούδη 2024).

Η λανθασμένη περιγραφή ουσιωδών στοιχείων ή η αποσιώπησή τους, εφόσον δεν αποδίδεται σε δόλο αλλά σε αμέλεια δεν δύναται να επιφέρει νομικές συνέπειες. Η δόλια εν αντιθέσει αλλοίωση των πραγματικών περιστατικών δίνει στον ασφαλιστή το δικαίωμα να καταγγείλει την ασφαλιστική σύμβαση. Η σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης αποτελεί το εναρκτήριο χρονικό σημείο βάσει του οποίου προσδιορίζεται αν υπήρχε δόλος ή δικαιολογημένη άγνοια του ασφαλισμένου. Σύμφωνα με την απόφαση 830/2004 του Αρείου Πάγου, δεν μας ενδιαφέρει αν η απόκρυψη των στοιχείων επέδρασε ή όχι στην επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Από την άλλη αν υπήρχαν εμφανή συμπτώματα ασθένειας πριν από τη σύναψη της σύμβασης χωρίς όμως το υποκείμενο να υποβληθεί στις απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις τότε η ασθένεια του αυτή εξαιρείται από την ασφαλιστική κάλυψη. Αν, όμως, υποβλήθηκε σε εξετάσεις, εφόσον υπήρχε ήδη συναφθείσα ασφαλιστική σύμβαση και τα πορίσματα των εξετάσεων επιβεβαίωναν τα συμπτώματα, τότε τα εξοδά του βαρύνουν τον ασφαλιστή.

Σύμφωνα μάλιστα με τη με αριθμό **200/2021 Απόφαση του Ειρηνοδικείου Αθηνών**, για την **αζήμια καταγγελία εκ μέρους του ασφαλιστή** της σύμβασης ασφάλισης ζωής ή ασθενειών **απαιτείται γνώση (δόλος) του ασφαλισμένου** για συγκεκριμένο γεγονός που απέκρυψε από τον ασφαλιστή κατά την κατάρτιση της σύμβασης, χωρίς να αρκεί αμέλεια στην απόκρυψη αυτήν, ενώ **το περιστατικό**, που αποκρύφτηκε, θα πρέπει να είναι **αντικειμενικά ουσιώδες** άσχετα αν επέδρασε ή όχι στην επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης, έτσι ώστε όχι οποιαδήποτε απόκρυψη να δίνει στον ασφαλιστή το σχετικό δικαίωμα, αλλά μόνο εκείνου που θα είναι δυνατό να οδηγήσει σε μη κατάρτιση της σύμβασης ασφάλισης ή σε κατάρτιση της με διαφορετικούς, όρους. Δεν προβλέπονται ρητώς στον ασφαλιστικό νόμο ν. 2496/1997 ποιες είναι οι έννομες συνέπειες, αν επέλθει η ασφαλιστική περίπτωση, πριν από την, εκ μέρους του ασφαλιστή, γνώση της παράβασης από δόλο της υποχρέωσης του λήπτη της ασφάλισης να δηλώσει κάθε στοιχείο και περιστατικό που είναι γνωστό σ' αυτόν και είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου. **Δεν** είναι, όμως, σύμφωνο με τη λογική ούτε να **απαιτείται** προς επέλευση της προαναφερθείσης **απαλλαγής η εμπρόθεσμη καταγγελία** της σύμβασης ασφάλισης εκ μέρους του ασφαλιστή, τη στιγμή που αυτός αγνοεί την παράβαση, που αποτελεί την αιτία της καταγγελίας, **ούτε να προστατεύεται ο μη γνώστης της παράβασης ασφαλιστής, μέσω των γενικών διατάξεων περί πλάνης** και τέτοιας που προκλήθηκε από απάτη (ΑΚ 140, 148) και ενδεχομένως να βρίσκεται αυτός, από άποψη έννομης προστασίας, σε χειρότερη θέση έναντι εκείνης του προβλεπόμενου στην περίπτωση του αρ. 3 και 7 του ν. 2496/1997 ασφαλιστή, που γνωρίζει την παράβαση. Γίνεται δεκτό ότι, κατά το πνεύμα και το σκοπό των άνω διατάξεων, επιβάλλεται η αναλογική εφαρμογή της τελευταίας από αυτές και ότι **ο ασφαλιστής, που πληροφορήθηκε μετά την επέλευση του κινδύνου την δόλια απόκρυψη των ουσιωδών περιστατικών, απαλλάσσεται αμέσως από την υποχρέωση καταβολής του ασφαλίματος, αρκεί να επικαλεστεί ότι θα είχε προβεί σε καταγγελία αν είχε λάβει γνώση της παράβασης, πριν την επέλευση του κινδύνου** και κατ' ένσταση, ως εναγόμενος για την καταβολή της ασφαλιστικής αποζημίωσης. Εξάλλου, το ότι ο ασφαλισμένος παραβίασε με πρόθεση την προσυμβατική του υποχρέωση για αληθή περιγραφή των αντικειμενικά ουσιωδών στοιχείων - περιστατικών του κινδύνου, συνεπεία της οποίας απαλλάσσεται της υποχρέωσης του για την καταβολή της ασφαλιστικής αποζημίωσης, ο ασφαλιστής μπορεί να την προβάλλει κατ' ένσταση.

Η ασφάλιση μπορεί να είναι ασφάλιση ποσού οπότε ο ασφαλιστής καταβάλλει το συμφωνημένο ποσό ή ασφάλιση κατά ζημιών οπότε και ο ασφαλιστής αναλαμβάνει όλα τα ιατρικά έξοδα (π.χ. νοσηλείες, εξετάσεις, ιατρικές επισκέψεις κλπ). Ιδιαιτερότητα σε αυτό αποτελούν τα φαρμακευτικά έξοδα και τα ιατρικά νοσήλια το ποσό των οποίων είναι κειμενόμενο και αδύνατο να υπολογιστεί εξ αρχής κατά τον χρόνο σύναψης της σύμβασης από τον ασφαλιστή. Στο πλαίσιο αυτό, σε σχετική υπόθεση το Ειρηνοδικείο Αθηνών απέρριψε ισχυρισμό της εναγόμενης ασφαλιστικής εταιρείας ότι δεν οφείλει να καταβάλει στην ενάγουσα ασφαλισμένη τις δαπάνες για αμοιβές των γιατρών που την παρακολουθούσαν καθώς η αξιούμενη δαπάνη ξεπερνούσε κατά πολύ τη συνήθη για παρόμοιες καταστάσεις υγείας. Προκειμένου να γίνει δεκτός ο ισχυρισμός της εναγόμενης ως βάσιμος θα έπρεπε να είχε συνομολογηθεί σχετικός όρος στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα όριζε και το ανώτατο όριο αμοιβής των γιατρών, ποσό το οποίο θα όφειλε να καλύψει η ασφαλιστική εταιρεία. Συνεπώς, η λύση που προτείνεται είναι η μονομερής διαμόρφωση του ύψους του ασφαλιστρού από τον ασφαλιστή. (Σινανιώτη 2024).

Η ασφάλιση ασθενειών αποτελεί είδος ασφάλισης προσωπικών κινδύνων ιδιωτικής φύσης που λειτουργεί συμπληρωματικά στην κοινωνική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση κατά κανόνα στηρίζεται στην αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων, καθώς ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέγει ελεύθερα αν θα προβεί στην ασφάλιση και τι θα ασφαλίσει. Έτσι, κατά κανόνα η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική ασφάλιση. Όμως, υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες

λόγω της σοβαρότητας του αναλαμβανόμενου κινδύνου και λόγω της σημασίας που έχει η ασφάλισή του, δεν εφαρμόζεται ο γενικός κανόνας της αρχής της ελευθερίας των συμβάσεων με συνέπεια η ασφάλιση να καθίσταται υποχρεωτική και ο ασφαλισμένος να έχει ουσιαστικά ελευθερία επιλογής μόνο σε ό,τι αφορά στον ασφαλιστή με τον οποίο θα την συνάψει. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα υποχρεωτικής ασφάλισης είναι η υποχρεωτική ασφάλιση αστικής ευθύνης από τροχαία ατυχήματα (κ.ν. 489/1976).

4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Η ασφάλιση αστικής ευθύνης είναι μια μορφή **ασφάλιση ζημιών του παθητικού** και μπορεί να δημιουργηθεί από αδικοπραξία ή από παράβαση συμβατικού όρου ή από ευθύνη από διαπραγματεύσεις ή από διακινδύνευση χωρίς να απαιτείται ζημιόγONO αποτέλεσμα, αλλά αρκεί η άντληση ωφελειών από το ζημιόγONO γεγονός. (**άρ 25 και 25 ΑσφΝ**). Πρόκειται για μια ασφαλιστική σύμβαση, στην οποία ο ασφαλιστής υποχρεούται να καλύψει τον λήπτη της ασφάλισης σε περίπτωση που δημιουργηθούν χρέη στην περιουσία του είτε λόγω αξιώσεων τρίτων από πράξεις ή παραλείψεις του αστικώς υπεύθυνου λήπτη είτε ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του αστικώς υπεύθυνου λήπτη να αμυνθεί ενάντια στις αξιώσεις τρίτων. Η πιθανότητα δημιουργίας χρεών στην περιουσία του λήπτη αποτελεί και τον ασφαλιστικό κίνδυνο. Η συμβατική σχέση δημιουργείται μόνο μεταξύ του λήπτη και του ασφαλιστή. Αν και φαίνεται για τριμερής σχέση ασφαλιστή, λήπτη της ασφάλισης και ζημιωθέντος τρίτου, στην ουσία υφίσταται μόνο μια διμερής σχέση μεταξύ ασφαλιστή και λήπτη της ασφάλισης. Συγκεκριμένα, μόλις επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, ο λήπτης της ασφάλισης έχει κατά του ασφαλιστή την αξίωση απελευθέρωσης από κάθε αξίωση του ζημιωθέντος τρίτου και την υποκατάσταση του ασφαλιστή στη θέση του λήπτη έναντι του τρίτου. Ο τρίτος - ζημιωθείς στερείται του δικαιώματος να στραφεί απευθείας κατά του ασφαλιστή.

Σε ασφάλιση αστικής ευθύνης συνήθως προβαίνουν **πρόσωπα που φέρουν σημαντικούς επαγγελματικούς κινδύνους, όπως οι γιατροί**, προκειμένου να προστατευτούν από τυχόν ζημιά που θα προκαλέσουν από ελαφρά αμέλεια σε πελάτες τους.

Κάθε **ιατρική επέμβαση περικλείει κινδύνους για τη ζωή** και τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών, γιατί και ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει τα δέοντα μέτρα για την αποτροπή ή έστω τον μετριασμό των πιθανοτήτων πρόκλησης βλάβης στον ασθενή. Ο βαθμός της επικινδυνότητας της εκάστοτε δραστηριότητας επηρεάζει και τον βαθμό της επιμέλεια που οι ιατροί υποχρεούνται να καταβάλλουν, ως υπεύθυνοι του λειτουργήματός τους, για την τήρηση των συναλλακτικών υποχρεώσεων προνοίας (Καρακώστας 1994). **Οι συναλλακτικές υποχρεώσεις αφορούν τη χρηστή άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος** σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Κατά την άσκηση του λειτουργήματός του ο ιατρός οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, ηλικίας, θρησκείας κλπ. Η κατάσταση σχέσεως εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή προϋποθέτει μία σειρά από ιατρικές υποχρεώσεις που δεν συνιστούν ενοχικές υποχρεώσεις του άρ 287ΑΚ. Ειδικότερα, ο ιατρός οφείλει να τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, η συμπεριφορά του να είναι ανάλογη της αποστολής του λειτουργήματός του και να προσήκει στην επιστήμη του, να φροντίζει την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού με τον ασθενή του, να τον ακούει, να δείχνει κατανόηση, να σέβεται τις σκέψεις και την ιδιωτικότητά του, να μην παρεμβαίνει στην προσωπική ζωή του ασθενούς και να εξασφαλίζει τη συναίνεσή του. Στη νομολογία και τη θεωρία επικρατεί η αντίληψη πως η ιατρική ευθύνη απορρέει κατά κύριο λόγο από ιατρικό

σφάλμα και μάλιστα από σφάλμα που καταλογίζεται στον ίδιο τον ιατρό (Σινανιώτη – Μαρούδη 2024, σελ 354).

Στο ελληνικό δίκαιο εκτός από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) και το άρ. 8 του Ν. 2251/1994 δεν υφίσταται ειδική νομοθετική ρύθμιση για την ιατρική ευθύνη, με αποτέλεσμα να γίνεται προσπάθεια διαμόρφωσης ενός κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου με «δανεική μεταφορά» εννοιών της αστικής ευθύνης. Στην άνω διάταξη του Νόμου 2251/94 αναφέρεται ρητά ότι ο παρέχων υπηρεσίες (δηλαδή ο γιατρός) ευθύνεται για κάθε ζημία που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια κατά την παροχή των υπηρεσιών του. Το βάρος της απόδειξης φέρει ο ζημιωθείς (ασθενής), δηλαδή οφείλει να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας. Ο ιατρός από την άλλη οφείλει να αποδείξει την απουσία υπαίτιας και παράνομης συμπεριφοράς του.

Η ασφάλιση ιατρικής ευθύνης αποτελεί ασφάλιση ζημίας και ειδικότερα ασφάλιση παθητικού, καθώς έχει ως αντικείμενο την κάλυψη οφειλών που προκαλούνται στην περιουσία του λήπτη της ασφάλισης εξαιτίας της αστικής ευθύνης που έχει αυτός έναντι τρίτων (ασθενών και συγγενών αυτών). Με την κατάρτιση ασφαλιστικής σύμβασης αστικής ευθύνης, ο ιατρός έχει αξίωση κατά του ασφαλιστή να αναλάβει το σύνολο των οικονομικών συνεπειών των αξιώσεων που ενδεχομένως μπορεί ο ασθενής να απαιτεί σε βάρος του, λόγω των παρεχόμενων ιατρικών του υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί πως γίνεται αποδεκτή η ρήτρα “claims made” παρά το γεγονός ‘τοι η ασφάλιση ιατρικής ευθύνης συνιστά ασφάλιση επαγγελματικών κινδύνων. Συγκεκριμένα, τα Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών αρνήθηκε ισχυρισμό ασφαλιστικής εταιρείας ότι δεν είχε υποχρέωση να καλύψει τη ζημία που προκλήθηκε από χειρουργική επέμβαση εξαιτίας της συνομολόγησης σχετικού όρου. Ο όρος ότι οι αξιώσει εναντίον του ασφαλιστή πρέπει να προβληθούν εντός ορισμένης προθεσμίας, δεν μπορεί να θεμελιωθεί στις επιτρεπόμενες εξαιρέσεις του άρ, 7 παρ. 6 ΑσφΝ προσκρούοντας στους κανόνες αναγκαστικού δικαίου αρ 33 παρ. 1, 2 του ΑσφΝ. Η ρήτρα κρίθηκε άκυρη.

5. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο είναι σύμβαση, γιατί η νομοθεσία απαιτεί σε κάθε σύμβαση να υπάρχουν τουλάχιστον δύο συμβαλλόμενοι (ασφαλισμένος και ασφαλιστής). Ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι τα συμβόλαια με τα οποία μεταφέρεται σημαντικός ασφαλιστικός κίνδυνος από τον ασφαλιζόμενο στην ασφαλιστική εταιρεία και όπου η ασφαλιστική εταιρεία αποδέχεται να αποζημιώσει τον ασφαλιζόμενο σε περίπτωση έλευσης καθορισμένου αβέβαιου μελλοντικού συμβάντος.

Το ασφαλιστήριο και το έγγραφο προσωρινής κάλυψης πρέπει να περιέχουν τουλάχιστον τα στοιχεία της ασφαλιστικής σύμβασης και τον τόπο και χρόνο έκδοσής τους. Ο λήπτης της ασφάλισης δικαιούται οποτεδήποτε να ζητήσει αντίγραφο των επεξηγήσεων και στοιχείων που τυχόν έδωσε στον ασφαλιστή κατά τη σύναψη της σύμβασης, καθώς και αντίγραφο του ασφαλιστηρίου, σε περίπτωση που τούτο απωλέσθηκε (Άρ. 2 παρ. 3 Ν. 2496/1997) .

Όλοι οι όροι του ασφαλιστηρίου πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εύλογα συμφέροντα του λήπτη της ασφάλισης και του ασφαλισμένου και να γράφονται με σαφήνεια και με ευδιάκριτα στοιχεία. Συμφωνία παραίτησης από το δικαίωμα προσβολής της ασφαλιστικής σύμβασης λόγω πλάνης δεν δεσμεύει τον λήπτη της ασφάλισης (Άρ. 2 παρ. 8 Ν. 2496/1997).

Αναλυτικά, τα **βασικά στοιχεία ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου** στην ειδικότερη περίπτωση εξασφάλισης της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας είναι τα εξής:

1) Ασφάλιστρο

Ως ασφάλιστρο (premium) ορίζεται το ποσό που είναι υποχρεωμένος ο ασφαλισμένος να πληρώνει μηνιαίως ή ετησίως για την εξασφάλιση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας σε περίπτωση που επέλθει ο «κίνδυνος της ασθένειας». Κάθε μήνα, δηλαδή, ο λήπτης της ασφάλισης πρέπει να πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό στον ασφαλιστικό φορέα/ ασφαλιστική εταιρεία, ώστε αυτός να του εξασφαλίσει τα πιθανά έξοδα για παροχή υπηρεσιών υγείας για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Το ασφάλιστρο είναι το έσοδο του ασφαλιστικού φορέα.

2) Υποχρεωτική Εισφορά

Ως Υποχρεωτική Εισφορά (deductible) ορίζεται το ποσό εκείνο που ο ασφαλισμένος θα πρέπει να καλύψει από τα δικά του εισοδήματα πριν αρχίσει να λειτουργεί το ασφαλιστικό πρόγραμμα στο οποίο είναι ενταγμένος.

3) Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Σταθερό Ποσό

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως σταθερό ποσό (copayment) ορίζεται το ποσό που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

4) Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Ποσοστού των Συνολικών Εξόδων

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως ποσοστού των συνολικών εξόδων (co-insurance) ορίζεται εκείνο το ποσοστό των συνολικών εξόδων για υπηρεσίες υγείας που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσοστό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

5) Εξαιρέσεις από την Ασφαλιστική Κάλυψη

Υπάρχουν περιπτώσεις εξόδων υπηρεσιών υγείας που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικούς φορείς. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να είναι για παράδειγμα:

- Οι αισθητικές επεμβάσεις (πλαστική χειρουργική για καθαρά καλλωπιστικούς λόγους και όχι για να καλύψει προβλήματα που δημιουργήθηκαν από ατύχημα (π.χ. έγκαυμα)).
- Τα έξοδα από χρόνια προβλήματα υγείας που ήταν γνωστά όταν ο ασφαλισμένος υπέγραφε το συμβόλαιο ασφάλισης υγείας.

6) Το Ύψος της Ασφαλιστικής Κάλυψης

Ως ύψος ασφαλιστικής κάλυψης (Coverage Limit) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που είναι υποχρεωμένος να πληρώσει ο ασφαλιστικός φορέας για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας του ασφαλισμένου. Το μέγιστο ποσό ορίζεται είτε για κάθε υπηρεσία υγείας, είτε σε μηνιαία είτε σε ετήσια βάση.

7) Το Ύψος της Υποχρεωτικής Συνεισφοράς

Ως ύψος της υποχρεωτικής εισφοράς (out-of-pocket maximum) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που ο ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό του

συμβόλαιο. Ένας εναλλακτικός ορισμός της μέγιστης υποχρεωτικής εισφοράς θα ήταν αυτή αν οριστεί με βάση το είδος της δαπάνης υπηρεσιών υγείας.

8) Η Οικογενειακή Ασφαλιστική Κάλυψη

Εδώ καθορίζεται αν το ασφαλιστικό συμβόλαιο περιλαμβάνει ή όχι άλλα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου. Συνηθισμένο, για παράδειγμα, είναι τα ασφαλιστικά συμβόλαια να καλύπτουν και τα ανήλικα τέκνα του ασφαλισμένου.

9) Η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας από το Δίκτυο Ιατρών – Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων που ορίζει ο Ασφαλιστικός Φορέας

Εδώ καθορίζεται ποιος θα καλύπτει τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται σε κάθε περίπτωση ο ασφαλισμένος. Για παράδειγμα, κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν έξοδα υπηρεσιών υγείας που έχουν πραγματοποιηθεί είτε εντός του δικτύου νοσηλευτικών ιδρυμάτων που διαθέτει ο ασφαλιστικός φορέας είτε των συμβεβλημένων με αυτών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιατρών. Κάτι τέτοιο γίνεται για να ελέγχονται καλύτερα οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων αλλά και για να έχει μεγαλύτερα έσοδα ο ασφαλιστικός φορέας από το δίκτυο υπηρεσιών που παρέχει.

Υποχρεώσεις συμβαλλόμενων μερών

Στο πλαίσιο των ασφαλιστικών συμβάσεων το εκάστοτε συμβαλλόμενο μέρος αναλαμβάνει υποχρεώσεις, ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να εκπληρωθεί ο σκοπός της σύμβασης αυτής.

Ασφαλιστής:

Σε πρώτο επίπεδο, ο ασφαλιστής οφείλει να **αναλάβει το σύνολο των κινδύνων** που ο ασφαλιζόμενος του μεταθέτει, παρέχοντας τη συμφωνημένη ασφαλιστική κάλυψη στον ασφαλισμένο. Έτσι, μειώνεται η αβεβαιότητα για τους ασφαλισμένους, καθώς ανταλλάσσουν μια δυνητικά μεγάλη και αβέβαιη ζημιά με μια σχετικά μικρή και άμεση επιβάρυνση που είναι το ασφάλιστρο (μεταφορά του καθαρού κινδύνου από τον ασφαλιζόμενο στον ασφαλιστή). Η κοινωνία των κινδύνων, που αποτελεί βασικό στοιχείο της ιδιωτικής ασφάλισης, απαιτεί συστηματική ανάληψη των κινδύνων από τη μεριά του ασφαλιστή, στατιστικούς και μαθηματικούς υπολογισμούς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το κεφάλαιο που δημιουργείται από το σύνολο των ασφαλιστρών και την επένδυση σημαντικού μέρους του να δημιουργεί το κατάλληλο επαρκές απόθεμα ώστε να είναι δυνατή η πλήρης κάλυψη των ασφαλισμένων όταν επέλθει ο κίνδυνος.

Ο ασφαλιστής, οφείλει, ακόμη, να παρέχει **σαφείς και πλήρεις πληροφορίες** σχετικά με τα όρια, τους όρους και τις προϋποθέσεις της ασφαλιστικής σύμβασης στον ασφαλισμένο. Η διαφάνεια αυτή είναι κρίσιμη για να επιτρέψει στον ασφαλισμένο να κατανοήσει πλήρως τα δικαιώματά και τα καθήκοντά του.

Σε περίπτωση αποζημίωσης, ο ασφαλιστής έχει υποχρέωση να **καταβάλει το ποσό** που οφείλεται σύμφωνα με την ασφαλιστική σύμβαση, δηλαδή να καταβάλει το ασφάλισμα όταν επέλθει ο κίνδυνος προκειμένου να αποκατασταθεί η οικονομική απώλεια του ασφαλισμένου, **χωρίς υπαίτια καθυστέρηση**. Αυτό προϋποθέτει την έγκριση της απαίτησης από τον ασφαλιστή και τη συμμόρφωση προς τις προθεσμίες που ορίζονται. (Αρ. 7 παρ. 7 Ν. 2496/1997).

Ασφαλισμένος:

Από την άλλη, ο ασφαλισμένος οφείλει να παρέχει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες στον ασφαλιστή κατά την υπογραφή της ασφαλιστικής σύμβασης και κατά τη διάρκεια της ισχύος της, ώστε να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του ασφαλιστικού κινδύνου. α) Αρχικά κατά τη σύναψη της σύμβασης υποχρεούται **να δηλώσει στον ασφαλιστή κάθε στοιχείο ή περιστατικό που γνωρίζει**, το οποίο είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου, καθώς επίσης να απαντήσει σε κάθε σχετική ερώτηση του ασφαλιστή. Στοιχεία και περιστατικά, για τα οποία ο ασφαλιστής έθεσε σαφείς γραπτές ερωτήσεις, τεκμαίρεται ότι είναι τα μόνα τα οποία επηρεάζουν την από μέρους του εκτίμηση και αποδοχή του κινδύνου. Αν για οποιονδήποτε λόγο, που δεν οφείλεται σε υπαιτιότητα του ασφαλιστή ή του λήπτη της ασφάλισης, δεν έχουν περιέλθει σε γνώση του ασφαλιστή στοιχεία ή περιστατικά που είναι αντικειμενικά ουσιώδη για την εκτίμηση του κινδύνου, ο ασφαλιστής δικαιούται να καταγγείλει τη σύμβαση ή να ζητήσει την τροποποίηση της, μέσα σε προθεσμία ενός (1) μηνός αφότου έλαβε γνώση αυτών των στοιχείων ή των περιστατικών (Αρ. 3 παρ. 1 και 3 Ν. 2496/1997). β) Κατά τη διάρκεια της σύμβασης ο λήπτης της ασφάλισης υποχρεούται να δηλώσει στον ασφαλιστή, μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από τότε που περιήλθε σε γνώση του, κάθε στοιχείο ή περιστατικό, το οποίο μπορεί να επιφέρει **σημαντική επίταση του κινδύνου**, σε βαθμό που, αν ο ασφαλιστής το γνώριζε, δεν θα είχε συνάψει την ασφάλιση ή δεν θα την είχε συνάψει με τους ίδιους όρους (Αρ. 4 παρ. 1 Ν. 2496/1997).

Ο λήπτης της ασφάλισης πρέπει **να καταβάλει τακτικά και εντός των προθεσμιών τα ασφάλιστρα** που έχουν συμφωνηθεί στην ασφαλιστική σύμβαση, σε μετρητά, είτε εφάπαξ είτε με τμηματικές καταβολές. Η ασφαλιστική κάλυψη δεν αρχίζει πριν την καταβολή του εφάπαξ ασφαλίστρου ή της πρώτης δόσης της τμηματικής καταβολής, εκτός αν προκύπτει διαφορετικά από την ασφαλιστική σύμβαση ή από τις περιστάσεις. Η καθυστέρηση της καταβολής ληξιπρόθεσμης δόσης ασφαλίστρου δίνει το δικαίωμα στον ασφαλιστή να καταγγείλει τη σύμβαση (Αρ. 6 Ν. 2496/1997).

Ο λήπτης της ασφάλισης υποχρεούται εντός οκτώ (8) ημερών από τότε που έλαβε γνώση της επέλευσης της ασφαλιστικής περίπτωσης να ειδοποιήσει τον ασφαλιστή και γενικά υποχρεούται να δίνει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες που σχετίζονται με τις συνέπειες της επέλευσης του κινδύνου που του ζητάει ο ασφαλιστής. Ο λήπτης της ασφάλισης δεν μπορεί να ισχυρισθεί ότι δεν γνώριζε την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης, αν τούτο οφείλεται σε βαριά του αμέλεια. Η υπαίτια παράβαση από τον λήπτη της ασφάλισης αυτών των υποχρεώσεων παρέχει το δικαίωμα στον ασφαλιστή να ζητήσει την αποκατάσταση της ζημίας του. Ο λήπτης της ασφάλισης υποχρεούται, επίσης, να λαμβάνει όλα τα κατάλληλα μέτρα προς αποφυγή ή μείωση της ζημίας και να ακολουθεί τις οδηγίες του ασφαλιστή. Τα έξοδα που προκύπτουν, εφόσον δικαιολογούνται από τις περιστάσεις, βαρύνουν τον ασφαλιστή, ακόμα και αν υπερβαίνουν το ασφαλιστικό ποσό. Αντίθετη συμφωνία επιτρέπεται αν ο λήπτης της ασφάλισης ή ο ασφαλισμένος ενεργούν στην ασφάλιση για επαγγελματικούς λόγους. Σε περίπτωση υπαίτιας παράβασης των ανωτέρω, ο λήπτης της ασφάλισης υποχρεούται σε αποζημίωση του ασφαλιστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης αποτελεί υποχρέωση του κράτους. Κύρια, λοιπόν, ευθύνη για την κοινωνική προστασία του πληθυσμού έχει το κράτος, σύμφωνα πάντα με τις αρμοδιότητες που απορρέουν από το Σύνταγμα και τους νόμους. Σε αυτό έρχεται να προστεθεί και η ιδιωτική ασφάλιση που λειτουργεί υποστηρικτικά και έγκειται στη βούληση του εκάστοτε πολίτη να επιλέξει αν θα ασφαλιστεί και ιδιωτικά. Είναι γεγονός, όμως, ότι το ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε άναρχα, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό. Σήμερα, ύστερα από πολλές δεκαετίες και μέσα από μια διαδρομή η οποία δημιούργησε πολλά προβλήματα, με ευθύνη κυρίως της πολιτείας, προβάλλει επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων για την εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του ασφαλιστικού συστήματος και την αναβάθμισή του.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, στο οποίο συνυπάρχει η ελεύθερη αγορά και ο κεντρικός σχεδιασμός, από το οποίο όμως απουσιάζει κάθε οργανωτική δομή και συνεργατική προοπτική που θα διέπει τη λειτουργία του. Το ΕΣΥ, σήμερα, την εποχή των σύγχρονων κρίσεων έρχεται αντιμέτωπο με νέες προκλήσεις. Στόχος πρέπει να είναι να έχουν όλοι οι πολίτες πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με την Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Greece: Profile of Health and Well-being, 2016), το σύστημα υγείας της Ελλάδος είναι **νοσοκομειοκεντρικό, δίνοντας έμφαση στη θεραπεία της νόσου και όχι στην πρόληψη αυτής**. Δεν εφαρμόζεται συγκεκριμένο σύστημα παραπομπών, ενώ επί της ουσίας δεν υφίσταται δίκτυο υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση για την Υγεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (State of Health in the EU: Ελλάδα Προφίλ Υγείας, 2019) εξακολουθούν να υφίστανται βασικές προκλήσεις στον τομέα της υγείας, όπως η θνησιμότητα λόγω καρκίνου και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι τάσεις στους παράγοντες κινδύνου, όπως τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων και η παχυσαρκία στα παιδιά, επιβάλλουν τη θέσπιση εθνικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου και αναδιοργάνωσης του ασφαλιστικού συστήματος υγείας με ορίζοντα διαρκούς επαγρύπνησης και προόδου.

1. ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ 2021 (STATE OF HEALTH IN THE EU) ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΕΣ

Ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας ενεργεί ως μοναδικός αγοραστής των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο υπηρεσιών υγείας. Από το 2011, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει ένα εξαιρετικά συγκεντρωτικό μοντέλο μικτού συστήματος υγείας, που συνδυάζει έναν ενιαίο φορέα ασφάλισης υγείας ο οποίος εισπράττει εισφορές, με σημαντική χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) διαχειρίζεται ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας και αγοράζει

χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες υγείας τις οποίες παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συνάπτει επίσης συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και διαγνωστικών υπηρεσιών. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την ευρεία ρύθμιση όλου του συστήματος και συντόνισε επίσης την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 στη χώρα.

Σύμφωνα με το Προφίλ Υγείας 2021 (State of Health in the EU) της Ελλάδας οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (1.603 ευρώ) εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2019 η Ελλάδα διέθεσε 7,8 % του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με 9,9 % που διατέθηκε στο σύνολο της ΕΕ. **Ιστορικά, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ**, ενώ τα εκτεταμένα μέτρα συγκράτησης του κόστους και αποδοτικότητας που θεσπίστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009 οδήγησαν σε απότομες μειώσεις. Από το 2015 η τάση αυτή έχει αντιστραφεί, με μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών. Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της νόσου COVID-19 είχε επίσης ως αποτέλεσμα τη χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης το 2020 για τη στήριξη του τομέα της υγείας.

Η χρηματοδότηση από το δημόσιο ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ήταν 60 % το 2019 —ποσοστό το οποίο είναι το δεύτερο χαμηλότερο μετά την Κύπρο και **σημαντικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (80 %)**. Αυτό σημαίνει ότι ένα **πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία προέρχεται απευθείας από τα νοικοκυριά (35 %)** με τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών —οι οποίες συνίστανται κυρίως σε συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη. Επίσης, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (WHO Regional Office for Europe, 2018). Η προαιρετική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει μόνον ήσσονος σημασίας ρόλο, αντιπροσωπεύοντας το 5 % των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονται στα δύο πέμπτα του προϋπολογισμού για την υγεία

Δεδομένων των συνολικά μειωμένων δαπανών της για την υγεία, το 2019 η Ελλάδα δαπάνησε λιγότερους πόρους κατά κεφαλήν σε όλες τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας, σε σύγκριση με τους μέσους όρους στην ΕΕ, με εντονότερη τη διαφορά στις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα. Ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, **το 44 % των συνολικών δαπανών για την υγεία διατέθηκαν για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη** —**πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ** μετά τη Ρουμανία (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29 %). Σχεδόν 30 % των κονδυλίων δαπανήθηκαν για φάρμακα και ιατρικά είδη που διατίθενται στη λιανική αγορά, ποσοστό που είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (18 %) και αντικατοπτρίζει εν μέρει τις υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. **Οι πόροι που διαθέτει η Ελλάδα για τη μακροχρόνια φροντίδα είναι συγκριτικά χαμηλοί** —μόλις 1,7 % των συνολικών δαπανών σε σύγκριση με το πολύ υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 16,3 % στην ΕΕ —ενώ οι δαπάνες για την προληπτική φροντίδα (1,4 %) είναι από τις χαμηλότερες (ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι 2,9 %)

Το σύστημα υγείας παρέχει σχεδόν καθολική κάλυψη και τυποποιημένη δέσμη παροχών

Το 2016 η Ελλάδα επέκτεινε την κάλυψη των χρηματοδοτούμενων από το κράτος υπηρεσιών προκειμένου να συμπεριληφθούν προηγούμενες ανασφάλιστες ομάδες. **Το Εθνικό Σύστημα**

Υγείας παρέχει πρόσβαση σε μια ενοποιημένη δέσμη παροχών, η οποία περιλαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις, εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. **Ωστόσο, από το 2012 η κυβέρνηση έχει επιβάλει στους ιατρούς όρια** όσον αφορά τον αριθμό των επισκέψεων ασθενών που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η προκλητή ζήτηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιβολή των ορίων αυτών μπορεί να είχε ως **αποτέλεσμα οι ασθενείς να καθυστερούν την αναζήτηση φροντίδας, να στρέφονται σε εναλλακτικό πάροχο** ή να πληρώνουν απευθείας την επίσκεψη με άμεση πληρωμή —είτε επίσημα είτε «κάτω από το τραπέζι».

Η Ελλάδα διαθέτει σχετικά λίγες νοσοκομειακές κλίνες

Οι υπηρεσίες και οι δομές υγείας συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία υπήρχαν, κατά μέσο όρο, 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1 000 κατοίκους —πολύ κάτω από τις 5,3 κλίνες που ήταν η αναλογία στην ΕΕ συνολικά. Τα ποσοστά νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας (που επί του παρόντος πλησιάζει τον μέσο όρο των 7,4 ημερών της ΕΕ) έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά από το 2013, ενώ ο αριθμός των εξιτηρίων ασθενών μειώθηκε ελαφρώς και ήταν ένας από τους χαμηλότερους στην ΕΕ, αντιστοιχώντας σε 13 719 ανά 100 000 κατοίκους το 2015. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας COVID-19 το 2020, όταν σημειώθηκε σημαντική απότομη αύξηση των κρουσμάτων, σε ορισμένες από τις βαρύτερα πληγείσες περιοχές δεν υπήρχαν αρκετές νοσοκομειακές κλίνες και η σχετική δυναμικότητα αναζητήθηκε στον ιδιωτικό τομέα. Το υπάρχον απόθεμα σε κλίνες ΜΕΘ αυξήθηκε επίσης σημαντικά.

Οι μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας εξαρτώνται από τον επαρκή αριθμό ιατρών και νοσηλευτών

Η Ελλάδα καταγράφει τον υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, εν μέρει επειδή τα στοιχεία περιλαμβάνουν όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνους που είναι επαγγελματικά ενεργοί (σχήμα 8). **Αντίθετα, έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό**, αλλά στον αριθμό αυτόν συμπεριλαμβάνονται κυρίως μόνο νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία. Η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών είναι ειδικοί ιατροί, ενώ οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 7 % του συνόλου των ιατρών, έναντι 26 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Η εξασφάλιση επαρκούς προσφοράς γενικών ιατρών αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την επέκταση του δικτύου των τοπικών μονάδων υγείας (TOMY) και των κέντρων υγείας στο πλαίσιο μιας εκτεταμένης μεταρρύθμισης που ξεκίνησε το 2017 (Myloneros & Sakellariou, 2021). Σκοπός της μεταρρύθμισης είναι να αυξηθεί η πρόσβαση και να ενισχυθούν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας, με μακροπρόθεσμο στόχο την πρόοδο προς ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης. Ομοίως, ο χαμηλός αριθμός νοσηλευτών —ιδίως νοσηλευτών που εργάζονται στην κοινότητα— και η αναδιάταξή τους κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω της νόσου COVID-19 επηρέασαν την ανάπτυξη αυτών των δομών ενισχυμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας αποτελούν προτεραιότητες μέσω νέων εθνικών σχεδίων

Μέχρι πρότινος η εφαρμογή παρεμβάσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα υπήρξε ατελής. Εκτός από ενημερωτικές εκστρατείες σχετικά με τους κινδύνους της

κατάχρησης ουσιών, της χρήσης καπνού και της κατανάλωσης αλκοόλ, δεν εφαρμόζονταν σχετικές εθνικές στρατηγικές. Αυτό πλέον έχει αλλάξει με τη **θέσπιση του γενικού Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-25**, το οποίο υιοθετεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της Ελλάδας και την επεξεργασία ενός φάσματος προληπτικών και διατομεακών πολιτικών και πολιτικών προαγωγής της υγείας. Οι βασικοί άξονες δράσης περιλαμβάνουν την αποτύπωση των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού, τη διαχείριση νοσημάτων υψηλού φορτίου νοσηρότητας με την εφαρμογή εθνικών σχεδίων δράσης για ασθένειες όπως ο καρκίνος, και την πρόληψη, την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων (Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας, 2021). Εκτός από τον ενισχυμένο αντικαπνιστικό νόμο το 2019, το 2020 ξεκίνησε μια εθνική στρατηγική πρόληψης στον τομέα της δημόσιας υγείας (Σπύρος Δοξιάδης), η οποία στοχεύει στην υλοποίηση προσπαθειών πρόληψης σε 15 επιχειρησιακούς τομείς και περιλαμβάνει 95 έργα σε εθνικό επίπεδο.

Η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών της ΕΕ το 2019

Κατά την τελευταία δεκαετία **τα επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης που ανέφερε η Ελλάδα ήταν σταθερά υψηλότερα από τα αντίστοιχα επίπεδα του συνόλου της ΕΕ**. Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην ΕΕ μετά την Εσθονία: το 8,1 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε μη καλυπτόμενες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με 1,7 % κατά μέσο όρο σε επίπεδο ΕΕ (σχήμα 11). Οι μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης έφτασαν στο υψηλότερο επίπεδό τους (13,1 %) το 2016 και κατόπιν μειώνονταν σταθερά κατά περίπου 15 % κάθε χρόνο. Ωστόσο, ακόμη και το 2019 η Ελλάδα εξακολουθούσε να παρουσιάζει μακράν τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των χωρών της ΕΕ όσον αφορά τις μη καλυπτόμενες ανάγκες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων.

2. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2021-2025

Το **Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025** αποτελεί στρατηγική επιλογή του Υπουργείου Υγείας ώστε να γίνει η **Πρόληψη «τρόπος ζωής»** για όλους τους Έλληνες πολίτες. Η Αρχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «δεν αφήνουμε κανέναν πίσω» (leave no one behind) διέπει οριζόντια τον πολιτικό και επιχειρησιακό άξονα του Εθνικού Σχεδίου, το οποίο συνιστά την πρώτη διατομεακή προσπάθεια, που γίνεται στη χώρα μας προκειμένου να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία. Η υγεία και ειδικότερα η δημόσια υγεία, είναι ένα θέμα όχι μόνο πολιτικό και κοινωνικό αλλά και οργανωτικό-διοικητικό.

Υπό το πρίσμα αυτό, η **υιοθέτηση της Αρχής «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» (Health in All policies)**, συνιστά μια απόλυτα κομβικής και θεμελιώδους σημασίας αναγκαιότητα. Σε άμεση συνάφεια με τα ανωτέρω βρίσκεται η εμπειρία, η οποία προέκυψε από τη διαχείριση της πανδημίας του CoViD 19. Η αφηνίδια και τεράστια υγειονομική κρίση ανέδειξε σε παγκόσμιο επίπεδο αυτή την αναγκαιότητα.

Στον βασικό σχεδιασμό για την αναδιοργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας η πρόκληση της πανδημίας, που ξέσπασε στην υφήλιο το 2020, αποτέλεσε μία μεγάλη πρόκληση, η οποία όμως ανέδειξε την σημασία της Δημόσιας Υγείας, έννοιας ευρύτερης από το Υγειονομικό Σύστημα και τις Υπηρεσίες Υγείας οποιουδήποτε κράτους. Έννοια τελικά παγκόσμια και πεδίο

σύγκλισης των πολιτικών υγείας των σύγχρονων κρατών για την αναχαίτιση της νέας επιδημιολογικής απειλής, αυτής του SARS-CoV-2. Το Υπουργείο Υγείας μέσα από την άνω του έτους πλέον εμπειρία, που έχει αποκομίσει από την διαχείριση της κρίσης, που δημιούργησε η πανδημία, έχει λάβει πολλά μαθήματα σχετικά με την ανταπόκριση των συστημάτων υγείας. Κυρίως όμως τα γεγονότα έθεσαν την Δημόσια Υγεία στο επίκεντρο των εξελίξεων και οι μεγάλες αλλαγές στα συστήματα Δημόσιας Υγείας, που θα πρέπει να υλοποιηθούν, είναι επίκαιρες όσο ποτέ. Η έως τώρα διαχείριση της πανδημίας από το Υπουργείο Υγείας, υλοποιήθηκε σε αγαστή συνεργασία με όλα τα συναρμόδια Υπουργεία, τους φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση και την ακαδημαϊκή κοινότητα. Με άλλα λόγια, η πανδημία, με τις ειδικότερες εκφράσεις της στη χώρα μας, είναι μία συγκυρία, η οποία μας δείχνει τον δρόμο για το μέλλον. Αυτός είναι ο μονόδρομος των μεταρρυθμίσεων και η άμεση ανάγκη επιτάχυνσης της μεταρρύθμισης στον χώρο της Δημόσιας Υγείας.

3. Η ΠΑΝΗΜΙΑ COVID19 ΚΑΙ Η ΥΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η πανδημική κρίση covid-19 έφερε μία νέα πραγματικότητα, επηρεάζοντας όλη την ανθρωπότητα σε όλους τους τομείς. Προκάλεσε και συνεχίζει και προκαλεί σε παγκόσμιο επίπεδο, επιπτώσεις είτε άμεσες στη ζωή και την υγεία, είτε έμμεσες λόγω οικονομικών επιπτώσεων και εκτάκτων μέτρων για τον περιορισμό της εξάπλωσής της. Κάτω από αυτό πλαίσιο έχουν τεθεί ζητήματα ασφαλιστικής κάλυψης των ζημιολογικών επενεργειών της πανδημίας.

Βασικό ερώτημα είναι **αν και κατά πόσο μπορεί η πανδημία του κορονοϊού να θεωρηθεί ασφαλιστικός κίνδυνος**. Σε μία καταφατική απάντηση, οι ασφαλιστές καλούνται να καλύψουν τις όποιες συνέπειες αυτής της πανδημικής νόσου, στο πλαίσιο των ασφαλιστικών συμβάσεων, είτε οι συμβάσεις καταρτίστηκαν πριν την εμφάνισή της είτε μεσούσης αυτής. Η επιστημική, ωστόσο κοινότητα κατατείνει στο ότι η πανδημία και οι συνέπειές της υπάγονται στην έννοια της ανωτέρας βίας, δηλαδή ως γεγονός έκτακτο, εξαιρετικής φύσεως που δεν ήταν δυνατό να προβλεφθεί ή αποτραπεί, ακόμη και αν ο θιγόμενος είχε καταβάλει τη δέουσα προσοχή και επιμέλεια. Άλλωστε και στην ελληνική έννομη τάξη, όταν προκύπτουν παντελώς απρόβλεπτες καταστάσεις, όπως εν προκειμένω αυτή της πανδημίας, τα άρθρα 288 και 388 ΑΚ υπερισχύουν των συμβατικών ρυθμίσεων βάσει των οποίων κατανέμονται οι κίνδυνοι.

Σε περιπτώσεις αμφιβολίας ως προς το αν υφίσταται πράγματι ασφαλιστική κάλυψη ή εξαίρεση από αυτή που δικαιολογεί την άρνηση του ασφαλιστή να παράσχει ασφαλιστική κάλυψη, γίνεται ερμηνεία των συμβάσεων βάσει των άρθρων 173 και 200 ΑΚ, λαμβάνοντας υπόψιν τον ειδικότερο σκοπό της ιδιωτικής ασφάλισης καθώς και το περιεχόμενο του αντικειμένου της.

Επίσης, για την ασφάλιση ασθενειών, είτε είχαν συναφθεί ως ασφαλίσεις ζημιών είτε ως ποσού είτε και ως μικτές ασφαλίσεις, στα περισσότερα ασφαλιστήρια συμπεριλαμβάνονται εξαιρέσεις ασθενειών από πανδημίες, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος δεν καλύπτεται. Στην πράξη αυτό μικρή σημασία έχει για την περίθαλψη των ασθενών, καθώς αυτή στις περισσότερες χώρες του κόσμου καλύπτεται από δημόσιους φορείς ως πρωταρχική τους υποχρέωση. Στην περίπτωση, βέβαια, που στην ασφαλιστική σύμβαση δεν είχε συμπεριληφθεί εξ αρχής εξαίρεση από ασθένειες που προκαλούνται από πανδημίες, η ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να παρασχεθεί από τον ασφαλιστή.

4. ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ασφαλιστικό δίκαιο αποτελεί βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας την προστασία των ασθενών και την χρηματοδότηση των ιατρικών υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, το ασφαλιστικό δίκαιο περιλαμβάνει πολυάριθμες διατάξεις και κανονισμούς που ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών, παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλισμένων. Το ασφαλιστικό δίκαιο διαιρείται σε δύο μεγάλους τομείς: α) Το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης και β) το ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο. Ο κλάδος του ασφαλιστικού δικαίου περιλαμβάνει πολλούς ειδικότερους τομείς, που ανήκουν στο ιδιωτικό και δημόσιο δίκαιο. Το ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο περιλαμβάνει τομείς και του δημοσίου δικαίου, γιατί στους διαφόρους κλάδους του δικαίου, συνυπάρχουν στοιχεία δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου. Έτσι, στο ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο ανήκει το δίκαιο της ασφαλιστικής επιχείρησης, το δίκαιο της εποπτείας του κράτους στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και το συμβατικό ασφαλιστικό δίκαιο. Δεν είναι δυνατόν να γίνει λόγος για ενιαίο Ασφαλιστικό Δίκαιο, που διέπει και τις δύο αυτές κατηγορίες ασφαλίσεων, κοινωνική και ιδιωτική. Αυτό δεν είναι δυνατόν για τον λόγο ότι ενώ τις ιδιωτικές ασφαλίσεις ρυθμίζει το Εμπορικό Δίκαιο, που είναι κλάδος του Ιδιωτικού Δικαίου, τις κοινωνικές ασφαλίσεις διέπει ειδική νομοθεσία του δημοσίου δικαίου. Η Ιδιωτική ασφάλιση υπάγεται στο ιδιωτικό δίκαιο, αφού σ' αυτήν προέχει το ιδιωτικό συμφέρον, ενώ η κοινωνική ασφάλιση εξετάζεται στα πλαίσια του δημοσίου δικαίου, επειδή από αυτήν προάγεται, κυρίως, το δημόσιο συμφέρον.

Ωστόσο, αν και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας μας καλύπτεται πλέον ασφαλιστικά, υπάρχουν ορατές αδυναμίες και δυσλειτουργίες που χαρακτηρίζουν το σύστημα ασφάλισης στον τομέα της υγείας και ανακύπτουν συχνά σημαντικά ζητήματα που αφορούν την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των σχετικών νομικών ρυθμίσεων.

1) Προσβασιμότητα και Κάλυψη των Ασφαλιστικών Παροχών

Ένα από τα κύρια ζητήματα είναι η προσβασιμότητα και η κάλυψη των ασφαλιστικών παροχών. Παρά την ύπαρξη ενός ευρέως φάσματος ασφαλιστικών προγραμμάτων, πολλοί πολίτες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας. Οι υψηλές ιδιωτικές συμμετοχές, οι περιορισμοί στις παροχές και οι καθυστερήσεις στην έγκριση και αποζημίωση των ιατρικών εξόδων είναι μερικά από τα προβλήματα που καθιστούν την υγειονομική περίθαλψη λιγότερο προσβάσιμη για τον μέσο πολίτη, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την ανισότητα.

Ειδικότερα, η έννοια της προσβασιμότητας περιλαμβάνει την δυνατότητα των πολιτών να έχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες, χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικούς, γεωγραφικούς ή κοινωνικούς φραγμούς, ενώ η κάλυψη των ασφαλιστικών παροχών αναφέρεται στο εύρος και την **ποιότητα** των υπηρεσιών που παρέχονται μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων.

Ένας από τους βασικότερους, φραγμούς στην προσβασιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι οι **οικονομικοί περιορισμοί**. Πολλοί πολίτες, ιδίως αυτοί με χαμηλά εισοδήματα, δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τις ιδιωτικές συμμετοχές ή τα πρόσθετα έξοδα που απαιτούνται για την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες. Οι υψηλές ιδιωτικές συμμετοχές λειτουργούν ως αποτρεπτικός παράγοντας, αναγκάζοντας πολλούς να αναβάλλουν ή να αποφεύγουν την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας τους.

Εκτός από τους οικονομικούς φραγμούς, οι **γεωγραφικές ανισότητες** αποτελούν σημαντικό πρόβλημα. Σε πολλές αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές, η πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες είναι περιορισμένη λόγω της έλλειψης ιατρικών εγκαταστάσεων και επαγγελματιών υγείας. Αυτή η γεωγραφική ανισότητα οδηγεί σε ανισότητες στην υγεία, καθώς οι κάτοικοι αυτών των περιοχών αναγκάζονται να ταξιδεύουν μεγάλες αποστάσεις για να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα. Παράλληλα, οι **κοινωνικοί φραγμοί**, όπως η γλώσσα, οι πολιτισμικές διαφορές και οι διακρίσεις, μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, ιδίως για μειονότητες και ευάλωτες ομάδες.

Η κάλυψη των ασφαλιστικών παροχών ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με **το ασφαλιστικό πρόγραμμα** και την ασφαλιστική εταιρεία. Ορισμένα προγράμματα προσφέρουν εκτεταμένες παροχές, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, ενώ άλλα έχουν **περιορισμένη κάλυψη**, εξαιρώντας σημαντικές ιατρικές υπηρεσίες ή επιβάλλοντας αυστηρούς περιορισμούς. Οι περιορισμοί στις παροχές μπορεί να περιλαμβάνουν την έλλειψη κάλυψης για συγκεκριμένες θεραπείες, φάρμακα ή διαγνωστικές εξετάσεις, γεγονός που καθιστά δύσκολη την πλήρη και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι οι **καθυστερήσεις και η γραφειοκρατία** που συχνά συνοδεύουν τις ασφαλιστικές διαδικασίες. Η διαδικασία έγκρισης και αποζημίωσης των ιατρικών εξόδων μπορεί να είναι χρονοβόρα και περίπλοκη, δημιουργώντας επιπλέον άγχος και δυσκολίες στους ασφαλισμένους. Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες μπορεί να περιλαμβάνουν την υποβολή πολυάριθμων εγγράφων, την αναμονή για εγκρίσεις και την αντιμετώπιση απορρίψεων, γεγονός που αποθαρρύνει τους πολίτες από το να διεκδικήσουν τις παροχές που δικαιούνται.

2) Η Οικονομική Βιωσιμότητα των Ασφαλιστικών Ταμείων

Η **δημογραφική αλλαγή** με την **γήρανση του πληθυσμού** και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής δημιουργεί πίεση στα ασφαλιστικά συστήματα, καθώς οι δαπάνες υγείας και συντάξεων αυξάνονται σημαντικά, περιορίζοντας τον αριθμό των ατόμων που καταβάλλουν εισφορές. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί συχνά αντιμετωπίζουν ελλείμματα και δυσκολίες στην κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων, οδηγώντας σε περικοπές των παροχών ή σε αυξήσεις των εισφορών. Αυτές οι εξελίξεις πλήττουν ιδιαίτερα τις ευπαθείς ομάδες, όπως οι συνταξιούχοι και οι χαμηλόμισθοι εργαζόμενοι.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την οικονομική βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων είναι η **συνεχής αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης**. Οι τεχνολογικές εξελίξεις και η **εισαγωγή νέων, προηγμένων θεραπειών** και φαρμάκων έχουν συμβάλει στη βελτίωση της υγείας των ασθενών, αλλά έχουν παράλληλα αυξήσει σημαντικά τις δαπάνες υγείας. Η αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών, όπως ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, απαιτεί διαρκή και συχνά δαπανηρή φροντίδα.

Έπειτα, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων είναι κρίσιμη για την οικονομική βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Η **αλόγιστη χρήση των πόρων, η κακοδιαχείριση και η διαφθορά** μπορούν να επιδεινώσουν τα οικονομικά προβλήματα των ταμείων. Η ανάγκη για διαφάνεια και λογοδοσία είναι επιτακτική, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων.

3) Προβληματική Σχέση μεταξύ Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης και Ασφαλιστικών Εταιρειών

Παράλληλα, η **σχέση μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασφαλιστικών εταιρειών** είναι συχνά προβληματική. Οι διαφορές στις τιμολογήσεις των ιατρικών υπηρεσιών, οι αμφιλεγόμενες πρακτικές χρέωσης και οι καθυστερήσεις στις πληρωμές δημιουργούν ένταση και σύγκρουση μεταξύ των δύο μερών.

Ειδικότερα, οι **διαφορές στις τιμολογήσεις** των ιατρικών υπηρεσιών αποτελούν ένα από τα κύρια σημεία τριβής μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλιστικών εταιρειών. Οι πάροχοι υγείας, όπως νοσοκομεία, κλινικές και ιδιώτες γιατροί, συχνά τιμολογούν τις υπηρεσίες τους με βάση το κόστος λειτουργίας τους και τις απαιτήσεις για ποιοτική φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, οι ασφαλιστικές εταιρείες προσπαθούν να ελέγχουν το κόστος, επιβάλλοντας ανώτατα όρια στις αποζημιώσεις και διαπραγματεύονται χαμηλότερες τιμές. Αυτή η διαφορά στις προσδοκίες μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις και διαφωνίες, με τους παρόχους να νιώθουν ότι οι αποζημιώσεις δεν καλύπτουν επαρκώς τα έξοδά τους και τις ασφαλιστικές εταιρείες να προσπαθούν να περιορίσουν τις δαπάνες.

Οι **αμφιλεγόμενες πρακτικές χρέωσης** είναι ένα άλλο σημείο έντασης στη σχέση μεταξύ παρόχων και ασφαλιστικών εταιρειών. Οι πάροχοι υγείας ενδέχεται να εφαρμόζουν πρακτικές όπως υπερχρεώσεις για υπηρεσίες ή περιττές θεραπείες για να αυξήσουν τα έσοδά τους. Οι ασφαλιστικές εταιρείες, από την πλευρά τους, μπορεί να αντιδρούν με αυστηρότερους ελέγχους και κανονισμούς, καθυστερώντας ή απορρίπτοντας πληρωμές.

Οι **καθυστερήσεις στις πληρωμές** από τις ασφαλιστικές εταιρείες είναι ένα ακόμη, σημαντικό πρόβλημα για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, καθώς αυτοί εξαρτώνται από τις πληρωμές των ασφαλιστικών εταιρειών για τη διατήρηση της λειτουργίας τους και την κάλυψη των εξόδων τους. Όταν οι πληρωμές καθυστερούν, οι πάροχοι μπορεί να αντιμετωπίσουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, επηρεάζοντας την ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι καθυστερήσεις στις πληρωμές μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους, όπως οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, οι έλεγχοι εγκυρότητας των απαιτήσεων ή οι οικονομικές δυσκολίες των ασφαλιστικών εταιρειών.

Η **έλλειψη διαφάνειας και επικοινωνίας** μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασφαλιστικών εταιρειών είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στις προβληματικές σχέσεις. Οι πάροχοι συχνά παραπονιούνται ότι οι διαδικασίες αποζημίωσης είναι περίπλοκες και ασαφείς, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν ποια υπηρεσία θα καλυφθεί και σε ποιο βαθμό. Οι ασφαλιστικές εταιρείες, από την άλλη πλευρά, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση των χρεώσεων και των πρακτικών των παρόχων.

Η απουσία ενός ξεκάθαρα και διαφανούς πλαισίου συνεργασίας και ουσιαστικής επικοινωνίας δυσχεραίνει την αποτελεσματική παροχή υγειονομικής περίθαλψης και την ομαλή λειτουργία του συστήματος.

4) Νομική Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασφαλισμένων

Συχνά, οι πολίτες δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση διαφοράς με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Η έλλειψη ενημέρωσης και η πολυπλοκότητα των νομικών διαδικασιών αποθαρρύνουν τους ασφαλισμένους από το να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, οδηγώντας σε καταστάσεις αδικίας και εκμετάλλευσης.

Τα δικαιώματα των ασφαλισμένων πρέπει να προστατεύονται από το νομικό σύστημα για να διασφαλίζεται η δίκαιη και αποτελεσματική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα:

Ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα των ασφαλισμένων είναι η **πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας**. Το νομικό πλαίσιο πρέπει να διασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση ή την γεωγραφική τους θέση. Αυτό περιλαμβάνει την υποχρέωση των ασφαλιστικών εταιρειών να παρέχουν ένα ελάχιστο επίπεδο κάλυψης και να μην αρνούνται την ασφάλιση ή την παροχή υπηρεσιών με βάση προϋπάρχουσες συνθήκες υγείας.

Τα ασφάλιστρα ζωής και υγείας θα πρέπει να μην έχουν **υπερβολική τιμή** και να είναι σχετικά σταθερά για ένα χρονικό διάστημα. Οι εταιρείες αρχικά, βάσει της μελέτης της αγοράς και του ανταγωνισμού, καθορίζουν ένα μικτό ασφάλιστρο το οποίο δοκιμάζεται κατά πόσο ανταποκρίνεται στους στόχους και τις συνθήκες. Το ασφάλιστρο πρέπει να χαρακτηρίζεται ως επαρκές, αφού οφείλει να μπορεί να καλύψει τις υποχρεώσεις της εταιρείας προς τον πελάτη. Πρακτικά, τα ασφάλιστρα συγκεντρώνονται από την εταιρεία και χρησιμοποιούνται για την κάλυψη μελλοντικών αναγκών. Σημαντικό είναι να γίνει σωστή εκτίμηση των μελλοντικών κινδύνων και να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα άρα τα συλλεγόμενα ασφάλιστρα να μπορούν να ξεπερνούν τους κινδύνους, σε σημείο τέτοιο όμως που να μην λειτουργούν σε βάρος των ασφαλισμένων για την ικανοποίηση της αισχροκέρδιας των εταιρειών. Υπάρχουν και παράγοντες που επηρεάζουν το ασφάλιστρο, ώστε να χαρακτηρίζεται η ασφάλιση από δικαιοσύνη. Κάθε άτομο έχει διαφορετική κάλυψη που διαφοροποιείται από την κατάσταση της υγείας του, τον τρόπο ζωής του (κάπνισμα, παχυσαρκία), ιατρικό ιστορικό οικογένειας και ατόμου, οικονομική κατάσταση, επάγγελμα, φύλο, ηλικία, συχνότητα μετακινήσεων, οικογενειακή κατάσταση κ.ά. Όσο πιο επιβαρυνμένοι είναι οι παράγοντες αυτοί τόσο πιο εύκολο για τον ασφαλιστή θα είναι να αποφασίσει την ποσοστιαία αύξηση του ασφάλιστρου του ατόμου. Τέλος, το ασφάλιστρο δεν πρέπει να έχει μεγάλη διαφορά τιμής έναντι των ανταγωνιστών διότι έτσι οι πελάτες θα κατευθυνθούν και θα απευθυνθούν σε άλλη εταιρεία και έτσι η εταιρεία θα ζημιωθεί από την απώλεια πελατών.

Έπειτα, οι ασφαλισμένοι πρέπει να προστατεύονται από **αθέμιτες και παραπλανητικές πρακτικές** που μπορεί να εφαρμόζονται από ασφαλιστικές εταιρείες. Αυτό περιλαμβάνει την προστασία από ψευδείς δηλώσεις, την μη αποκάλυψη σημαντικών πληροφοριών και την άδικη απόρριψη αιτημάτων αποζημίωσης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες υποχρεούνται να παρέχουν σαφείς και κατανοητές πληροφορίες σχετικά με τις πολιτικές τους, τις καλύψεις και τις εξαιρέσεις. Η νομοθεσία πρέπει να επιβάλλει αυστηρούς κανονισμούς και ποινές για τις ασφαλιστικές εταιρείες που δεν τηρούν τις δεοντολογικές πρακτικές.

Οι ασφαλιστικοί όροι που ενσωματώνονται στις ασφαλιστικές συμβάσεις **συγκεντρώνουν χαρακτηριστικά των Γενικών Όρων Συναλλαγών (ΓΟΣ)**, δηλαδή πρόκειται για προδιατυπωμένους μονομερώς συμβατικούς όρους που προορίζονται για ομοιόμορφη και πολλαπλή χρήση, τους οποίους ο ένας συμβαλλόμενος επιβάλλει στον άλλον κατά την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης, χωρίς ατομική διαπραγμάτευση. (Σινανιώτη - Μαρούδη, 2024). Οι ασφαλιστικοί όροι ελέγχονται από τον Ν.2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή, τον ΑσφΝ και συμπληρωματικά από τις αρχές της καλής πίστης και των συναλλακτικών ηθών (281, 288, 388 ΑΚ).

Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1 του Ν.2251/1994 **όροι που έχουν διατυπωθεί εκ των προτέρων** για μελλοντικές συμβάσεις (γενικοί όροι των συναλλαγών), **δεν δεσμεύουν** τον καταναλωτή, εάν κατά την κατάρτιση της σύμβασης τους αγνοούσε ανυπαίτως, όπως, ιδίως, όταν ο προμηθευτής δεν του υπέδειξε την ύπαρξη τους ή του στέρησε τη δυνατότητα να λάβει πραγματική γνώση του περιεχομένου τους. Κατά την ερμηνεία των γενικών όρων συναλλαγών λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη προστασίας των καταναλωτών. Γενικοί όροι συναλλαγών που

διατυπώθηκαν μονομερώς από τον προμηθευτή ή από τρίτον για λογαριασμό του, σε περίπτωση αμφιβολίας **ερμηνεύονται υπέρ του καταναλωτή**. (άρ. 2 παρ.4) . Ακόμη, στο άρθρο 2 παρ. 6 του Νόμου σχετικά με τις καταχρηστικές ρήτρες στις καταναλωτικές συμβάσεις ορίζεται ότι οι γενικοί όροι συναλλαγών που έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική διατάραξη της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή απαγορεύονται και είναι άκυροι. Ο καταχρηστικός χαρακτήρας γενικού όρου ενσωματωμένου σε σύμβαση κρίνεται αφού ληφθούν υπόψη η φύση των αγαθών ή υπηρεσιών που αφορά η σύμβαση, ο σκοπός της, το σύνολο των ειδικών συνθηκών κατά τη σύναψή της και όλες οι υπόλοιπες ρήτρες της σύμβασης ή άλλης σύμβασης από την οποία αυτή εξαρτάται.

Ο ανωτέρω νόμος του Ν.2251/1994 αποτελεί ενσωμάτωση στο εθνικό δίκαιο της Οδηγίας 93/13/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 5-4-1993 "σχετικά με τις καταχρηστικές ρήτρες συμβάσεων που συνάπτονται με τους καταναλωτές". Στο άρθρο 3 παρ. 1 της προαναφερόμενης οδηγίας ορίζεται, ότι "ρήτρα σύμβασης που δεν αποτέλεσε αντικείμενο ατομικής διαπραγμάτευσης, θεωρείται καταχρηστική, όταν, παρά την απαίτηση της καλής πίστης, δημιουργεί εις βάρος του καταναλωτή σημαντική ανισορροπία ανάμεσα στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των μερών, τα απορρέοντα από τη σύμβαση". Τα συμφέροντα, η διατάραξη της ισορροπίας των οποίων εις βάρος του καταναλωτή, μπορεί να χαρακτηρίσει ένα γενικό όρο άκυρο ως καταχρηστικό, πρέπει να είναι ουσιώδη, η διατάραξη δε αυτή πρέπει να είναι σημαντική (ΟΛΑΠ 15/2007) σύμφωνα με τις αρχές της καλής πίστωσης. Προς τούτο λαμβάνονται υπόψη τα συμφέροντα των συμβαλλόμενων στη συγκεκριμένη σύμβαση μερών (Απόφαση 1785 / 2022, Άρειος Πάγος).

Ένταξη των ασφαλιστικών όρων στην ασφαλιστική σύμβαση ρυθμίζεται από το άρ. 2 παρ. 4 του ΑσφΝ. Όταν στη σύμβαση εμπεριέχονται γενικοί ή ειδικοί ασφαλιστικοί όροι ο ασφαλιστής οφείλει να μνημονεύσει την ύπαρξη αυτών στο τμήμα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου όπου αναγράφονται τα εξατομικευμένα στοιχεία της σύμβασης και να τους παραδώσει στον ασφαλισμένο μαζί με το ασφαλιστήριο. Υπάρχει δηλαδή, διττή υποχρέωση του ασφαλιστή αφενός να αναγράψει στην πρώτη σελίδα του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ότι η σύμβαση διέπεται από τους συνημμένους ασφαλιστικούς όρους και αφετέρου να παραδώσει στον λήπτη της ασφάλισης του ασφαλιστικούς όρους το αργότερο μέχρι και την παράδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου (άρ. 2 παρ. 6 ΑσφΝ). Συμπληρωματικά, ο ασφαλιστής φέρει την υποχρέωση να παρέχει πληροφορίες στον αντισυμβαλλόμενο του ασχέτως αν το ζήτησε ή όχι ο αιτών την ασφάλιση (**δικαίωμα πληροφόρησης**).

Όλοι οι όροι του ασφαλιστηρίου πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εύλογα συμφέροντα του λήπτη της ασφάλισης και του ασφαλισμένου και να γράφονται με σαφήνεια και με ευδιάκριτα στοιχεία. (άρ. 2 παρ. 8 ΑσφΝ). Κάθε δικαιοπραξία που περιορίζει τα δικαιώματα του λήπτη της ασφάλισης, του ασφαλισμένου ή του δικαιούχου του ασφαλίματος είναι άκυρη, εκτός αν ορίζεται κάτι άλλο ειδικά στον παρόντα νόμο ή αν πρόκειται για ασφάλιση μεταφοράς πραγμάτων, πίστωσης ή εγγύησης, καθώς και θαλάσσια ή αεροπορική ασφάλιση ζημιών. (άρ. 33 παρ. 1 ΑσφΝ).

Συμβατικές **ρήτρες αναπροσαρμογής σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας** μπορούν να εξαρτούν την αναπροσαρμογή από αντικειμενικούς παράγοντες, που στηρίζονται στην αρχή της καταλληλότητας, ήτοι σε πραγματικά και επίκαιρα δεδομένα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, όπως η ηλικία του ασφαλισμένου και δείκτες σαφείς, αντικειμενικούς και επαληθεύσιμους από τα συμβαλλόμενα μέρη, οι οποίοι διαμορφώνουν την τελική τιμή του ασφαλιστρού ανά έτος (άρ. 2α παρ. 1 Ν.2251/1994). Σε περίπτωση που η αναπροσαρμογή ευρίσκεται εκτός των ορίων των παραγόντων και δεικτών της παρ. 1, οι ασφαλιστικές εταιρίες οφείλουν να ενημερώνουν τους λήπτες της ασφάλισης για το ύψος της αναπροσαρμογής των ασφαλιστρού, παρέχοντας διευκρινίσεις για την απόκλιση από τα όρια των παραγόντων και

δεικτών της παρ. 1. Η ενημέρωση γίνεται από την ασφαλιστική εταιρία εντός προθεσμίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημερολογιακών ημερών πριν από κάθε επερχόμενη αναπροσαρμογή.

Το **π.δ. 13/2022** το οποίο εκδόθηκε κατόπιν νομοθετικής εξουσιοδότησης του άρ. 2^α παρ. 1 Ν.2251/1994 θεσπίζει παράγοντες που λαμβάνονται υπόψιν **για τον υπολογισμό του Ενιαίου Δείκτη Υγείας (ΕΔΥ)**. Πρόκειται για μια αριθμητική τιμή με βάση την οποία δύνανται να **αναπροσαρμόζονται ετησίως τα ασφάλιστρα σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας** κατά το άρ. 2α παρ. 1 Ν.2251/1994. Ο ΕΔΥ καταρτίζεται ετησίως από το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), από τον οποίο προκύπτει η μέση ετήσια ποσοστιαία μεταβολή, σε σχέση με την τιμή του προηγούμενου έτους, των δαπανών νοσηλείας που καταβάλλονται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στο πλαίσιο των μακροχρόνιων συμβάσεων ασφάλισης υγείας. Τα στοιχεία που λαμβάνονται υπόψιν για τον υπολογισμό του ΕΔΥ είναι:

- Ημερομηνία – χρονικό σημείο αναφοράς που όλα τα παρακάτω είχαν τις συγκεκριμένες τιμές
- Ηλικία ασφαλισμένων και αποζημιούμενων
- Ημερομηνίες ισχύος των ασφαλίσεων
- Ημερομηνίες αναγγελίας των περιστατικών για τα οποία καταβλήθηκε αποζημίωση
- Τα όρια κάλυψης που προβλέπονται από τα προγράμματα ασφάλισης καθώς και τα ποσά ενδεχόμενης συμμετοχής του ασφαλισμένου στο συνολικό κόστος
- Τα συνολικά ποσά που καταβλήθηκαν από την ασφαλιστική εταιρεία σε περίπτωση αποζημίωσης
- Εκκρεμείς αποζημιώσεις – ποσά που οφείλονται αλλά δεν έχουν ακόμη καταβληθεί.

Για τον υπολογισμό του ΕΔΥ λαμβάνονται υπόψιν τα δεδομένα εισόδου που αντλούνται από το χαρτοφυλάκιο ασφαλιστηρίων συμβολαίων με μακροχρόνια ατομικά νοσοκομειακά προγράμματα και από τις αντίστοιχες αποζημιώσεις όλων των συνεισφερουσών επιχειρήσεων. Τα δεδομένα εισόδου περιλαμβάνουν τους παράγοντες αναπροσαρμογής μακροχρόνιων συμβάσεων ασφάλισης. Η παροχή των δεδομένων εισόδου πραγματοποιείται σε αυστηρά ανωνυμοποιημένη βάση ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν είναι δυνατή η διάγνωση της ταυτότητας των ασφαλισμένων, ενώ προβλέπονται και αναλυτικά αρχές διαχείρισης των δεδομένων εισόδου και μεθοδολογία εξαγωγής του ΕΔΥ (άρ. 5 π.δ. 13/2022).

Σημαντική παράμετρος για τη νομιμότητα της ρήτρας αναπροσαρμογής είναι να μην θέτει τον καταναλωτή ή αντίστοιχα τον λήπτη της ασφάλισης σε διαφορετική συμβατική θέση σε σύγκριση με αυτή που κατείχε σύμφωνα με την αρχική συμβατική ισορροπία (Απόφαση 26.11.2015, C-326/14, A1 Telecom, Ψηφιακή Συλλογή, ΣΚ 27).

Αν η συμβατική ρήτρα για την αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών είναι ασαφής ή ελλιπής ή αν έχει προβλεφθεί κατά τρόπο που δεν πληροί τις αρχές της διαφάνειας και της καταλληλότητας κατά την παρ. 1, χωρεί εκ του νόμου αναπροσαρμογή σύμφωνα με τους παράγοντες και δείκτες της παρ. 1, μόνο εάν ο λήπτης της ασφάλισης ενημερωθεί για κάθε επερχόμενη αναπροσαρμογή και τον τρόπο με τον οποίο αυτή υπολογίζεται εντός προθεσμίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημερολογιακών ημερών πριν τη θέση σε ισχύ της επερχόμενης αναπροσαρμογής. Στην περίπτωση που ο λήπτης της ασφάλισης δεν συμφωνεί με την αναπροσαρμογή, μπορεί να καταγγείλει την ασφαλιστική σύμβαση, εντός αποκλειστικής προθεσμίας τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη γνωστοποίηση της αναπροσαρμογής. Τα αποτελέσματα της καταγγελίας επέρχονται με τη λήξη της περιόδου υπολογισμού του τρέχοντος ασφαλιστρου. (άρ. 2α παρ. 3 Ν.2251/1994).

Η **δυνατότητα προσφυγής στα δικαστήρια της χώρας** αποτελεί σημαντικό όπλο για την προστασία των δικαιωμάτων των ασφαλισμένων. Οι ασφαλισμένοι πρέπει να έχουν τη

δυνατότητα να προσφύγουν σε περίπτωση διαφωνίας με την ασφαλιστική εταιρεία, είτε πρόκειται για απόρριψη αποζημίωσης είτε για άλλες αθέμιτες πρακτικές. Η νομοθεσία πρέπει να προβλέπει μηχανισμούς για την επίλυση διαφορών, όπως η προσφυγή σε ανεξάρτητους διαιτητές, η προσφυγή στα δικαστήρια ή η χρήση ειδικών επιτροπών διαιτησίας, μηχανισμούς προσβάσιμους, δίκαιους και αποτελεσματικούς, ώστε οι ασφαλισμένοι να μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους χωρίς υπέρμετρο κόστος ή καθυστερήσεις.

Η **εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των ασφαλισμένων** σχετικά με τα δικαιώματά τους κρίνεται σαφώς επιτακτική. Οι ασφαλισμένοι πρέπει να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και τις διαδικασίες που μπορούν να ακολουθήσουν σε περίπτωση παραβίασης αυτών. Οι κρατικές αρχές, οι καταναλωτικές οργανώσεις και οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να συνεργάζονται για την παροχή σαφών και κατανοητών πληροφοριών στους ασφαλισμένους. Το νομοθετικό πλαίσιο πρέπει να διασφαλίζει ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους όπως η έγκαιρη και πλήρη παροχή των καλύψεων που προβλέπονται στα ασφαλιστήρια συμβόλαια, η διαφανής και δίκαιη διαχείριση των αιτημάτων αποζημίωσης και η τήρηση των συμφωνημένων όρων και να παρέχει μηχανισμούς για την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης

5) Προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Η **προστασία των προσωπικών δεδομένων** είναι ένας ακόμη σημαντικός τομέας της νομικής προστασίας των ασφαλισμένων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες συλλέγουν και επεξεργάζονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, όπως ιατρικά αρχεία και οικονομικές πληροφορίες. Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι τα δεδομένα αυτά προστατεύονται από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση και χρήση. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να τηρούν αυστηρούς κανονισμούς για την προστασία της ιδιωτικότητας των ασφαλισμένων και να ενημερώνουν τους ασφαλισμένους για τα δικαιώματά τους σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων.

Τον Απρίλιο του 2016 ψηφίστηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ο Κανονισμός 2016/679 (**General Data Protection Regulation – GDPR**), ο οποίος τέθηκε σε ισχύ 25.05.2018. Το νομοθετικό πλαίσιο αφορά όλες τις επιχειρήσεις, οι οποίες τηρούν και επεξεργάζονται προσωπικά δεδομένα και δη τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις που εκ φύσεως διατηρούν περιουσιακά στοιχεία, δεδομένα υγείας, στοιχεία ταυτοποίησης, αριθμούς τραπεζικών λογαριασμών και άλλες προσωπικές πληροφορίες αναγκαίες στο πλαίσιο των ασφαλιστηρίων συμβολαίων.

Ο Κανονισμός 679/2016 μετέβαλε σε μεγάλο βαθμό το πλαίσιο προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και συγκεκριμένα:

- Ενίσχυσε τον εποπτικό και ελεγκτικό χαρακτήρα των Αρμοδίων Αρχών Προστασίας Δεδομένων, με εργαλείο μια ενιαία νομοθεσία με υψηλές ποινές και πρόστιμα σε περίπτωση μη συμμόρφωσης
- Διεύρυνε τα δικαιώματα των φυσικών προσώπων ως προς την επεξεργασία των δεδομένων τους (δικαίωμα στη φορητότητα, τη διόρθωση, τη λήθη, την εναντίωση κλπ).
- Καθιέρωσε την υποχρέωση των υπευθύνων επεξεργασίας των ΔΠΧ να παρέχουν διαφανείς και εύκολα προσβάσιμες πληροφορίες στα ενδιαφερόμενα υποκείμενα σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων τους.

- Θέσπισε γενικές και ειδικές διατάξεις προστασίας και επεξεργασία των ΔΠΧ (πχ κατάλληλοι μηχανισμοί ασφαλείας, ρήτρες εμπιστευτικότητας κλπ)
- Οδηγεί τις επιχειρήσεις σε στενότερη επαφή και επικοινωνία με την Ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και χαρακτηρίζει τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα ως προσωπικά.

Σε επίπεδο εθνικό θεσπίστηκε ο **Νόμος 4624/2019** «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις.», στο πλαίσιο συμμόρφωσης με το οικείο Ευρωπαϊκό Δίκαιο και ενσωμάτωσης αυτού στο εθνικό, με τον οποίο μάλιστα και συγκεκριμένα με το άρθρο 84 αυτού καταργήθηκε ο προγενέστερος αυτού Νόμος 2472/1997. Στο νέο Νομοθετικό πλαίσιο προστασίας των ΔΠΧ τίθενται λεπτομερέστατα πολύ αυστηρότερες προϋποθέσεις για τη δυνατότητα επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων.

6) Ηλεκτρονική υγεία (eHealth) – Τεχνητή Νοημοσύνη

Αξίζει να σημειώσουμε πως η ανάπτυξη της τεχνολογίας στις μέρες μας έχει ως αποτέλεσμα την ηλεκτρονική υγεία (e-health). Ο όρος ηλεκτρονική υγεία, χρησιμοποιείται κυρίως από το 1999 και μετά για να περιγράψει οποιαδήποτε σχέση μεταξύ υπολογιστών, επικοινωνίας και ιατρικής. Αποτελεί τομέα της ιατρικής πληροφορικής και των τηλεματικών εφαρμογών που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας και πληροφορικής, οι οποίες προσφέρονται ή ενισχύονται μέσω του διαδικτύου και των σχετικών με αυτό τεχνολογιών.

Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός που θα μπορούσαμε να δώσουμε στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth) είναι: «Η eHealth αναφέρεται στη χρήση μοντέρνων τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνίας (ΤΠΕ) ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πολιτών, ασθενών, επαγγελματιών υγείας καθώς και δημιουργών πολιτικών» (European Commission, 2003b).

Η εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και η πρόσβαση στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, στην εθνική τηλεπικοινωνιακή υποδομή μπορεί να ενισχυθεί και να γίνει πιο αποτελεσματική και αποδοτική η φροντίδα υγείας, όσο αφορά την διάγνωση, την θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς. Σε νοσοκομειακό επίπεδο μπορεί να μειωθεί το κόστος λειτουργίας με διαδικασίες σωστής διαχείρισης. Σημείο κλειδί αποτελούν οι πληροφορίες και η τεχνολογία της πληροφορικής. Η χρήση των Τεχνολογιών της Πληροφορικής (ΤΠΕ) στις σημερινές κοινωνίες είναι πλέον δικαίωμα για όλους τους πολίτες και τα κράτη έχουν υποχρέωση να το προσφέρουν ώστε να αποκομίζουν από αυτές το μεγαλύτερο δυνατό όφελος. Το διαδίκτυο δίνει τεράστιες δυνατότητες σε οποιονδήποτε συμμετέχει στην κοινωνία (e-health). Με την πρωτοβουλία αυτή η Ευρώπη προσανατολίζει τις προσπάθειες της σε περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, ώστε η ψηφιακή οικονομία να είναι επωφελής για όλους τους πολίτες (European Commission, 2003, p. 5). Η πρωτοβουλία της Ευρώπης για την ηλεκτρονική υγεία έχει σαν στόχο τη χρησιμοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών για τη βελτίωση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, ιδίως για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της εφαρμογής υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας είναι αρχικά ότι οι ασφαλισμένοι έχουν αυξημένη ελευθερία πρόσβασης στα προσωπικά τους δεδομένα, ενώ συγχρόνως οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης έχουν πρόσβαση σε μεγαλύτερο όγκο

πληροφοριών για τους ασφαλισμένους, σε αναλυτικά δεδομένα για την ασφάλιση υγείας, ασφαλείς μεθόδους επικοινωνίας και ανταλλαγής ιατρικών δεδομένων. Επίσης μειώνεται και ο κίνδυνος κακής χρήσης λόγω των λανθασμένων αποθηκευμένων δεδομένων, αλλά και ο χρόνος που απαιτείται για τις διαδικασίες που χρειάζεται να εφαρμοστούν στην υγεία

Το πεδίο εφαρμογής υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας παρουσιάζει, ωστόσο παρά τα οφέλη ορισμένες αδυναμίες και προβλήματα υλοποίησης εφαρμογών ehealth στην Ελλάδα. Η ελλιπής τεχνογνωσία και υλικοτεχνική υποδομή, το χαμηλό ποσοστό εξοικείωσης των εργαζομένων και των πολιτών με τις σύγχρονες τεχνολογίες, οι συνεχείς οργανωτικές αλλαγές περισσότερο στο διοικητικό κάτι που συμβαίνει με την αλλαγή της ηγεσίας, η υπέρμετρη γραφειοκρατία σε συνδυασμό με την αδιαφορία του Δημόσιου τομέα και την άρνηση για αλλαγές είναι παράγοντες που εμποδίζουν την εξέλιξη του τομέα της υγείας με τη χρήση των νέων τεχνολογιών. Το ουσιαστικότερο δε πρόβλημα είναι ότι προς το παρόν πολύ λίγα πράγματα είναι γνωστά για τα αποτελέσματα των επενδύσεων της ηλεκτρονικής διαχείρισης της ασθένειας, και δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες βασισμένες σε δοκιμές που να αποκαλύπτουν πραγματικά εκτιμήσεις της ποιότητας, της πρόσβασης και της ανάλυσης κόστους – ωφέλειας (cost-benefit analysis).

Η αυξανόμενη ανάπτυξη και χρήση των συστημάτων και εφαρμογών της τεχνολογίας και της τεχνητής νοημοσύνης έχει καταστήσει επιτακτική τη δημιουργία ενός σύγχρονου νομοθετικού πλαισίου, επίκαιρου που θα διέπει την αλληλεπίδρασή της με τον άνθρωπο. Κατά τον σχεδιασμό των νέων τεχνολογιών και κατά τη χρησιμοποίησή τους είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι πτυχές ασφαλείας των χρηστών καθώς και οι πτυχές της επαγγελματικής τους υγείας. Τον Μάρτιο του 2024 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε τον Κανονισμό περί τεχνητής νοημοσύνης που κατοχυρώνει την ασφάλεια των χρηστών και την τήρηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους, λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη της τεχνολογίας όσο και τους κινδύνους που αυτή επιφυλάσσει. Πρόκειται μεταξύ άλλων για εφαρμογές όπως συστήματα βιομετρικής ταυτοποίησης ή αποφάσεις τεχνητής νοημοσύνης που άπτονται σημαντικών προσωπικών συμφερόντων όπως πχ στους τομείς της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, προσλήψεων κλπ. Στον Κανονισμό λαμβάνονται υπόψη οι συστημικοί κίνδυνοι που θα ήταν δυνατό να προκύψουν από μοντέλα τεχνητής νοημοσύνης. Ο Κανονισμός αυτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι το πρώτο ολοκληρωμένο νομοθέτημα παγκοσμίως για την τεχνητή νοημοσύνη.

Παράλληλα με την ευρωπαϊκή νομοθεσία η εθνική νομοθεσία μας διαθέτει ένα σύγχρονο νομικό πλαίσιο για την ορθή αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Στα τέλη Ιουλίου 2022 ψηφίστηκε ο Ν. 4961/2022 για τις αναδυόμενες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών και την ηλεκτρονική διακυβέρνηση, ο οποίος εμπεριέχει διατάξεις στρατηγικού σχεδιασμού και ρυθμίσεις ψηφιακού εκσυγχρονισμού της ελληνικής κοινωνίας και οικονομίας. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η ψηφιοποίηση αυξάνεται διαρκώς, πολλαπλασιάζεται και ο όγκος των δεδομένων που μπορούν να αξιοποιηθούν. Στο πλαίσιο αυτό η Geneva Association επιδιώκει να συμβάλλει στην υπεύθυνη χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στην ασφάλιση και στην αξιοποίηση των ωφελειών της για την κοινωνία. Οι βασικές αρχές που απαιτούνται για την υπεύθυνη χρήση είναι : διαφάνεια και επεξηγησιμότητα, δικαιοσύνη/ίση μεταχείριση, υπευθυνότητα και ιδιωτικότητα.

7) Η χρησιμοποίηση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων από τις Κυβερνήσεις

Τέλος, σημαντικό ζήτημα αποτελεί και η **χρησιμοποίηση των αποθεματικών των ταμείων** και κατ' επέκταση ολόκληρου του ασφαλιστικού θεσμού, **απ' όλες τις κυβερνήσεις** για τη χάραξη και άσκηση κοινωνικής και προνοιακής πολιτικής χωρίς την αντίστοιχη αποζημίωση αυτών, ενώ κάτι τέτοιο θα έπρεπε να γίνει με βάση τα κονδύλια του Κρατικού Προϋπολογισμού.

Οι σύγχρονες κυβερνήσεις ευθύνονται για την κρίση που υφίσταται τις τελευταίες δεκαετίες το ασφαλιστικό μας σύστημα. Είναι υπεύθυνες διότι κατασπατάλησαν τα αποθεματικά των ταμείων για να χρηματοδοτήσουν το τραπεζικό σύστημα και μέσω αυτού τις εμπορικές και βιομηχανικές επιχειρήσεις με «θαλασσοδάνεια», ενώ παράλληλα διαχειρίστηκαν αυτά με τέτοιο τρόπο σαν να αποτελούσαν τμήμα του Κρατικού Προϋπολογισμού. Μεγάλες επίσης, είναι οι ευθύνες των κυβερνήσεων για τις κατά διαστήματα αποφάσεις τους σχετικά με τη ρύθμιση των καθυστερούμενων ασφαλιστικών εισφορών των επιχειρήσεων. Φυσικά, στα ανωτέρω περιλαμβάνεται και η αδιαφορία που επέδειξαν οι κυβερνήσεις να λάβουν χρήσιμα μέτρα για την ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου της εισφοροδιαφυγής και εισφοροκλοπής.

Κρίνεται, λοιπόν, ως επιτακτική ανάγκη η εύρεση λύσεων και τρόπων αντιμετώπισης των αδυναμιών που διακρίνουν το ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας, προκειμένου το τελευταίο να μπορέσει να αποδεσμευτεί από το αδιέξοδο στο οποίο έχει περιέλθει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αδυναμίες του ασφαλιστικού συστήματος υγείας είναι εμφανείς και Για την αντιμετώπιση των παραπάνω ζητημάτων, απαιτούνται μεταρρυθμίσεις και **βελτιώσεις στο πλαίσιο του ασφαλιστικού δικαίου**. Μέσω συντονισμένων προσπαθειών και στοχευμένων παρεμβάσεων, είναι δυνατή η δημιουργία ενός πιο δίκαιου και αποτελεσματικού ασφαλιστικού συστήματος που να καλύπτει τις ανάγκες όλων των πολιτών.

Αρχικά, η **ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας** των ασφαλιστικών οργανισμών είναι απαραίτητη για την αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται κατάλληλα και ότι οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν τις υπηρεσίες και τις καλύψεις που τους αναλογούν.

Η **διαφάνεια** αναφέρεται στην ανοιχτή και ξεκάθαρη επικοινωνία των πολιτικών, των διαδικασιών και των αποφάσεων των ασφαλιστικών οργανισμών προς τους ασφαλισμένους και το κοινό, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω των ακόλουθων μέτρων:

α) Δημοσίευση Πληροφοριών: Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να δημοσιεύουν σαφείς και λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια, τις καλύψεις, τις εξαιρέσεις και τις διαδικασίες αποζημίωσης. Αυτό επιτρέπει στους ασφαλισμένους να κατανοούν πλήρως τους όρους των συμβολαίων τους και να κάνουν ενημερωμένες επιλογές.

Ένα υποχρεωτικό σύστημα δημοσιότητας πρέπει να τηρείται για την προστασία των τρίτων και την ασφάλεια των συναλλαγών. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρ. 21 παρ. 2 του Ν. 4364./2016 στο διαδικτυακό τόπο της Εποπτικής Αρχής δημοσιεύονται οι ακόλουθες πληροφορίες: i) όλες οι διατάξεις της κείμενης περί ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων νομοθεσίας, συμπεριλαμβανομένου του παρόντος νόμου, των οικείων αποφάσεων που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότησή του και των ευρωπαϊκών νομοθετημάτων, ως και κάθε εγκύκλιος, οδηγία ή γενική σύσταση στο πλαίσιο της εφαρμογής των διατάξεων αυτών, ii) τα γενικά κριτήρια και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία εποπτικής αξιολόγησης του άρθρου 25 του παρόντος, περιλαμβανομένων των εποπτικών εργαλείων της παραγράφου 4 του άρθρου 23 του παρόντος, iii) συγκεντρωτικά στατιστικά στοιχεία για βασικές παραμέτρους εφαρμογής του πλαισίου της προληπτικής εποπτείας, iv) ο τρόπος χρήσης των εθνικών διακριτικών ευχερειών της Οδηγίας 2009/138/EK και v) οι στόχοι, οι βασικές λειτουργίες και οι δραστηριότητες εποπτείας.

β) Περιοδικές Αναφορές: Η δημοσίευση περιοδικών αναφορών σχετικά με την οικονομική κατάσταση, τις επενδύσεις και την απόδοση των ασφαλιστικών οργανισμών αυξάνει τη διαφάνεια. Αυτές οι αναφορές πρέπει να περιλαμβάνουν οικονομικούς δείκτες, αποτελέσματα ελέγχων και αξιολογήσεις κινδύνου.

γ) Εκπαίδευση και Ευαισθητοποίηση: Η εκπαίδευση των ασφαλισμένων σχετικά με τα δικαιώματά τους, τις υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών και τις διαδικασίες αποζημίωσης συμβάλλει στην ενίσχυση της διαφάνειας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να παρέχουν εκπαιδευτικό υλικό, σεμινάρια και ανοικτές γραμμές επικοινωνίας για να βοηθήσουν τους ασφαλισμένους να κατανοήσουν καλύτερα τις πολιτικές και τις πρακτικές τους.

Η **λογοδοσία** αφορά την ευθύνη των ασφαλιστικών οργανισμών να εξηγούν και να αιτιολογούν τις αποφάσεις και τις πράξεις τους στους ασφαλισμένους, τους ρυθμιστικούς φορείς και το κοινό. Η ενίσχυση της λογοδοσίας μπορεί να επιτευχθεί μέσω των εξής μέτρων:

α) Εσωτερικοί και Εξωτερικοί Έλεγχοι: Οι τακτικοί εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι διασφαλίζουν ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες τηρούν τις νομοθετικές και κανονιστικές απαιτήσεις και εφαρμόζουν τις βέλτιστες πρακτικές. Οι εκθέσεις των ελέγχων πρέπει να είναι διαθέσιμες στο κοινό και να περιλαμβάνουν λεπτομέρειες σχετικά με την οικονομική διαχείριση, τις επενδύσεις και τις διαδικασίες αποζημίωσης.

β) Ρυθμιστική Επιτήρηση: Οι ρυθμιστικές αρχές πρέπει να επιβλέπουν και να ελέγχουν τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών, επιβάλλοντας κυρώσεις σε περιπτώσεις μη συμμόρφωσης. Η ύπαρξη αυστηρών κανονισμών και η αυστηρή επιβολή τους συμβάλλουν στη διασφάλιση της λογοδοσίας των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι εποπτικές αρχές χρειάζεται, επίσης, να χρησιμοποιούν νέες και πιο βελτιωμένες τεχνικές για τον έλεγχο των ασφαλιστικών εταιρειών, η αξιοπιστία των οποίων έχει σαφή επίπτωση στην χρηματοοικονομική αγορά, δεδομένου ότι αυτά τα ιδρύματα αποτελούν συγχρόνως μεγάλους και κύριους επενδυτές.

Το σημαντικότερο σημείο αναφοράς για μια ασφαλιστική επιχείρηση είναι η **φερεγγυότητά της ή διαφορετικά η οικονομική της ευρωστία**. Μια ασφαλιστική επιχείρηση έχει βασικές υποχρεώσεις που είναι οι αναμενόμενες ασφαλιστικές της απαιτήσεις και οι συναφείς της δαπάνες, οι οποίες βέβαια ως απλές εκτιμήσεις ενέχουν την πιθανότητα λάθους. Προκειμένου να διασφαλιστούν οι αντισυμβαλλόμενοι, απαιτείται οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να διαθέτουν ένα ορισμένο ποσό επιπρόσθετων περιουσιακών στοιχείων ως εφεδρεία, το οποίο ονομάζεται «Περιθώριο Φερεγγυότητας». Στο πλαίσιο αυτό, του ομοίωμορφου και ορθού υπολογισμού της φερεγγυότητας των ασφαλιστικών εταιρειών, η Ευρωπαϊκή θέσπισε την Οδηγία Solvency I (2004) και αργότερα **την Solvency II (2015)** για να διορθώσει τις αδυναμίες της πρώτης. Με το νέο αυτό νομοθετικό καθεστώς στόχος ήταν η αποτελεσματικότερη εποπτεία των ασφαλιστικών εταιρειών, η εναρμόνιση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων υπολογισμού της φερεγγυότητας και ο πληρέστερος υπολογισμός, ο καθαρισμός των κινδύνων προς αξιολόγηση, η προστασία του λήπτη της ασφάλισης και η προώθηση μιας καλύτερης ρύθμισης.

Στην Ελλάδα οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις υπόκεινται σε εποπτεία σύμφωνα με τον **N.4364/2016**, όπου αρμόδια Εποπτική Αρχή εποπτεύει την ορθή λειτουργία της αγοράς των ασφαλίσεων και διασφαλίζει τη συμμόρφωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων με τις διατάξεις του Νόμου. Σκοπός της εποπτείας κατά το άρ. 19 παρ. 2 του N.4364/2016 είναι η προστασία των ληπτών της ασφάλισης. Η άσκηση της εποπτείας πραγματοποιείται επί τη βάση διερευνητικής και βασισμένης στον κίνδυνο προσέγγισης και διέπεται από τις αρχές της αναλογικότητας, της διαφάνειας, της εμπιστευτικότητας και της ευθύνης (άρ. 19 παρ. 7 και 21 του N.4364/2016).

γ) Μηχανισμοί Παραπόνων και Επίλυσης Διαφορών: Η ύπαρξη ανεξάρτητων μηχανισμών για την υποβολή και την εξέταση παραπόνων από τους ασφαλισμένους ενισχύει τη λογοδοσία. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι ασφαλισμένοι έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτούς τους μηχανισμούς και ότι τα παράπονα εξετάζονται γρήγορα και δίκαια.

δ) Κοινωνική Ευθύνη και Δεοντολογία: Η εφαρμογή πολιτικών εταιρικής κοινωνικής ευθύνης και δεοντολογίας συμβάλλει στη λογοδοσία των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι εταιρείες πρέπει να δεσμεύονται σε υψηλά πρότυπα ηθικής και κοινωνικής ευθύνης, λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις των αποφάσεών τους στους ασφαλισμένους, την

κοινωνία και το περιβάλλον. Κατά την άσκηση της δραστηριότητας τους οφείλουν να ενεργούν πάντοτε με έντιμο, αμερόληπτο και επαγγελματικό τρόπο, με γνώμονα την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των συμφερόντων του πελάτη. Σε αυτά προστίθεται η υποχρέωση των ασφαλιστικών εταιρειών να επεξηγούν στον πελάτη τους όρους των ασφαλιστικών συμβάσεων που προτείνουν, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του λήπτη της ασφάλισης και να διασφαλίζουν ότι η πληροφόρηση που λαμβάνει ο πελάτης είναι έγκαιρη, πλήρης, ορθή, επαρκής και κατάλληλη.

Η ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας, κατά τα ανωτέρω, έχει σαφώς πολλαπλά οφέλη τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς οικοδομείται ένα **κλίμα εμπιστοσύνης** μεταξύ των ασφαλισμένων και των ασφαλιστικών εταιρειών. Οι ασφαλισμένοι αισθάνονται πιο ασφαλείς και προστατευμένοι όταν γνωρίζουν ότι οι εταιρείες λειτουργούν με διαφάνεια και λογοδοτούν για τις πράξεις τους. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η **αξιοπιστία** του ασφαλιστικού συστήματος. Η σαφής, επίσης, επικοινωνία των πολιτικών και των διαδικασιών **μειώνει τις πιθανότητες παρανοήσεων και συγκρούσεων** μεταξύ των ασφαλισμένων και των ασφαλιστικών εταιρειών. Οι ασφαλισμένοι γνωρίζουν εκ των προτέρων τι να αναμένουν και ποιες είναι οι διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση διαφωνίας. Συγχρόνως, η διαφάνεια και η λογοδοσία συμβάλλουν στη **βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών**, καθώς οι ασφαλιστικές εταιρείες υποχρεώνονται να τηρούν υψηλά πρότυπα και να εφαρμόζουν βέλτιστες πρακτικές. Αυτό ενισχύει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Και φυσικά, οι ασφαλιστικές εταιρείες που λειτουργούν με διαφάνεια μπορούν να διαφοροποιηθούν θετικά στην αγορά, προσελκύοντας περισσότερους πελάτες και **ενισχύοντας την ανταγωνιστικότητά τους**. Οι καταναλωτές είναι πιο πιθανό να επιλέξουν εταιρείες που λειτουργούν με ανοιχτό και δίκαιο τρόπο.

Δεύτερον, η **καθιέρωση ενός δικαιότερου και πιο προσβάσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με μείωση των ιδιωτικών συμμετοχών και αύξηση των παροχών**, μπορεί να βελτιώσει την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, επιδιώκοντας να εξισορροπήσει τις ανισότητες.

Οι **ιδιωτικές συμμετοχές** αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για πολλούς ασθενείς που χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη. Η μείωση αυτών των συμμετοχών είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση της προσβασιμότητας και την ελάφρυνση του οικονομικού βάρους που φέρουν οι πολίτες.

α) Οικονομική Ανακούφιση των Ασθενών: Η μείωση των ιδιωτικών συμμετοχών βοηθά στην οικονομική ανακούφιση των ασθενών, ειδικά εκείνων με χαμηλότερα εισοδήματα ή σοβαρές χρόνιες ασθένειες. Αυτό διασφαλίζει ότι κανένας ασθενής δεν θα αποφύγει να λάβει την απαραίτητη ιατρική φροντίδα λόγω οικονομικών δυσκολιών.

β) Πρόληψη και Έγκαιρη Παρέμβαση: Όταν οι ασθενείς δεν επιβαρύνονται με υψηλές συμμετοχές, είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια εγκαίρως, προλαμβάνοντας σοβαρότερες καταστάσεις. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη διαχείριση των ασθενειών και σε χαμηλότερο συνολικό κόστος για το σύστημα υγείας.

γ) Μείωση της Ανισότητας στην Υγεία: Η υψηλή οικονομική επιβάρυνση ενισχύει τις ανισότητες στην υγεία, με τους πλουσιότερους να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες. Η μείωση των ιδιωτικών συμμετοχών συμβάλλει στην εξάλειψη αυτών των ανισοτήτων, προσφέροντας ίσες ευκαιρίες σε όλους τους πολίτες.

Η **αύξηση των παροχών** είναι ουσιαστική για την ενίσχυση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή περισσότερων υπηρεσιών και τη βελτίωση της ποιότητας των υφιστάμενων υπηρεσιών.

α) Επέκταση των Καλύψεων: Η αύξηση των παροχών σημαίνει επέκταση των καλύψεων για να περιλαμβάνονται περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα και θεραπείες. Αυτό βοηθά στην αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών της κοινωνίας και στη βελτίωση της γενικής υγείας του πληθυσμού.

β) Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών: Η επένδυση σε καλύτερες υποδομές, εξοπλισμό και κατάρτιση του προσωπικού βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς επωφελούνται από πιο αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα, μειώνοντας τις πιθανότητες επιπλοκών και επαναλαμβανόμενων νοσηλείων.

γ) Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Η αύξηση των παροχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Επίσης, μειώνει την ανάγκη για πιο δαπανηρές δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες.

Για την επίτευξη ενός δικαιότερου και πιο προσβάσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μπορούν να εφαρμοστούν διάφορες στρατηγικές και πολιτικές:

α) Δημόσια Χρηματοδότηση: Η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη είναι κρίσιμη. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αύξησης των φόρων ή της ανακατανομής των δημόσιων πόρων. Οι κυβερνήσεις πρέπει να δεσμευτούν για την παροχή επαρκούς χρηματοδότησης για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

β) Κοινωνική Ασφάλιση: Η ενίσχυση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να προσφέρει ευρύτερη κάλυψη και να μειώσει τις ιδιωτικές συμμετοχές. Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να επεκταθούν για να καλύπτουν περισσότερους πολίτες, ειδικά τους οικονομικά ασθενέστερους.

γ) Καθολική Κάλυψη Υγείας: Η υιοθέτηση πολιτικών για την καθολική κάλυψη υγείας εξασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες υγειονομικές υπηρεσίες χωρίς οικονομικά εμπόδια. Αυτό περιλαμβάνει την κάλυψη βασικών υγειονομικών υπηρεσιών, φαρμάκων και θεραπειών για όλους τους πολίτες.

δ) Ρύθμιση των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών: Οι κυβερνήσεις πρέπει να επιβλέπουν και να ρυθμίζουν τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για να διασφαλίσουν ότι τηρούν τις δεοντολογικές πρακτικές και παρέχουν δίκαιες και προσίτες υπηρεσίες. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την επιβολή ανώτατων ορίων στις ιδιωτικές συμμετοχές και την υποχρέωση κάλυψης συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας.

ε) Συμμετοχή της Κοινότητας: Η συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και τη δικαιοσύνη του συστήματος. Οι πολίτες πρέπει να έχουν λόγο στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας και στην παρακολούθηση της εφαρμογής τους.

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

Μέσω της αειφόρου ασφάλισης παρέχεται οικονομική προστασία από τα έξοδα και τα κόστη των συστημάτων υγείας για όλους, έχοντας ως στόχο την **ισότιμη πρόσβαση**.

Η **καθολικότητα** προωθήθηκε με τον **N.4368/16** (τροποποιήθηκε από άρθρο 38 Ν.4865/2021). Αντί να υπάρξει μια γενική πρόβλεψη για **καθολική κάλυψη του πληθυσμού κατά της ασθένειας** –κάτι που θα ήταν το ορθό–, φθάσαμε σε μια μορφή καθολικότητας μέσω προστασίας ασφαλισμένων και ανασφάλιστων. Ο τρόπος αυτός αφήνει, ωστόσο, πάντα ακάλυπτες «χαραμάδες». Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν πλέον δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε δημόσιες δομές υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής/ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (άρθρο 33). Η εν λόγω διάταξη ενοποίησε όλες τις ομάδες που βρίσκονταν εκτός του συστήματος προστασίας (άνεργοι, ασφαλισμένοι με οφειλές στα Ταμεία, μετανάστες, ευάλωτοι πολίτες). Η χορήγηση περίθαλψης δεν εξαρτάται από εισοδηματικά ή περιουσιακά όρια –εκτός της εξαίρεσης των οικονομικά αδυνάμων από τη συμμετοχή στις δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους, που εμπίπτουν στο πλαίσιο της παρ. 2 του άρθρου 12 Ν. 3816/10, παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ. Με βάση το νέο σύστημα συνταγογράφησης οι οικονομικά αδύναμοι ανασφάλιστοι δικαιούνται μηδενικής συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, εφόσον το εισόδημά τους δεν υπερβαίνει ένα όριο εισοδήματος Έτσι, έγινε ακόμη ένα βήμα προς την κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης του αγαθού της υγείας.

Προς την κατεύθυνση της καθολικότητας της προστασίας συνηγορούν βασικές διεθνείς συμβάσεις που εγγυώνται, άμεσα ή έμμεσα, το δικαίωμα στην υγεία για όλους, συμπεριλαμβανομένων και των παράνομων μεταναστών. Στο Προοίμιο του **Καταστατικού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (22.07.1946)** διακηρύσσεται ότι η απόλαυση της καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής θέσης. Στην προέκταση της προηγούμενης διακήρυξης το **άρθρο 25 παρ. 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης** ανάγει σε υποκείμενο της προστασίας της υγείας το κάθε πρόσωπο. Για την επέκταση, μάλιστα, της προστασίας της υγείας και στους παράνομους μετανάστες έχει αποφανθεί, άλλωστε, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Κοινωνικών Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης. Όταν διακυβεύεται το αγαθό της υγείας που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την αξιοπρέπεια και την ίδια τη ζωή δεν νοείται κανενός είδους διάκριση. Παρά το βαρύ υπερνομοθετικό οπλοστάσιο, η πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές εξαρτάται από το νόμιμο της διαμονής τους. Ειδικότερα, για την πρόσβαση στην κοινωνική προστασία (στο σύνολό της) με προϋπόθεση το νόμιμο της διαμονής θεσμοθετήθηκε με το **άρθρο 26 παρ. 1 του Ν. 4251/14 Κώδικα Μετανάστευσης** (τροποποίησε το άρθρο 84 παρ. 1 του Ν.3386/05). Πρόσφατα, ωστόσο, το ΣτΕ απέρριψε την εξάρτηση της πρόσβασης στις παροχές από την απόδειξη της νόμιμης διαμονής (άδεια παραμονής). Οι παράνομοι μετανάστες είναι κι αυτοί ασθενείς που προστρέχουν στις υπηρεσίες των ιατρών, όπως υπαγορεύουν οι δεοντολογικοί ιατρικοί κανόνες. Έτσι, στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, κάθε νοσοκομειακός ασθενής έχει δικαίωμα παροχής φροντίδας σε αυτόν. Οι γιατροί ακολουθώντας τον **Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας** (άρθρα 2 παρ. 3 και 4 Ν. 3418/2005) οφείλουν να επιδεικνύουν προς όλους τους ασθενείς την ίδια επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τη σοβαρότητα της νόσου εκάστου, ανεξάρτητα των προσωπικών αισθημάτων τους (Άγγελος Στεργίου 2024, Syntagmawatch.gr).

Τρίτον, η **ενίσχυση της νομικής προστασίας των ασφαλισμένων και η απλούστευση των διαδικασιών διεκδίκησης δικαιωμάτων** μπορούν να διασφαλίσουν την δικαιοσύνη και την

ακεραιότητα του συστήματος. Συμβάλλουν στη διασφάλιση ότι οι ασφαλισμένοι έχουν πρόσβαση στα δικαιώματά τους χωρίς περιττές δυσκολίες και καθυστερήσεις.

Η νομική προστασία των ασφαλισμένων περιλαμβάνει τη θέσπιση και την εφαρμογή νόμων που διασφαλίζουν τα δικαιώματά τους, προστατεύουν από καταχρηστικές πρακτικές και διασφαλίζουν την πρόσβασή τους στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Τα νομοθετικά πλαίσια πρέπει να καθορίζουν επακριβώς τα δικαιώματα των ασφαλισμένων, τις υποχρεώσεις των ασφαλιστικών εταιρειών και τις διαδικασίες για την επίλυση διαφορών. Οι νόμοι πρέπει να προστατεύουν τους ασφαλισμένους από καταχρηστικές και παραπλανητικές πρακτικές των ασφαλιστικών εταιρειών. Αυτό περιλαμβάνει την απαγόρευση αθέμιτων απορρίψεων αιτήσεων αποζημίωσης, την διαφάνεια στις πληροφορίες που παρέχονται και την προστασία των προσωπικών δεδομένων. Στο πλαίσιο και σε περίπτωση προσβολής των δικαιωμάτων τους οι ασφαλισμένοι πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στη δικαιοσύνη για την προστασία των δικαιωμάτων τους. Αυτό περιλαμβάνει την ύπαρξη ειδικών δικαστηρίων ή επιτροπών για την εξέταση των ασφαλιστικών διαφορών και την παροχή νομικής βοήθειας για τους οικονομικά ασθενέστερους.

Συγχρόνως, δε η **απλούστευση των διαδικασιών διεκδίκησης δικαιωμάτων** βοηθά τους ασφαλισμένους να εξασφαλίσουν τα δικαιώματά τους γρήγορα και χωρίς περιττές δυσκολίες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω των ακόλουθων μέτρων:

α) Καθιέρωση Σαφών Διαδικασιών: Οι διαδικασίες για την υποβολή αιτήσεων αποζημίωσης και την επίλυση διαφορών πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να παρέχουν αναλυτικές οδηγίες και υποδείγματα για την υποβολή αιτήσεων και την διεκδίκηση δικαιωμάτων.

β) Μείωση της Γραφειοκρατίας: Η μείωση της γραφειοκρατίας και των πολύπλοκων διαδικασιών είναι ουσιαστική για την απλούστευση των διαδικασιών. Αυτό περιλαμβάνει την μείωση των απαιτούμενων εγγράφων, την αυτοματοποίηση των διαδικασιών και την χρήση ψηφιακών τεχνολογιών για την υποβολή και την παρακολούθηση των αιτήσεων.

γ) Ταχύτητα στην Επεξεργασία Αιτήσεων: Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να επεξεργάζονται τις αιτήσεις αποζημίωσης και τις προσφυγές γρήγορα και αποτελεσματικά. Η θέσπιση προθεσμιών για την επεξεργασία αιτήσεων και η παρακολούθηση της τήρησής τους μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της αποδοτικότητας.

δ) Υποστήριξη των Ασφαλισμένων: Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να παρέχουν υποστήριξη στους ασφαλισμένους κατά την υποβολή αιτήσεων και την επίλυση διαφορών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, την δημιουργία ειδικών γραφείων εξυπηρέτησης και την παροχή βοήθειας για την συμπλήρωση των απαιτούμενων εγγράφων.

ε) Εναλλακτικοί Μηχανισμοί Επίλυσης Διαφορών: Η ύπαρξη εναλλακτικών μηχανισμών επίλυσης διαφορών, όπως η διαμεσολάβηση και η διαιτησία, μπορεί να διευκολύνει την γρήγορη και δίκαιη επίλυση των διαφορών. Αυτοί οι μηχανισμοί πρέπει να είναι προσβάσιμοι, αξιόπιστοι και δίκαιοι.

Η ενίσχυση της νομικής προστασίας και η απλούστευση των διαδικασιών διεκδίκησης δικαιωμάτων έχει πολλαπλά οφέλη για τους ασφαλισμένους και το σύστημα υγείας συνολικά: Οι ασφαλισμένοι έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη απέναντι στο σύστημα υγείας και στις ασφαλιστικές εταιρείες όταν γνωρίζουν ότι τα δικαιώματά τους προστατεύονται και οι διαδικασίες είναι απλές και δίκαιες. Οι απλοποιημένες διαδικασίες και η ενισχυμένη νομική προστασία διευκολύνουν την πρόσβαση των ασφαλισμένων στις υγειονομικές υπηρεσίες και στις αποζημιώσεις που τους αναλογούν. Οι σαφείς και δίκαιες διαδικασίες μειώνουν τις

πιθανότητες συγκρούσεων μεταξύ των ασφαλισμένων και των ασφαλιστικών εταιρειών, συμβάλλοντας σε ένα πιο αρμονικό και λειτουργικό σύστημα. Η ύπαρξη γρήγορων και αξιόπιστων μηχανισμών επίλυσης διαφορών διασφαλίζει ότι οι ασφαλισμένοι μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους χωρίς υπερβολικό κόστος και καθυστερήσεις.

Μέσω της δημιουργίας σαφών και δίκαιων νομοθετικών πλαισίων, της μείωσης της γραφειοκρατίας και της παροχής υποστήριξης στους ασφαλισμένους, μπορεί να επιτευχθεί ένα σύστημα που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύστημα, καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και γενικότερη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Τέλος, η **οικονομική βιωσιμότητα** των ασφαλιστικών ταμείων απαιτεί επίσης από τις κυβερνήσεις και τους φορείς υγείας να αναζητήσουν νέους τρόπους χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας προκειμένου να διασφαλίσουν την επιβίωσή τους στο μέλλον. Στην Ελλάδα, η πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης είναι πολύ χαμηλότερη από αυτή των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Σε συνδυασμό με το αυξημένο προσδόκιμο ζωής, τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται με σημαντικά μειωμένα έσοδα να καλύψουν για πολλά χρόνια τους συνταξιούχους. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης του ολοένα και ταχύτερα αυξανόμενου γερασμένου πληθυσμού, στην δεύτερη Παγκόσμια Συνέλευση για την Γήρανση το 2002, εγκρίθηκε το διεθνές σχέδιο δράσης για την γήρανση (MIPAA- Madrid International Plan of Action on Aging). Η στρατηγική αυτή προτείνει την **εξέταση των ηλικιωμένων, ως προς την ικανότητά τους να συμμετάσχουν και να επωφελούνται από θέσεις εργασίας** στις οποίες είναι ικανοί να είναι ακόμα παραγωγικοί με αποτέλεσμα να αποσυμφοριστούν τα ταμεία από τον αυξημένο αριθμό συντάξεων ενώ παράλληλα να αυξάνεται κι ο αριθμός των εργαζομένων που καταβάλουν εισφορές. Επίσης, η προώθηση της πρόληψης και της δημόσιας υγείας μπορεί να μειώσει τις μακροπρόθεσμες δαπάνες υγείας, βελτιώνοντας την υγεία του πληθυσμού και μειώνοντας την ανάγκη για δαπανηρές θεραπείες. Η βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, μέσω της χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής και της εφαρμογής βέλτιστων πρακτικών διαχείρισης, μπορεί να μειώσει τις σπατάλες και να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών. Η αναθεώρηση των τιμολογίων και των αποζημιώσεων, με βάση τη διαφάνεια και τη δικαιοσύνη, μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εξισορρόπηση των οικονομικών των ασφαλιστικών ταμείων.

Η **συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα** μπορεί, σαφώς, να αποτελέσει μια σημαντική στρατηγική για την ενίσχυση της οικονομικής βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων. Η υγεία αποτελεί ένα ύψιστο κοινωνικό αγαθό και δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί στις δυνάμεις της αγοράς ή άλλως να εξαρτηθεί από τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενούς ή τις σκοπιμότητες της αγοράς. Η ισότιμη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας, με βάση τις ανάγκες θεραπείας τους κι όχι ανάλογα με την ικανότητά τους να καταβάλλουν τις ιατρικές δαπάνες, δεν μπορεί να ικανοποιηθεί από μια ιδιωτικά (αγοραία) οργανωμένη προσφορά. Η αγορά θέτει τους δικούς της όρους, που είναι το κέρδος, και δεν λαμβάνει υπόψη τις τις οικονομικές δυνατότητες των ασθενών. Η επιλογή της διάπλασης του συστήματος ως κρατικής (δημόσιας) υπηρεσίας είναι, κατ' αρχήν, μια ορθολογική επιλογή που επιτρέπει την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Επιτρέπει δε την ισότιμη και καθολική κάλυψή του. Το ΕΣΥ είναι ένα δημόσιο σύστημα υγείας που οργανώνεται από το ίδιο το κράτος με βάση τις υγειονομικές ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού. Οι διαδρομές δημοσίου-ιδιωτικού τομέα δεν είναι πάντα μοναχικές και παράλληλες, αλλά συχνά τέμνονται μεταξύ τους. Σε όλα τα συστήματα υγείας διαπιστώνουμε μίγμα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Πρόσφατα, μια νέα τάση αναφαίνεται: η επιβολή στα δημόσια ιδρύματα ιδιωτικών τρόπων διαχείρισης. Η επάνδρωση του Εθνικού Συστήματος

Υγείας με ιδιώτες ιατρούς μπορεί να κριθεί ως συνταγματική. Από το άρθρο 103 Σ. απορρέει ο κανόνας της στελέχωσης των δημοσίων υπηρεσιών από μόνιμο προσωπικό με σχέση εργασίας δημοσίου ή με προσωπικό με σχέση ιδιωτικού δικαίου που προσλαμβάνεται κατόπιν διαγωνιστικής διαδικασίας ή βάσει κριτηρίων επιλογής υπό τον έλεγχο ανεξάρτητης αρχής. Το ιδιότυπο καθεστώς παροχής υπηρεσιών (συνεργασία με ιδιώτες) και στην περίπτωση ακόμα που είχαν τεθεί στον νόμο οι απαιτούμενες προϋποθέσεις, για την επιλογή των συνεργατών των νοσοκομείων, θα ήταν συνταγματικά ανεκτό εφόσον πράγματι αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση αναγκών δημοσίου συμφέροντος, όπως για παράδειγμα η κάλυψη των αναγκών των νοσοκομείων νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών, τα οποία βρίσκονται σε αδυναμία πρόσληψης μόνιμου προσωπικού. (Άγγελος Στεργίου 2024, Syntagmawatch.gr).

Η «**σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα**» (ΣΔΙΤ) αποτελεί όρο που περιγράφει μια συνεργασία ανάμεσα στο κράτος και τον ιδιωτικό τομέα. Μέσω της συνεργασίας τους, το δημόσιο και το ιδιωτικό, εγκαταλείποντας το ανταγωνιστικό πνεύμα, δεν διεκδικούν ζωτικό χώρο το ένα από το άλλο, αλλά μοιράζονται ευθύνες και αρμοδιότητες. Το κράτος σκέφτεται όπως η αγορά κι οι ιδιώτες καλούνται να εξυπηρετήσουν το κοινό καλό (δημόσιο συμφέρον) – φυσικά επ' αμοιβή. Το άρθρο 21 παρ. 3 Σ. δεν απαγορεύει τη σύμπραξη (ΣΔΙΤ) στον χώρο της υγείας. Άλλωστε, σύμφωνα με το άρθρο 11 του αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Ν. 4359/16), με σκοπό τη διασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος στην προστασία της υγείας, τα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν, είτε απευθείας είτε σε συνεργασία με δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς, κατάλληλα μέτρα. Η σύμπραξη αυτή, όμως, πρέπει να διαδραματίζει δευτερεύοντα, συμπληρωματικό ρόλο που οδηγεί σε βελτίωση του δημόσιου συστήματος, και να μην καταλήγει σε εκχώρηση αποφασιστικών αρμοδιοτήτων του δημοσίου στο ιδιωτικό και εντέλει σε απόσυρση του κράτους από τον χώρο της υγείας. Η διεύρυνση του ιδιωτικού δεν μπορεί να γίνει σε βάρος του δημοσίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η καθιέρωση ενός δικαιότερου και πιο προσβάσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες από τις κυβερνήσεις, τις ασφαλιστικές εταιρείες και την κοινωνία στο σύνολό της. Αυτή η προσέγγιση όχι μόνο βελτιώνει την υγεία του πληθυσμού, αλλά και ενισχύει την κοινωνική δικαιοσύνη και την οικονομική σταθερότητα.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Παρά τον μερικό εξορθολογισμό του συστήματος κοινωνικής προστασίας την τελευταία δεκαετία, το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα παραμένει τροχοπέδη της ανάπτυξης. Για να μετατραπεί σε επιταχυντή της ανάπτυξης με κατεύθυνση ένα πιο εξωστρεφές και βιώσιμο παραγωγικό μοντέλο, οφείλει και πρέπει να αλλάξει ριζικά. Ο αναπροσανατολισμός της κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας προς την κατεύθυνση του «κράτους κοινωνικής επένδυσης» είναι η σωστή προοπτική. Ένα κοινωνικό κράτος, δηλαδή, επιταχυντής της βιωσιμότητας που με αρωγό τον ιδιωτικό τομέα θα προστατεύει αποτελεσματικά τους πολίτες από τις ατυχίες της ζωής, επενδύοντας στο ανθρώπινο κεφάλαιο με απώτερο σκοπό να αναβαθμιστεί η παραγωγικότητα εργαζομένων και επιχειρήσεων.

Για να βγει η ελληνική οικονομία από τη στασιμότητα χρειάζεται ένα κοινωνικό κράτος που να επενδύει στην υγεία και στις δεξιότητες των ατόμων. Αυτό συνεπάγεται αποφασιστική στροφή προς την κοινωνική πολιτική.

Η κοινωνική πολιτική, όμως, με έμφαση στον τομέα της υγείας δεν είναι ένα ζήτημα καθαρά εθνικό. Η δημόσια υγεία και η ορθή διαχείρισή της αποτελεί ζήτημα παγκόσμιου βεληνεκούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις λόγω περιορισμένων αρμοδιοτήτων -κυρίως συμβουλευτικών- και λόγω έλλειψης πόρων. Η ενίσχυσή του θα αποτελέσει μια από τις πρώτες προτεραιότητες την επόμενη μέρα. Διεθνή προτεραιότητα θα αποτελέσει και η ενίσχυση της έρευνας και της εκπαίδευσης στον τομέα των ιογενών λοιμώξεων και γενικότερα της δημόσιας υγείας. Είναι φανερό, πως θα χρειαστούν, επίσης, πολύ πιο ισχυρά συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης, καλύτερη εκπαίδευση του πληθυσμού στα θέματα υγείας και ειδικότερα στα μέτρα πρόληψης, καθώς ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων για να πάψει η δημόσια υγεία να αποτελεί το περιθωριοποιημένο παρακλάδι της κοινωνικής πολιτικής.

Για να γίνουν όλα αυτά, εκτός από την ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας, θα χρειαστεί τα κράτη να θέσουν τη δημόσια υγεία στις άμεσες προτεραιότητες της ασκούμενης εθνικής πολιτικής και των δημοσίων δαπανών, δημιουργώντας νέους θεσμούς και υπηρεσίες, και διαμορφώνοντας νέες σχέσεις συνέργειας της δημόσιας υγείας με τα συστήματα υπηρεσιών υγείας, τα οποία θα υποστούν και αυτά σημαντικές αλλαγές.

Η διαχείριση της ασθένειας οφείλει να λαμβάνει υπόψη του πολίτες – ασθενείς και να στηρίζεται στο ότι η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας, αλλά η ικανότητα των πολιτών να λειτουργούν σε σωματικό, πνευματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο πολίτης γίνεται ο τελικός κριτής της υγείας του και πρέπει να αποτελεί το κέντρο της κρατικής παρέμβασης. (Roughan, 2000).

Ένα ισχυρό και καλά σχεδιασμένο σύστημα ασφάλισης υγείας δεν είναι «πολυτέλεια» που μόνο πλούσιες χώρες μπορούν να πετύχουν, αλλά αναγκαίο συστατικό για μια δυναμική και εύρωστη οικονομία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΠΗΓΕΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ, ΣΤΑΥΡΑΚΗ (2017). Ο δείκτης τιμών υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, IOBE

ΑΜΙΤΣΗΣ Ν. ΓΑΒΡΙΗΛ (2001). Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, Εκδόσεις Παπαζήσης

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ (2014). Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

ΓΙΑΝΝΑΚΗ, Α. (2017). Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση. Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, (2020). Τα Συστήματα Υγείας Και Η Δημόσια Υγεία: Από Το Χθες Στο Αύριο ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2023, Τράπεζα της Ελλάδος.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, ΕΛΣΤΑΤ

ΖΑΦΕΙΡΗ-ΚΑΜΠΙΤΣΗ, Α. (2011). Που οδηγείται η κοινωνική ασφάλιση;. Αθήνα

ΘΕΟΔΩΡΟΥ (2001). Σύστημα Υγείας Σύστημα Υγείας Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑΣ, (1981). Δημόσια Οικονομική Ι: Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους, εκδόσεις Παπαζήσης

ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ ΑΝΤ. (2012). Εισαγωγή στην οργάνωση και λειτουργία του κράτους, Εκδόσεις Πατάκης

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Β. Τ. (2009). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη Archives of Hellenic Medecine

ΛΑΛΙΩΤΗ ΒΑΡΒΑΡΑ, Θεωρίες περί κοινωνικού κράτους (2018). Κοινωνική Πολιτική. Εκδόσεις Διόνικος

ΜΑΡΑΤΟΥ - ΑΛΙΜΠΡΑΝΤΗ, (2005). Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα: Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ).

ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (2018). Θεσμοί και πολιτικές τον καιρό της κρίσης – Διοίκηση, Κοινωνία, Υγεία και οι επιπτώσεις της κρίσης. Εκδόσεις Παπαζήσης

ΜΟΥΡΔΟΥΚΟΥΤΑΣ, Κ. (2007). Υπηρεσίες Υγείας (Α Τόμος).

ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. (2005). Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας Σταμούλης

ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. (2014). Ιδιωτική Ασφάλιση και Διαχείριση Κινδύνων. Εκδόσεις Παπαζήση.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ , Εκπαιδευτικό Υλικό (2012). Βασικές αντιλήψεις, μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας, ebook

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, Πολιτικές Υγείας (2018). Κοινωνική Πολιτική. Εκδόσεις Διόνικος

- ΠΑΠΑΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Ν., (2014). Ασφαλιστική Σύμβαση, Κατ' άρθρο ερμηνεία του Ν 2496/1997, Επιμέλεια ύλης: Ι. Ρόκας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη.
- ΡΟΚΑΣ Ι., (2014). Ασφαλιστικό Δίκαιο, Εισηγήσεις, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη.
- ΡΟΚΑΣ Ι., (2006). Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης και της ασφαλιστικής επιχείρησης, 11ή έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2006
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική σε ιστορική προοπτική (2018), «Κοινωνική Πολιτική», Εκδόσεις Διόνικος
- ΣΙΝΑΝΙΩΤΗ – ΜΑΡΟΥΔΗ ΑΡΙΣΤΕΑ (2024). Ασφαλιστικό Δίκαιο, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη (3^η έκδοση)
- ΣΙΜΕΩΝΙΔΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ, Τα οικονομικά της κοινωνικής ασφάλισης (2018), «Κοινωνική Πολιτική», Εκδόσεις Διόνικος
- ΣΚΟΥΛΟΥΔΗΣ Ζ., (1999). Δίκαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης, Γενικό μέρος, νομοθεσία της ασφαλιστικής επιχείρησης και στοιχεία ασφαλιστικών κλάδων, Γ' έκδοση, Δίκαιο και Οικονομία Π.Ν. Εκδόσεις Σάκκουλας,.
- ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Μ., (2004). Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Εκδόσεις Σάκκουλα
- ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΟΛΓΑ (2006). Κράτος πρόνοιας ιστορική εξέλιξη - σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, εκδόσεις Gutenberg.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. Μ. (2009). Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας, Εκδόσει Gutenberg.
- ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ- ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Ρ. (2000). Ασφαλιστική σύμβαση- Η προστασία του ασφαλισμένου ως καταναλωτή, Εκδόσεις Σάκκουλα.
- ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ- ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Ρ., (2014). Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Δίκαιο, Εκδόσεις Σάκκουλα
- ΦΕΡΩΝΑΣ Α. (2019), «Κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης», Εκδόσεις Διόνικος
- Barr et al., (2017). Προσδιοριστές υγείας και τρόπος ζωής, e-Journal of Science & Technology (e-JST)
- Er. Hobsbawn (1995), Η εποχή των άκρων Ο σύντομος εικοστός αιώνας 1914 – 1991, Θεμέλιο
- European system of integrated social protection statistics — ESSPROS MANUAL AND USER GUIDELINES, (edition 2022). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-gq-22-013>
- European Commission. <https://ec.europa.eu>
- EUROSTAT. https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/eurostat-european-statistics_en

OECD , Health Statistics 2023

OECD (2019-2023), Health at a glance 2019-2023: OECD indicators.

Public Office of the EU. <https://publications.europa.eu>

Syntagmawatch.gr. <https://www.syntagmawatch.gr/>

World Health Organization. <https://www.who.int>

WHO (2019) State of Health in the EU: Ελλάδα Προφίλ Υγείας, 2019

<https://www.iso.org/home.html>

<http://www.dpa.gr/> , Αρχή Προστασίας Δεδομένων

<https://lawdb.intrasoftnet.com/> , nomos

<https://www.dianeosis.org/> , dianeosis

<https://digitalrepository.ekdd.gr/>, αποθετήριο της ΕΚΔΔΑ